



Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Escola de Ciências Sociais e da Saúde
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

MANEJO DO ESTRESSE: UM ESTUDO DA MOVIMENTAÇÃO CONSCIENTE DO CORPO

Valéria Moraes Katopodis
Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto

Goiânia, Março de 2017



Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Escola de Ciências Sociais e da Saúde
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

MANEJO DO ESTRESSE: UM ESTUDO DA MOVIMENTAÇÃO CONSCIENTE DO CORPO

Valéria Moraes katopodis

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação *Strito Sensu* em Psicologia da PUC Goiás como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.
Orientador: Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto

Goiânia, Março de 2017

K19

Katopodis, Valéria Moraes

Manejo do estresse[recurso eletrônico]: um estudo de movimentação consciente do corpo/ Valéria Moraes Katopodis.-- 2018.

135 f.; il.

Texto em português com resumo em inglês

Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Goiânia, 2018

Inclui referências f. 112-128

1. Stress ocupacional. 2. Psicologia - Residente multiprofissional,.
3. Psicoterapia. I.Costa Neto, Sebastião Benício da.
II.Pontifícia Universidade Católica de Goiás. III.
Título.

CDU: 159.944.4:614(043)

Ficha de Avaliação

Moraes-Katopodis, V. (2016). *Manejo do Estresse: um Estudo da Movimentação Consciente do Corpo*. Orientação: Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto

Esta Tese foi submetida à Banca Examinadora:

Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Presidente da Banca

Prof. Dr. Domenico Hur
Universidade Federal de Goiás
Membro convidado externo

Prof. Dr. Cristiano Coelho
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Membro convidado interno

Profa. Dra. Maria Helena da Costa Amorim
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro convidado Externo

Prof. Dr. Fábio Jesus Miranda
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Membro convidado Interno

Profa. Dra. Ilma A. Goularte de Souza Britto
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Membro Suplente interno

Prof. Dra. Ana Cristina Rezende
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Membro Suplente Interno

Dedico este Trabalho...

*À minha família que sempre
foi companheira e acolhedora,
e que é a minha maior riqueza!*

Agradecimentos

A Deus pelas maravilhosas oportunidades e pelos grandes encontros dessa existência.

Ao meu orientador, Dr. Sebastião Benício da Costa Neto por sua grandiosa orientação, comprometimento, generosidade, companheirismo e disponibilidade em estar sempre comigo em todos os momentos dessa etapa da minha vida.

Aos residentes multiprofissionais da área da saúde que prontamente se dispuseram a participar desse estudo, contribuindo com sua valiosa experiência.

Aos professores da banca de qualificação e de defesa, pelas importantes contribuições no meu aprendizado.

À professora Ivone Félix de Sousa que muito contribuiu na análise estatística dessa pesquisa.

À amiga Martha Diniz, secretária do programa pelo apoio indispensável em todos os momentos.

Aos meus amigos, colegas e professores que, de alguma maneira, contribuíram para que eu estivesse bem durante esses momentos, sempre me incentivando com sugestões de leituras interessantes, correções, ideias e discussões sempre no sentido de melhorar minha visão e escuta do fenômeno.

Aos meus filhos Angelos, Giovanna e Isabela; Meus pais João de Deus e Bartira e à minha família, pelo acolhimento amoroso, apoio e tolerância nas minhas ausências.

Ao meu esposo Angelos pela disposição e dedicação em caminhar comigo sempre construindo amorosamente o nosso futuro.

*“Amor, trabalho e conhecimento
são as fontes da nossa vida.
Deviam sempre governá-las.”*

Wilhelm Reich

Apresentação

A percepção do estresse em trabalhadores da área da saúde têm instigado pesquisadores no mundo todo. O processo de adaptação de trabalhadores às rotinas e sobrecarga de trabalho, as dificuldade de lidar com as distintas vulnerabilidades do paciente e a dificuldade de ser inserido em equipes multiprofissionais, tem impactado a sua saúde, aqui entendida em sua ampla acepção biopsicossocial.

Desta forma, a saúde do trabalhador, o estresse e seu manejo clínico, têm sido o tema principal de meus interesses de estudo, desde a graduação em Psicologia, evoluindo nos estudos de mestrado e, agora, no doutorado. A psicoterapia corporal, particularmente, a Movimentação Consciente do Corpo (MCC), como instrumento para ampliar a consciência do profissional da área da saúde, quanto aos seus bloqueios energéticos, tem instigado o meu desejo de avaliar seu impacto terapêutico.

Ao refletir sobre o tema, ainda, deparei-me com a realidade de profissionais da área da saúde que estão em processo de formação *lato sensu* e cujas características de formação tem fomentado a convivência regular com estressores diversos. Tal grupo é constituído por discentes dos Programas de Residência Multiprofissional na Área da Saúde, projeto de formação previsto por força de lei e esperado como condição importante para o avanço do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Assim, um projeto para conduzir uma investigação sistematizada da MCC e sua relação com o manejo do estresse de profissionais da área da saúde, à luz da psicologia, foi registrado no Comitê de Ética de Pesquisa do Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Goiás, sob o nº 100/2010 e foi denominado “Manejo do Estresse como Fator de Resiliência: um Estudo da Movimentação Consciente do Corpo”. Tal projeto foi a base para a realização dos meus estudos doutorais.

A Tese ora apresentada, organizada em formato híbrido, é constituída por uma Introdução, que apresenta o problema de pesquisa, seus objetivos e a justificativa do estudo. Depois, apresenta-se o Percurso Metodológico, destacando-se os referenciais metodológicos, o planejamento de dois artigos, um de revisão sistemática da literatura sobre o tema estresse, e outro de revisão integrativa sobre o tema psicoterapia corporal com fundamentação reichiana. Em seguida iniciou-se o planejamento dos artigos empíricos (tipo de estudo, a definição dos participantes, os critérios de inclusão e de exclusão, a definição dos instrumentos e dos procedimentos).

Optou-se por apresentar o levantamento dos estudos empíricos à cerca do tema estresse, no formato de revisão sistemática da literatura, por ser a forma com que os periódicos na área da saúde têm melhor absorvido as revisões de literatura. Para o tema psicoterapia corporal, optou-se pela revisão integrativa da literatura devido à escassez artigos empíricos sobre o tema.

Após o percurso metodológico, são apresentados os produtos no formato de Artigo. Assim, no Artigo 1, denominado “Estresse no Trabalho e Formação dos Profissionais da Área da Saúde: uma revisão da literatura”, apresenta-se a diversidade de conceitos que definem o estresse e de como evoluíram os modelos de compreensão do mesmo ao longo do tempo.

No Artigo 2, denominado “Psicoterapia Corporal: uma revisão da literatura” parte-se da necessidade de evidenciar teoricamente as psicoterapias corporais com fundamentação reichiana e especificamente os Grupos de Movimento como metodologia para o trabalho de Movimentação Consciente do Corpo, evidenciando seus efeitos no processo de diminuição dos níveis de estresse.

No Artigo 3, denominado “Perfil Sociodemográfico e Avaliação de Estresse em Residentes Multiprofissionais da Saúde de um Hospital-Escola em Goiás/Brasil”, são mostrados os resultados do levantamento dos níveis de estresse, fases do estresse e de como o

estresse está se manifestando na saúde e na vida acadêmica e profissional do residente multiprofissional da saúde.

No Artigo 4, denominado “Comparação dos Níveis de Estresse Pré e Pós Intervenção da Movimentação Consciente do Corpo”, realiza-se a comparação entre os dados pré intervenção com a Movimentação Consciente do Corpo e dos níveis de estresse em residentes multiprofissionais da área da saúde, com os valores pós intervenção.

Por fim, encontram-se as Considerações Finais, as Referências e os Anexos.

LISTA DE FIGURAS QUADROS E TABELAS

Artigo 1

Figura 1: Distribuição das publicações sobre estresse no trabalho e no contexto da saúde, segundo o período/ano de publicação	46
Tabela 1: Distribuição das publicações sobre estresse no trabalho e no contexto da saúde, no Brasil (2006-2016).....	47
Tabela 2: Profissões da área da saúde investigadas nas publicações (2006-2016)	52
Tabela 3: Principais estressores do trabalho em saúde (2006-2016).....	54

Artigo 2

Figura 1: Descrição das publicações sobre psicoterapia corporal e grupo de movimento	66
--	----

Artigo 3

Tabela 1: Resultados sócio demográficos em residentes multiprofissionais da saúde	81
Tabela 2: Nível de reações fisiológicas em residentes multiprofissionais da saúde	82
Tabela 3: Avaliação do ISSL em residentes multiprofissionais da saúde	83
Tabela 4: Avaliação da saúde geral em residentes multiprofissionais da saúde-QSG	84
Tabela 5: Correlação de Spearman entre dados sóciodemográficos (tempo de residência, tempo de formado e idade) e os inventários Ebel, ISSL e QSG	89

Artigo 4

Figura 1: Quadro representativo da descrição das sessões de MCC com residentes multiprofissionais da área da saúde	101
Figura 2: Quadro representativo da descrição das sessões 1 a 4 de MCC com residentes multiprofissionais da área da saúde	103
Figura 3: Quadro representativo da descrição das sessões 5 a 9 de MCC com residentes multiprofissionais da área da saúde	104
Figura 4: Quadro representativo da descrição das sessões 9 a 13 de MCC com residentes multiprofissionais da área da saúde	104
Tabela 1: Coleta de cortisol sérico de residentes multiprofissionais da área da saúde	105
Tabela 2: Análise comparativa de Wilcoxon das variáveis coletadas nos instrumentos de medida psicológica (Questionário de saúde geral, Inventário de resposta ao <i>stress</i> de Lipp, Inventário de reações fisiológicas de Ebel) ecortisol	106

LISTA DE SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

ACTH – Hormônio Corticotrófico

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CAPES - Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior

CRH – Hormônio Liberador de Corticotrofina

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HC – Hospital das Clínicas

HC/UFG – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

ISSL – Inventário de Adulto

MCC – Movimentação Consciente do Corpo

PRMS – Programa de Residência Multiprofissional da Saúde

PUC GOIÁS – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

QSG – Questionário de Saúde Geral

RL – Revisão da Literatura

RMS – Residente Multiprofissional da Saúde

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SUS – Sistema Único de Saúde

SGA – Síndrome Geral de Adaptação

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFG – Universidade Federal de Goiás

RESUMO

Esta tese tem como objetivo identificar, descrever e analisar o processo de estresse em residentes multiprofissional da área da saúde de um hospital-escola situado em Goiânia, Goiás e avaliar os efeitos da Movimentação Consciente do Corpo, que é uma técnica da psicoterapia corporal, no manejo do estresse. Esta pesquisa foi registrada e aprovada no Comitê de Ética sob o nº 100/2010. Participaram dessa pesquisa 41 residentes multiprofissionais com idade entre 20 e 35 anos de ambos os sexos. Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação de estresse: Inventário de Reações Fisiológicas do Estresse ($\alpha=0,90$); Inventário de Stress para Adultos de Lipp ($\alpha=0,91$); Questionário de Saúde Geral de Goldberg – SP ($\alpha=0,89$), DM ($\alpha=0,89$), DD ($\alpha=0,89$), DS ($\alpha=0,80$), DP ($\alpha=0,83$), SG ($\alpha=0,93$). Esta tese está estruturada em duas revisões bibliográficas e dois artigos empíricos, sendo que o primeiro estudo empírico teve a participação de 39 residentes e as análises estatísticas realizadas foram descritivas, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. No segundo estudo empírico participaram sete residentes e foi desenvolvido em dois momentos pré e pós intervenção da MCC, que ocorreu em 13 sessões de duas horas semanais. Para análise dos dados utilizou-se o Statistical Package for the Social Science (SPSS-20). No primeiro estudo foi possível detectar que os residentes apresentaram níveis de estresse significantes para lidar com situações adversas durante o Programa de Residência Multiprofissional da Saúde encontrando-se na fase de resistência. No segundo estudo empírico constatou-se que houve melhora estatisticamente significativa em relação ao estresse psíquico, aos distúrbios psicossomáticos e à saúde geral na sua totalidade.

Palavras-chave: estresse, residente multiprofissional, psicoterapia corporal, cortisol

ABSTRACT

This thesis aims to identify, describe and analyze the stress process in multiprofessional residents of the health area of a school hospital located in Goiânia, Goiás and evaluate the effects of the Body Conscious Movement (MCC) in its stress management. MCC is understood to be a technique of body oriented psychotherapy that is based on Reichian theory and on the theory of body movement groups, which favor the accomplishment of clinical empirical studies. This research was registered and approved in the Research Ethics Committee of Hospital das Clínicas, Federal University of Goiás, under number 100/2010. This thesis, is structured in two bibliographical reviews, one with the methodology of a systematic review and another one integrative of the literature, and in two empirical studies. The journals, magazines and websites related to theories, books, annals of congresses and reports of experiences, were used for the reviews. The first empirical study was attended by 39 residents and the statistical analyzes performed were descriptive, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis. In the second empirical study seven residents participated and it was developed in two moments before and after MCC intervention, which occurred in 13 two-hour weekly sessions. In the first study it was possible to detect that the residents presented significant stress levels to deal with adverse situations during the Multiprofessional Health Residency Program, which is in the resistance phase. In the second empirical study, it was found that there was a statistically significant improvement in relation to psychic stress, psychosomatic disorders and general health in its entirety.

Key words: stress, multiprofessional resident, body oriented psychotherapy, cortisol

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	vi
LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS	ix
LISTA DE SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS	xi
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUÇÃO	15
PERCURSO METODOLÓGICO	21
ARTIGO 1 - ESTRESSE NO TRABALHO E FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA	34
ARTIGO 2 – PSICOTERAPIA CORPORAL: UMA REVISÃO DA LITERATURA	59
ARTIGO 3 – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E AVALIAÇÃO DE ESTRESSE EM RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UM HOSPITAL/ESCOLA EM GOIÁS/BRASIL	72
ARTIGO 4 – COMPARAÇÃO DO ESTRESSE DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO COM A MOVIMENTAÇÃO CONSCIENTE DO CORPO	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
ANEXOS	129

INTRODUÇÃO

A presente tese tem como foco compreender como a psicoterapia Corporal, mais especificamente a Movimentação Consciente do Corpo, é um dispositivo para o gerenciamento do estresse dos residentes multiprofissionais da área da saúde - RMS.

A Residência Multiprofissional é uma nova modalidade de formação em saúde voltada para a educação em serviço, com o objetivo de desenvolver competências nos profissionais de saúde para o trabalho em equipe com base nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): integralidade, equidade, resolubilidade, intersetorialidade, universalidade, humanização do atendimento e participação social. Integra o conhecimento do paradigma do modelo biomédico e traz uma nova maneira de ver e fazer a saúde sob a forma de um treinamento que qualifica profissionais mais críticos e comprometidos em trabalhar em equipe de maneira integral e interdisciplinar (Ferreira, Varga, & Silva, 2009; Rosa, & Lopes, 2010; Nascimento, & Oliveira, 2010; Vieira *et al.*, 2016).

O Programa de Residência Multidisciplinar da Saúde (PRMS) foi regulamentado pela lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005, e caracteriza-se por ser uma pós-graduação *lato sensu* destinada às profissões ligadas a saúde, com duração mínima de dois anos e carga horária semanal de 60 horas, totalizando 5760 horas, sendo 1152 horas de atividades teóricas e 4608 horas de atividades práticas de acordo com a Resolução Nº 3 de 4 de Maio de 2010. A formação é realizada em tempo integral, em regime de dedicação exclusiva e remunerada com uma bolsa de educação pelo trabalho de R\$ 3.330,43 (valores de dezembro de 2016). Configura-se como um treinamento em serviço, respaldado por supervisão diária de professores e profissionais experientes na área da saúde, que visa atender as questões da saúde com maior interdisciplinaridade, autonomia, humanização e vínculo, formando profissionais que identifiquem e respondam às necessidades de saúde da população, integrando “saber e

fazer” numa visão ampliada, ou seja, considerando os aspectos biopsicossociais e focando nos princípios do SUS (Nogueira-Martins, 2003; Nascimento, & Oliveira, 2010; Rodrigues, & Gonze, 2013).

Apesar do PRMS ser considerado uma oportunidade de aperfeiçoamento profissional, de convivência e de aprendizado dentro de uma equipe multiprofissional, no qual o residente faz contato com diferentes profissões na troca de experiências e conhecimentos, inúmeras são as dificuldades a serem superadas. Mesmo reconhecendo o ganho positivo da construção de uma identidade profissional mais especializada, a difícil adaptação por parte de alguns residentes, para trabalhar em uma perspectiva mais integradora em saúde, configura-se como estressante, com consequências negativas para a qualidade da assistência prestada aos pacientes e, também, à sua própria saúde. O PRMS é uma forma eficiente de capacitação profissional, porém, muito criticada em sua sobrecarga assistencial, excessiva carga de trabalho e privação de sono. Destacam-se também, as questões relacionadas com a dominação, submissão e resistência, que resultam em conflitos relativos aos papéis, ao lidar com a dor, ao sofrimento e com a morte dos pacientes. Outros conflitos importantes são os pessoais, tais como, a limitação do próprio conhecimento, a administração do volume de conhecimento adquirido de maneira muito rápida neste período, a vulnerabilidade psicológica, o medo de errar, a situação socioeconômica e os problemas da vida relativos à transição para a fase adulta (Flash, Grisei, Silva, & Manfredini, 2009; Lourenção, Moscardini, & Soler, 2010; Goulart, Silva, Bolzan, & Guido, 2012).

Desde a metade do século passado observa-se, que ambiente de trabalho muito dinâmico com longas jornadas de trabalho e com constante exigências de esforços para lidar com a nova realidade, levam ao sofrimento psíquico, resultando em reações psicológicas e físicas de estresse nos trabalhadores (Cruz, Scherer, & Peixoto, 2004). Assim acontece com o PRMS, que por ser uma formação dinâmica, que envolve simultaneamente prática e teoria,

pode ser percebida por alguns residentes como estressante, gerando a sensação de vulnerabilidade e de desamparo em relação ao sistema assistencial (Nogueira-Martins, 2010).

Os estudos sobre estresse durante o período de formação do PRMS mostram que pode ser observada uma sequência de fases ou estágios emocionais, pelos quais os residentes passam, que vão desde a insegurança do primeiro ano, aos sentimentos de competência e alívio do segundo ano. Neste período de transição, a segurança e os sentimentos de competência aparecem mesclados com os sentimentos de insegurança e se os sentimentos de insegurança predominam, o residente começa a experimentar frustrações e depressão resultando em reações de estresse (Goulart *et al.*, 2012).

Muitas pesquisas têm correlacionado trabalho com estresse, com o objetivo de identificar os fatores que colocam em risco tanto o trabalhador como a qualidade do seu serviço. Entender as consequências do estresse no trabalho é importante tanto do ponto de vista do trabalhador que almeja um ambiente de trabalho saudável como para a sua relação com os usuários, pois, situações de estresse conduzem para uma deteriorização do ambiente de trabalho, empobrecendo as relações interpessoais e interferindo na produtividade e desempenho desses profissionais (Guillard, Precoma, & Silva 2012).

Assim, não é apenas o grande volume de conhecimento técnico que sobrecarrega o residente gerando estresse, mas também seus sentimentos e emoções, por se tratar de uma atividade que envolve seres humanos. O conflito de papéis, a privação do sono, a fadiga excessiva, a falta de tempo para resolver questões pessoais, as características de personalidade e as vulnerabilidades psicológicas, quando percebidas como negativas pelo residente multiprofissional, transformam-se em fatores de risco e resultam em estresse (Nogueira-Martins, 2010).

O aumento das pesquisas sobre estresse no período da residência tem mostrado a crescente preocupação com as situações que vão desde o estresse, até a Síndrome de *Burnout*

nos residentes (Nogueira-Martins, & Jorge, 1998; Nascimento, & Oliveira, 2010; Cahú, Santos, Pereira, Vieira, & Gomes, 2014; Casanova, Batista, & Ruiz-Moreno, 2015;). A compreensão o fenômeno do estresse na residência, bem como, a sua natureza e magnitude, possibilita formatar intervenções que minimizem seus efeitos deletérios e que melhorem o desempenho profissional e a saúde dos residentes.

O estresse é um desses objetos de estudo, com muitos sentidos atribuídos a ele, o que dificulta um consenso em relação ao seu conceito. No séc. XXI, a ampla utilização desse conceito vai desde o senso comum até as pesquisas científicas. A ciência, enquanto construtora de conhecimento, busca uma compreensão mais ampla desse processo de adaptação que pode resultar em adoecimento, porém, a diversidade teórico-metodológica dificulta a “unificação” da sua definição operacional. O processo de adaptação é fundamental para a sobrevivência do ser humano, por isso o estudo do estresse é importante, porém a veiculação indiscriminada do termo prejudica seu entendimento, gerando confusão na compreensão da sua totalidade (Filgueiras, & Hippert, 1999; Castiel, 2005).

Stress é um termo que tem sua origem na física como um estado de tensão num sistema, induzido por uma força externa que tenderia a deformá-lo (Farias, 1985). No entanto, a ideia de estresse como capacidade de adaptação do ser humano, vem desde a Grécia antiga e tem evoluído juntamente com tudo que se relaciona com saúde/doença. Na língua portuguesa, registra-se o anglicismo “estresse” (Castiel, 2005), que é a forma como será abordado o termo neste trabalho.

Calegari (2001) escreve que o indivíduo estressado trabalha sob uma tensão incrível e não consegue abrir mão dessa tensão, pois isso significaria admitir uma fraqueza ou o seu fracasso como ser humano. A determinação em prosseguir nessa tarefa, nesse caso, tem um efeito desastroso em todos os níveis: mental, físico e emocional. Assim, o estresse é uma resposta limitadora para a vida, que gera tensões e desencadeia mecanismos de proteção para

o ego. Estes mecanismos são inconscientes e limitadores da pulsação vital. Agem diminuindo a vitalidade, limitando o movimento, o pensamento e a percepção. Para ilustrar essa ideia, Calegari (2001, p.65) expressa-se muito bem quando coloca que “A vida se restringe e se limita para se proteger.”

Um corpo em constante movimento é um corpo vivo e saudável. Por meio da Movimentação Consciente do Corpo (dispositivo da psicoterapia Corporal), a pessoa é levada a entrar em contato consigo mesma e com o seu corpo, percebendo como acontece o bloqueio ou a inibição do fluxo de energia, da respiração, dos movimentos e da auto-expressão. Se o estresse interfere no sistema nervoso autônomo, vai interferir também na motilidade da pessoa, afetando a forma de pulsar da mesma (Calegari, 2001).

A psicoterapia corporal fundamentada nos trabalhos de Reich, Lowen e Pierrakos (Bioenergética) e de Calegari, neste estudo chamado de Movimentação Consciente do Corpo, busca aliviar as tensões crônicas geradas por estados de contração, fazendo com que o indivíduo recupere a vitalidade e bem-estar emocional. Seus exercícios levam a pessoa a se perceber num processo de autoconhecimento que possibilitará o aumento da vibração corporal, maior vitalidade, aprofundamento da respiração e ampliação da autoconsciência e da auto-expressão. A consciência corporal, por meio da auto-observação, proporciona um senso de identidade que é construído a partir dos conteúdos que vão emergindo dessa nova consciência (Lowen, 1977; Calegari, 2001).

A ampliação da percepção, tanto externa como interna, faz com que a pessoa aumente a consciência de si, buscando por meio do autoconhecimento, o caminho para o equilíbrio, pois, para os Reichianos um corpo cheio de vida é capaz de experimentar sentimentos e emoções em sua totalidade, assim como, prazer, dor, alegria e tristeza da vida cotidiana. Espera-se que, pelo maior contato com sensações e emoções, as pessoas ampliem a percepção de como bloqueiam o fluxo energético no corpo, a respiração, e seus movimentos, reduzindo

sua auto-expressão, ou seja, de como diminuem a vitalidade ficando vulneráveis aos estressores (Lowen, 1977).

Compreender quais estressores causam o sentimento de vulnerabilidade na responsabilidade de cuidar e curar, e na sensação de desamparo que o residente tem em relação ao sistema assistencial é fundamental para a melhoria do PRMS. A partir do autoconhecimento e da nova consciência advinda da liberação das tensões corporais, compreende-se, a partir desse estudo, que um senso de identidade mais real dos RMS pode ser construído, o que lhes proporcionará mais segurança frente aos eventos da vida.

A comparação de indicadores de estresse e a condução de um processo de psicoterapia corporal poderá evidenciar como o fenômeno do estresse aparece no PRMS e como gera tensões corporais que diminuem a quantidade de energia vital dos residentes, limitando suas percepções e prejudicando sua aprendizagem e a qualidade de seus atendimentos.

A Tese desse estudo é que a Movimentação Consciente do Corpo interfere diminuindo os níveis de estresse nos residentes multiprofissionais configurando-se em uma estratégia de enfrentamento positiva frente ao estresse. Assim, baseando-se na literatura e na prática clínica, esta tese visa responder as seguintes questões: Quais os indicadores de estresse presentes em residentes multiprofissionais da área da saúde? Quais os efeitos da MCC como técnica de manejo de estresse?

O objetivo dessa tese é identificar, descrever e analisar o processo de estresse em residentes multiprofissional da área da saúde e avaliar o efeito da MCC no seu manejo.

PERCURSO METODOLÓGICO

Existe uma implícita relação entre a metodologia escolhida para atender ao problema de investigação científica, e aos objetivos da mesma, e a concepção do próprio pesquisador sobre como se produz o conhecimento. Neste percurso metodológico, apresenta-se o marco metodológico que sustenta a escolha e a descrição dos passos desenvolvidos para a realização deste estudo. Segue-se uma descrição do Método utilizado para as revisões sistemática e integrativa da Literatura e do método dos dois estudos empíricos desenvolvidos nesta tese.

Marco metodológico:

A qualidade de um trabalho científico está diretamente ligada à qualidade de informação que se utiliza para dar suporte a ele, ou seja, da qualidade da fonte primária. Uma ampla consulta bibliográfica é fundamental para que se possa examinar com mais profundidade o objeto, clarificar seus conceitos, elaborar definições, delimitar significados. Para esse fim procura-se sistematizar e organizar o conteúdo para que a informação encontrada seja útil para produzir um pensamento crítico, eliminando sempre que possível, as confusões acerca do objeto (Vilelas, 2009).

A presente pesquisa foi desenvolvida a partir da combinação dos métodos quantitativos e qualitativos. Mais especificamente, a partir da triangulação metodológica, que é uma estratégia de pesquisa que contribui para aumentar o conhecimento sobre temas mais complexos e que apresentam múltiplas dimensões, como é o caso do estresse. Essa é uma importante estratégia para pesquisas no campo da saúde, pois, a partir do método quantitativo pode-se perceber a extensividade e magnitude do problema e os indicadores oriundos do fenômeno analisado. A abordagem qualitativa, no entanto, colabora no sentido de aprofundar a compreensão sobre o fenômeno do estresse, elucidando opiniões, crenças, valores, relações,

atitudes e práticas afins (Minayo, Assis, & Souza, 2005).

Os estudos envolvendo o campo da saúde são mais complexos e, muitas vezes, para transformar os dados relativos a um objeto em conhecimento é preciso pertinência e uso de instrumentos adequados. O bom desenho de pesquisa é aquele capaz de conduzir o pesquisador para um conhecimento mais crítico e profundo do fenômeno. Na pesquisa quantitativa o objeto é o sujeito e todos os dados colaboram para mostrar sua realidade em números ou indicadores. A análise gera resultados probabilísticos, associações estatísticas com o propósito de predição para uma posterior manipulação. Por outro lado, questões ligadas ao estresse não podem ser respondidas apenas por números, mas é preciso fazer emergir novos aspectos ou significados para os sujeitos sem a pretensão de generalizar, mas de reproduzir e compreender suas representações sociais, culturais, econômicas e históricas (Minayo, & Sanches, 1993).

Objetividade e subjetividade não podem ser tratadas como opostas apesar de serem de naturezas diferentes. Para Minayo e Minayo-Gómez (2003), a triangulação metodológica como complementaridade dos métodos pode melhorar a percepção do fenômeno permitindo um aprofundamento na compreensão do objeto. Para muitos pesquisadores, utilizar diferentes métodos possibilita uma melhor validação da pesquisa. A preocupação do pesquisador é a de propiciar uma análise sólida sobre o fenômeno, mas com a garantia do rigor científico, e assim dar credibilidade para o estudo.

O conceito de triangulação tem sua origem, segundo Azevedo, Oliveira, Gonzales e Abdala (2013) nas ciências militares com o objetivo de identificar, a partir de dois receptores ou transmissores, a localização de um terceiro receptor ou transmissor. Na Psicologia, o termo triangulação metodológica foi utilizado num contexto mais amplo. A partir de dois pontos, ou seja, de dois métodos, a saber o qualitativo e o quantitativo, busca-se um terceiro ponto que é aumentar a validade dos resultados e assim favorecer uma reflexão mais crítica e profunda do

objeto.

Quando se quer utilizar mais de um método, a triangulação é a maneira mais conhecida e mais utilizada. A combinação de métodos tem como finalidade a melhoria da validade e da confiabilidade da pesquisa. Pode aparecer em suas formas variadas: triangulação de dados, triangulação de investigador, triangulação teórica e triangulação metodológica. A triangulação de dados refere-se à convergência de dados de diferentes instrumentos para explicar o mesmo fenômeno. A triangulação de investigadores consiste na participação de muitos pesquisadores para coletar e interpretar os dados de um mesmo fenômeno. A triangulação teórica acontece a partir da utilização de diversas teorias para conceituar o mesmo fenômeno e finalmente a triangulação metodológica que consiste na utilização de mais de um método para a coleta dos dados. A triangulação metodológica pode ser entre métodos, com a utilização de dois métodos e intra-método, com a utilização de técnicas diferentes para coletar e interpretar dados. A triangulação intra-método possibilita verificar maior consistência interna e confiabilidade e a triangulação entre métodos testa o grau de validade externa (Moraes, & Fadel, 2008).

Neste estudo, foram utilizados métodos quantitativos e métodos qualitativos para estudar a complexidade do estresse que é o objeto de estudo. Por isso, julgou-se importante utilizar a triangulação metodológica como uma forma de ampliar e aprofundar na análise dos dados, pois para Minayo, e Minayo-Gómez (2003) a triangulação não é um método em si, mas uma estratégia de pesquisa que se apoia em fundamentos interdisciplinares que combinam métodos qualitativos e quantitativos.

Assim, na abordagem quantitativa, oriundas do positivismo sociológico, o desenho escolhido foi o não-experimental, devido à grande dificuldade em formar as amostras. É um desenho pré-teste, pró-teste utilizando-se as mesmas amostras. Na abordagem qualitativa, oriunda no pensamento compreensivista e hermenêutico optou-se por um desenho

hermenêutico-dialético, que busca compreender o sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos com a utilização de entrevistas semi-estruturadas. Utilizou-se também a observação durante a intervenção.

Campo de Estudo

Elegeram-se um hospital-escola como espaço de pesquisa, pois nele são desenvolvidos diversos programas de formação de recursos humanos para a área da saúde, articulado ensino e cenários reais de cuidados à saúde da população. É uma instituição de ensino da área de saúde, que tem por objetivos prestar assistência aos usuário(a)s do Sistema Único de Saúde (SUS) ao qual está vinculado nos níveis de atenção primária e secundária. Os programas de Residência Multiprofissional na Área da Saúde, dessa instituição, foram iniciados, em 2010, para construir competências compartilhadas para o cuidado em saúde, por meio de ação articulada entre diferentes profissões. O eixo norteador do PRMS está pautado nos princípios e diretrizes do SUS e na formação interprofissional.

Métodos de Revisão da Literatura

A revisão Sistemática da literatura é um meio importante de obter conhecimento de maneira ordenada e clara transformando-o em informação para outros pesquisadores, principalmente para os pesquisadores da saúde. Os métodos de revisão da literatura apresentam-se com diferentes metodologias podendo ser expressos nas modalidades de uma meta-análise, revisão sistemática, revisão qualitativa e revisão integrativa (Whitemore, & Knafl, 2005). Para este estudo optou-se por utilizar uma revisão sistemática e uma revisão integrativa da literatura. A Revisão sistemática abarcou o tema: estresse e formação em saúde. A revisão integrativa abarcou o tema Psicoterapias Corporais com fundamentação reichiana. Ambas com a finalidade de consolidar as evidências sobre os temas, identificar lacunas na

teoria e fornecer embasamento e modelos teóricos para novas pesquisas sobre o tema da pesquisa (Contorno, Amaral, & Silva, 2011).

A Revisão Sistemática da Literatura (RSL) é um tipo de investigação que utiliza um método explícito e sistematizado de busca de informação e também de análise da mesma. É um instrumento para mapear as informações obtidas. É sempre o passo inicial da pesquisa e possui um caráter exploratório com o objetivo de garantir uma base sólida e, ao mesmo tempo, crítica de conhecimento gerando resultados com maior confiabilidade (Contorno *et al.*, 2011). Esta revisão deve seguir as seguintes etapas: elaboração da pergunta de pesquisa, busca na literatura, seleção dos artigos, extração dos dados, avaliação da qualidade metodológica, síntese dos dados, avaliação da qualidade das evidências e redação e publicação do resultados (Galvão, & Pereira, 2014).

A revisão integrativa da literatura possibilita uma investigação que se aproxima da problemática que deve ser apreciada fazendo conhecer as publicações científicas e a evolução do tema ao longo do tempo, de forma a possibilitar a visualização de possíveis oportunidades de pesquisa. É uma síntese de estudos já publicados trazendo novos conhecimentos sistematizados a partir de resultados de pesquisas anteriores (Botelho, Cunha, & Macedo, 2011). Esta modalidade metodológica permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais assim como estudos da literatura teórica e empírica. Ela se apresenta em seis etapas: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostra na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

Para revisão sistemática da literatura tomou-se como pergunta de pesquisa: como os estudos empíricos disponíveis na literatura nacional e internacional têm associado o estresse no contexto do trabalho e na formação dos profissionais de saúde? E para a realização da revisão integrativa tomou-se como pergunta norteadora: como a psicoterapia corporal de

fundamentação reichiana, tem contribuído no manejo do estresse?

A busca de evidências para responder essas perguntas foi feita por meio das palavras-chave consultadas em inglês para ampliar o alcance das evidências internacionais. A busca em base de dados eletrônica contemplou os seguintes portais eletrônicos: BVS – Biblioteca Virtual de Saúde e Portal de Periódicos da CAPES com suas respectivas bases de dados eletrônicos. A seleção do material resultante dessa busca seguiu critérios de inclusão e exclusão definidos no protocolo de pesquisa com a finalidade de responder às perguntas que norteiam as duas revisões da literatura (RL1 e RL2).

Os critérios de inclusão foram: a) RL1 e RL2 - tempo de busca: últimos 10 anos (2005 – 2015); b) RL1 e RL2 - população: adultos de ambos os sexos em formação na área da saúde; c) RL1- fenômeno de interesse: estudos sobre estresse no trabalho e em formação da área da saúde e RL2 - fenômeno de interesse: estudos sobre psicoterapia corporal para manejo do estresse; d) critério metodológico: pesquisa qualitativa e/ou pesquisa quantitativa; e) tipo de estudo: pesquisas empíricas; f) idiomas: português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão foram: a) artigos que não estejam disponibilizados em texto completo e b) artigos que não estejam disponibilizados gratuitamente. O objetivo da RL1 foi identificar e compreender como a literatura nacional e internacional tem verificado a existência de estresse no contexto do profissional da área da saúde e nos processos de formação continuada. O objetivo da RL2 foi verificar se a psicoterapia corporal de fundamentação reichiana tem contribuído no manejo do estresse.

Método do Estudo I:

Tipo de estudo: descritivo, transversal e exploratório.

Participantes: Esse estudo englobou 41 residentes multiprofissionais da área de saúde (RMS), do sexo feminino e masculino, de 20 a 35 anos de idade, procedentes do estado de

Goiás e de outros estados com as seguintes profissões: Serviço Social, Enfermagem, Odontologia, Psicologia, Nutrição, Farmácia, Biomedicina, Fonoaudiologia e Fisioterapia. Dos participantes somente 39 residentes concluíram as etapas da pesquisa. Portanto, as análises foram realizadas com 39 participantes.

Critérios de inclusão: Ser Residente Multiprofissional e ter assinado o Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo I).

Critérios de exclusão: Deixar os formulários e Testes em branco.

Materiais: folhas de papel, formulários, pen-drive 4Gb, lápis, cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, material de resposta dos testes e inventários.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico teve como objetivo coletar os dados pessoais (sexo, idade, estado civil, profissão, tempo de formado) (Anexo II).

Inventário de Reações Fisiológicas do Estresse elaborado por Ebel e colaboradores (Greenberg, 2002) e adaptado por Greenberg (2002), que consiste em 39 sintomas relacionados ao estresse pontuado por meio de uma escala Likert, indicando a frequência de ocorrência do sintoma, sendo 1= nunca, 2= raramente, 3= Às vezes, 4= frequentemente e 5= constantemente. Foram feitos círculos em torno do número que melhor representasse a frequência de ocorrência dos sintomas. A soma final de todos os resultados foi classificada em intervalos de baixo a alta ocorrência de sintomas de resposta ao estresse: de 40 – 75, baixos sintomas fisiológicos de resposta de estresse; de 76 – 100, sintomas moderados de resposta ao estresse; de 101 – 150, altos sintomas fisiológicos de resposta ao estresse e acima de 150, sintomas excessivos de resposta ao estresse. Este inventário apresenta validade e precisão para avaliar o que propõe medir, com consistência interna entre os itens (Anexo III).

O Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (2000) é um inventário psicológico, cujo objetivo é detectar a presença de estresse, identificar a fase em que a pessoa

se encontra e a predominância de sintomas físicos e psicológicos em cada fase. Está organizado em três grupos de informações: as últimas 24 horas, última semana e último mês. Em relação aos sintomas apresentados nas últimas 24 horas é possível detectar sintomas que indicam a fase de alerta; em relação a última semana é possível detectar sintomas que indicam as fases de resistência e de quase-exaustão e os sintomas apresentados nos últimos meses podem indicar a fase de exaustão. Este instrumento apresenta-se válido e preciso para mensurar o estresse nas fases propostas ($\alpha = 0,91$). Outra consideração importante é de que o modelo de entendimento do estresse proposto por Lipp considera estresse como resposta, sendo dividido em quatro fases (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) e ao mesmo tempo busca identificar a predominância dos sintomas classificando-os em físicos e/ou psicológicos.

Questionário de Saúde Geral de Goldberg – QSG (Pasquali *et al.*, 1996): e utilizado para identificar indivíduos com distúrbios psiquiátricos não extremados. É composto de 60 itens sobre sintomas psiquiátricos, não psicóticos respondidos em uma escala de quatro pontos, tipo Likert. A apuração da resposta ao QSG resultou da manutenção do sistema Likert de quatro pontos em que sua avaliação se dá por meio da obtenção do escore bruto de cada um dos cinco fatores – 1. Stress psíquico ($\alpha = 0,89$), 2. Desejo de morte ($\alpha = 0,89$), 3. Desconfiança no desempenho ($\alpha = 0,89$), 4. Distúrbio no sono ($\alpha = 0,80$) e 5. Distúrbio psicossomático ($\alpha = 0,83$), bem como do escore bruto do questionário (Saúde Geral, $\alpha = 0,95$). Posteriormente, obtém-se os escores sintomáticos dividindo-se a soma das respostas que compõem o fator pelo número de itens que o fator tem. Todos os escores sintomáticos iguais ou superiores a 3 (três) devem ser considerados indicadores de presença de distúrbios. Os resultados que se aproximam do percentil 90 devem ser considerados limítrofes. Protocolos com 10% ou mais questões, não respondidas são desprezados. Este instrumento apresenta-se válido e preciso para avaliar a saúde geral.

Procedimento

Após o projeto de pesquisa ter sido aprovado pelo Comitê de Ética, os residentes multiprofissionais da área da saúde foram abordados, inicialmente, durante uma das aulas teóricas do eixo transversal (ou seja, comum a todas as profissões ali representadas). O convite foi feito para os oitenta residentes, porém apenas 41 foram voluntários para participar desse estudo e após explicações sobre os objetivos do estudo e incentivo verbal para que participassem, os interessados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), registrando nome e telefone para contato, para que fossem convidados a próxima fase do estudo. Na sequência, aqueles que assinaram o TCLE, foram convidados a responder os instrumentos de pesquisa na seguinte ordem: Questionário sociodemográfico e dados clínicos, Inventário de Reações Fisiológicas do Estresse de Ebel, Inventário de Stress para adulto de Lipp (ISSL), Questionário de Saúde Geral (QSG). Os instrumentos foram avaliados pela pesquisadora e encaminhados para seguir na pesquisa os participantes classificados como estressados por meio do QSG e ISSL.

Análise de dados

Para análise comparativa dos dados realizada neste estudo utilizou-se os testes não paramétricos Mann-Whitney (U) e Kruskal-Wallis (KW). O teste de Mann-Whitney (U) tem como única exigência a de que as observações sejam medidas em escala ordinal ou numérica. É uma alternativa para o teste “*t*” para amostras independentes quando a amostra for pequena e/ou as pressuposições exigidas pelo teste “*t*” estiverem seriamente comprometidas. Já o teste de Kruskal-Wallis (KW) é utilizado para comparar três ou mais populações em que é possível indicar que ao menos um dos grupos é diferente dos demais. Porém, não temos a informação de quais são diferentes. Neste sentido, este procedimento de comparações múltiplas não

permite determinar quais grupos são diferentes. Ambas as análises apresentam os resultados em média de ranking (Dancey, & Reidy, 2013).

Método do Estudo II:

Tipo de estudo: descritivo, transversal e exploratório.

Participantes: Desta segunda parte do estudo, participaram 11 residentes multiprofissionais da área de saúde (RMS), de ambos os sexos, com idade entre 20 e 35 anos, procedentes do estado de Goiás e de outros estados que foram selecionados no Estudo I.

Crítérios de inclusão: Ser Residente multiprofissional, ter assinado o Termo de Consentimento livre e Esclarecido e ter sido selecionado no Estudo I.

Crítérios de exclusão: O uso de medicamentos neurolépticos, benzodiazepínicos, barbitúricos, antidepressivos e anticonvulsivantes durante a pesquisa; estar em processo psicoterapêutico ou apresentar problemas crônicos de saúde identificados no Estudo I.

Materiais

Os materiais utilizados foram: folhas de papel, formulários, pen-drive 4Gb, lápis, cópias do termo de consentimento livre e esclarecido, material de resposta dos testes e inventários acima citados e colchonetes.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados neste estudo para avaliação do estresse foram: *Inventário de Reações Fisiológicas do Estresse*, elaborado por Ebel (Anexo II) e colaboradores (Grennberg, 2002) (Anexo III) e adaptado por Greenberg(2002); *Questionário de Saúde Geral de Goldberg – QSG* (Pasquali et al.,1996); *Inventário de stress para adultos de Lipp (2000)*.

Procedimento

Após o projeto de pesquisa ter sido aprovado pelo Comitê de Ética, os residentes

multiprofissionais da área da saúde que foram selecionados no Estudo I, com maiores escores de estresse, foram convidados para participar do Estudo II. Na sequência ocorreram treze encontros de movimentação consciente, realizados semanalmente e com duração de duas horas, que aconteceram alternadamente na sala de treinamento do HC e na sala 201 do Bloco C da PUC GO. Todas as sessões seguiram o mesmo formato: aquecimento, *grounding*, respiração, movimentação específica para o desbloqueio de cada anel e finalmente um momento para compartilhar as vivências da sessão. O trabalho corporal seguiu a metodologia dos Grupos de Movimento e do Trabalho Energético Corporal de Calegari que, inspirado no trabalho de Reich, está baseado no paralelismo entre expressão corporal e as funções fisiológicas, emocionais e mentais que aparecem nos sete anéis e nos circuitos energéticos buscando reestabelecer a pulsação em todos os anéis e integrando os elementos pertencentes à consciência. Formato e a metodologia do grupo de movimento foram criados por Ricardo do Amaral Rego e Maria Ercília Rielli da Gama (Gama, & Rego, 1996) e escolhidos pela pesquisadora por ser uma metodologia facilitadora no processo de sensibilização e conscientização corporal com grandes ganhos como o aumento da vitalidade em seus participantes e consequentes desbloqueios da musculatura. Como sugere seus autores é um trabalho que além de visar a melhora dos sintomas, também age de forma preventiva, pedagógica e social. A partir da expansão da consciência e do auto-conhecimento, pode-se melhorar as relações interpessoais contribuindo para uma sociedade mais fraterna e democrática. Outros exercícios utilizados durante as sessões são sugeridos por Volpi e Volpi (2009). Os temas se desenvolveram da seguinte forma:

Sessão nº01 - Tema: Abertura – Retomada e esclarecimento dos objetivos da pesquisa e conceituação da movimentação consciente, leitura do contrato terapêutico e esclarecimento das dúvidas. Explicação e exercícios de *grounding*. Exercício de percepção da própria respiração, sua velocidade, lócus; tensões e sentimentos no corpo.

Sessão nº02 - Tema: Eu e meu Corpo - Com as participantes em pé foram trabalhados o auto-toque, *grounding* e respiração, alongamento aos pares e a confecção do mapa corporal, descrevendo sentimentos, pontos positivos e pontos negativos em relação a esse corpo. Mapa corporal – Desenho do próprio corpo em uma folha de papel com o intuito de possibilitar que o participante se projete nesse desenho.

Sessão nº03 - Tema: Eu e o mundo - Aquecimento, respiração abdominal com o objetivo de mobilizar o anel abdominal. Trabalho com bastões de bambu para liberação das tensões do corpo. Vivência do cai-não-cai: Vivência feita com trios, onde o um participante trabalha a entrega e dois trabalham o acolher.

Sessão nº04 - Tema: Respiração e *grounding* - Alongamento, *grounding* de pé e invertido e trabalho com o diafragma. Respiração *estacatto*: – Respiração criada por John Pierrakos para trabalhar o anel diafragmático.

Sessão nº05 - Tema: Contato - Aquecimento, *grounding* em pé e invertido. Trabalho das articulações do corpo de baixo para cima. Caminhar pela sala e perceber tudo. Fechar os olhos e depois tapar os ouvidos e fazer contato com sentimentos dessa experiência. Trabalho com anel visual na vertical, horizontal, diagonais e sentidos horário e anti-horário. Em pares, trabalho contraindo olhos e sobrancelhas e depois arregalando os olhos.

Sessão nº06 - Tema: Satisfação das necessidades e comunicação - Aquecimento e alongamento. Deitados, espernear e dizer “não”. Buscar o mundo com a boca. Braços estendidos e dizendo em voz alta: “me dá”. Chupar o dedo. Em dupla vivência do abandono: em pares, enquanto uma participante fala o outro vira de costas.

Sessão nº07 - Tema: Afetividade - Aquecimento, *grounding* alinhando a coluna vertebral, respiração, variações de *grounding* invertido. Trabalho com os ombros dizendo “toma”, “sai”, “me dá”. Em duplas emitir sons diferentes como se falasse outra língua e vivência em pares, falando uma para a outra “Eu estou certa e você está errada”. Respiração *estacatto* dizendo “sim” e “não”.

Sessão nº08 - Tema: Poder e raiva e sexualidade - Aquecimento, caminhar pela sala de várias maneiras de *grounding*, trabalho com as articulações, exercícios com a pelve, trabalho de auto-toque com o diafragma até o abdome. Vivência de integração do racional, emoção e sexualidade.

Sessão nº09 - Tema: Máscara e negatividade e essência - Aquecimento, *grounding*, respiração *estacatto*, vivência da máscara, negatividade e essência: na máscara é trabalhada a forma como a pessoa se apresenta para o mundo; na negatividade, como ela lida com suas emoções negativas; e na essência, como ela acolhe a sua essência, ou seja, suas emoções positivas.

Sessão nº10 – Tema: fortalecimento do *grounding* – Aquecimento, *grounding*, exercício para integração da máscara, negatividade e essência com diversos tipos de *grounding*.

Sessão nº 11 – Tema: Limites – Aquecimento, alongamento, *grounding*, exercício de estabelecimento de limites em duplas. Trabalho corporal de integração e acolhimento.

Sessão nº 12 – Tema: Expressão e espontaneidade – Alongamento, *grounding*, Danças de roda incluindo exercício de *grounding* e exercício de expressividade.

Sessão nº 13 – Tema: encerramento - Alongamento, *grounding*, danças e livre movimentação. Conclusão das intervenções.

Após a conclusão da intervenção da MCC iniciou-se a etapa de pós-teste com os seguintes instrumentos: Inventário de Reações Fisiológicas Ebel, QSG e ISSL de Lipp.

Análise de dados

Para a análise comparativa entre os momentos pré e pós intervenção da MCC, foi utilizado o teste Wilcoxon. De acordo com Field (2009) o teste Wilcoxon (W) é comparado ao teste “*t*” para variáveis dependentes não paramétricas, que possibilita a comparação dos escores de duas condições diferentes de uma mesma amostra.

ARTIGO 1

ESTRESSE NO TRABALHO E FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA¹

Valéria Moraes Katopodis²; Sebastião Benício da Costa Neto³

Resumo

O estresse tem sido uma preocupação para o bem-estar do profissional da área da saúde, interferindo negativamente na saúde dos mesmos. Este artigo teve como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura nacional e internacional publicada sobre estresse, tanto no trabalho da saúde como nas formações da área da saúde. As buscas foram realizadas em bases de dados como BVS, Periódicos CAPES e Google Acadêmico nas publicações dos últimos dez anos. Muitos países têm pesquisado o estresse resultante das atividades dos profissionais da saúde devido às condições consideradas negativas, tanto fisicamente, como psicologicamente nos seus trabalhadores, concluindo que os efeitos do estresse são prejudiciais para a qualidade de vida desses profissionais e para a qualidade de seus atendimentos. Nas publicações brasileiras pode-se observar que o estresse produz os mesmos efeitos negativos nos residentes, durante o período de formação, afetando também a qualidade da aprendizagem.

Palavras-chave: estresse, residentes multiprofissionais, trabalhador da saúde, formações na área da saúde

Abstract

Stress has been a concern for the well-being of the health professional, interfering negatively

¹ Este artigo está nas normas da revista Psicologia: Teoria e Pesquisa

² Aluna de Doutorado da PUC Goiás, e-mail: vmkatopodis@gmail.com

³ Orientador do Programa de Psicologia da PUC Goiás

in their health. This article aimed to carry out a systematic review of the published national and international literature on stress, both in the work of health and in the formations of the health area. The searches, were carried out in databases, such as VHL, CAPES Periodicals and Google Scholar in the publications of the last ten years. Many countries have researched the stress resulting from the activities of health professionals due to the conditions considered to be negative both physically and psychologically in their workers, concluding that the effects of stress are detrimental to the quality of life of these professionals and to the quality of their care . In Brazilian publications it can be observed that stress has the same negative effects on residents during the training period, also affecting the quality of learning.

Key words: stress, multiprofessional residents, health worker, health training

O estresse, nos trabalhadores da saúde, tem sido alvo de muitas investigações, pois, seus efeitos têm causado danos tanto para a saúde e bem-estar desses trabalhadores como para a qualidade assistencial e produtividade dentro das unidades de saúde. São muitos os efeitos negativos do estresse no campo físico, social e psicológico resultando em depressão, abuso de álcool e de outras drogas, suicídio, dentre outras consequências deletérias na vida dos trabalhadores.

Profissionais da saúde, em geral, têm sido considerados grupo de risco ao adoecimento, principalmente, quando precisam conciliar atividades de formação profissional à sobrecarga assistencial marcada por longas jornadas de trabalho, dificuldade de lidar com o sofrimento de pacientes graves e com as demandas dos familiares. Além disso, devem ser capazes de se adaptar a situações extremas, tais como a privação de sono e a fadiga no trabalho. O cuidar na saúde gera tensão constante devido à grande responsabilidade e atenção exigida no serviço (França, Ferrari, Ferrari & Alves, 2012).

O estresse é um constructo de difícil consenso na sua definição operacional, pois seu

uso vai desde o senso comum até o meio científico. Muitos autores têm buscado unificar uma definição para esse processo de adaptação, porém a diversidade teórico-metodológica tem dificultado esse consenso. *Stress* é um termo que tem sua origem na física como uma capacidade de resistir a tensões que superam a capacidade de resistência do material. No entanto a ideia de capacidade de adaptação do ser humano vem desde a Grécia antiga e tem evoluído juntamente com tudo que se relaciona com saúde/doença. Na língua portuguesa, registra-se o anglicismo “estresse” (Castiel, 2005), que é a forma como será abordado o termo neste trabalho.

Cansaço, nervosismo, agitação e mau humor são o resultado negativo dos esforços adaptativos atuais devido aos ambientes muito dinâmicos e competitivos impostos pela modernidade. No decorrer do tempo, três modelos foram fundamentais para a compreensão do estresse: os modelos lineares – modelo de estresse baseado na resposta e modelo de estresse baseado no estímulo- e o modelo mais atual que incorpora os anteriores que é o modelo de estresse baseado no processo (Hespanhol, 2005).

No modelo de estresse baseado na resposta, o estresse é considerado como uma resposta a um estímulo perturbador. É um modelo baseado na perspectiva fisiológica. Assim, o estresse é inerente ao indivíduo, ou seja, a sua capacidade de lidar ou não com o evento perturbador. A resposta pode ser psicológica ou fisiológica. A resposta psicológica resulta em comportamentos, padrões de pensamento e emoções. A resposta fisiológica resulta em reações orgânicas e sensações físicas. Claude Bernard (1813-1878), no séc. XIX, já estudava o estado de equilíbrio do organismo por meio do princípio de uma equilibrada dinâmica fisiológica interna. Seguindo na mesma linha, aparecem os estudos de Walter Cannon (1871-1945), fisiologista que desenvolveu a noção de homeostase a partir da observação de animais submetidos a estímulos agudos, os quais apresentavam uma reação de luta e fuga na tentativa de garantir sua sobrevivência através da manutenção do equilíbrio interno ou homeostase. Por

meio de seu trabalho – *Stress and Strain of Homeostasis* – Cannon mostra a relação neurovegetativa simpática com a atividade emocional, onde o sistema simpático auxilia o organismo a enfrentar as possíveis agressões, garantindo sua integridade (Castiel, 2005).

No processo de Luta e Fuga, as catecolaminas atuam, modificando as condições orgânicas e psíquicas, com o objetivo de mobilizar o organismo para atacar ou fugir do agente estressor. Normalmente, esse é um processo rápido, no qual, desaparecendo o perigo, a catecolaminas retornam aos níveis normais. Assim tem sido o processo de sobrevivência desde o homem primitivo (Farnè, 2003).

Hans Hugo Bruno Selye (1907-1982), quando estudante de medicina, e influenciado por Bernard e Cannon, definiu estresse como a quebra do equilíbrio interno do organismo ou a quebra da homeostase. Foi o primeiro pesquisador, em 1936, a utilizar o termo “*stress*” na literatura médica. Sob a ótica da medicina, do modelo clínico e das Ciências Naturais, desenvolveu um modelo de entendimento do *stress* baseado na resposta, pois independente da causa, para Selye, a resposta de estresse seria sempre a mesma, apresentando-se como um padrão universal, configurando assim a Síndrome Geral de Adaptação (SGA). Sua descoberta ficou registrada na revista *Nature*, em 1936, sob o título – Uma Síndrome Produzida por Diversos Agentes Prejudiciais (Filgueiras, & Hippert, 1999; Farnè, 2003; Hespanhol, 2005; Lipp, 2010).

Segundo as observações de Selye, a SGA constitui-se de um conjunto de reações inespecíficas na qual o organismo reage como um todo em busca do equilíbrio interno utilizando grandes quantidades de energia adaptativa. É mediada pelo sistema neuroendócrino e apresenta três fases distintas apresentadas em um modelo chamado: modelo trifásico de entendimento do estresse, sendo a primeira fase de alerta, a segunda de resistência e a última de exaustão (Filgueiras, & Hippert, 1999; Farnè, 2003; Hespanhol, 2005; Lipp, 2010).

O estresse é um estado manifesto da SGA que só tem significado quando aplicado a

um sistema biológico definido. A resposta de alarme é de curta duração, também, chamada de resposta imediata ou resposta de emergência como estudado por Cannon nos processos de Luta e Fuga. A segunda fase é a de resistência, na qual a causa de estresse acontece continuamente e o organismo buscar reequilibrar-se gastando muito mais energia. A última fase é a de exaustão que corresponde ao colapso ou morte e está associada às doenças relacionadas ao estresse (Filgueiras, & Hippert, 1999; Hespanhol, 2005).

Dois outros autores revisaram a SGA e sugeriram modelos diferentes do modelo trifásico de estresse proposto por Selye. Segundo Marilda Lipp (2000), estresse é definido como uma reação psicofisiológica muito complexa que têm em sua gênese a necessidade do organismo fazer face a algo que ameace sua homeostase interna. Seus estudos distinguem o nível de estresse excessivo daquele que é necessário para o bom desenvolvimento da pessoa. Assim, no processo de desenvolvimento de um inventário de sintomas de estresse, Lipp sugere uma quarta fase entre as fases de resistência e exaustão. A nova fase identificada como fase de quase-exaustão é uma divisão da fase de resistência que se mostrou muito extensa. Num primeiro momento pode-se observar uma tentativa de reequilíbrio, por parte do organismo, com grande gasto de energia, sensação de cansaço generalizado e perda de memória, porém, sem o aparecimento de sintomas, configurando a fase de resistência do modelo de Lipp. A segunda fase, a fase de quase-exaustão, caracteriza-se pela falta de eficiência das defesas e pelo aparecimento dos sintomas e de algumas doenças. Assim, com base no modelo de Selye, Lipp sugere o modelo quadrifásico de entendimento do estresse e valida o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (Lipp, 2000), que visa identificar o estresse excessivo, ou a fase em que a pessoa se encontra e ao mesmo tempo identificar sintomas físicos e/ou psicológicos que estão atuando para o aparecimento do estresse (Filgueiras, & Hippert, 1999; Lipp, 2010).

Rossi, revisando Selye e o modelo trifásico do estresse, concorda com o modelo

baseado em resposta com o objetivo de restaurar a homeostase, mas sugere que essa teoria se afaste do ideal de predição e controle do método positivista e propõe uma síndrome em dois estágios. O primeiro de alarme e ativação e o segundo, que é o resultado do excesso crônico de epinefrina e cortisol no organismo, resultando nas doenças psicossomáticas (Filgueiras, & Hippert, 1999).

No modelo de estresse baseado no estímulo, o estresse é considerado uma força externa, origem da tensão que exercida sobre o organismo, provoca ruptura, distorção ou deformação. Essas tensões consideradas ameaçadoras são chamadas de estressores ou acontecimentos traumáticos da vida. Os modelos de estresse como resposta e estresse como estímulo foram muito criticados por defenderem a universalidade de estressores e respostas, não levando em consideração as diferenças individuais. Com a evolução do conceito de estresse, pode-se observar que nesse processo dinâmico, as percepções do que se apresenta como evento ameaçador e do que se apresenta como estratégia de resposta vão se ajustando até que aconteça a adaptação, ou não (Santos, & Castro, 1998; Hespanhol, 2005).

O modelo Transacional, criado por Richard Lazarus e seus colaboradores, descreve o estresse como processo, que considera importantes aspectos como: as causas potenciais de estresse, os moderadores da resposta de estresse, as manifestações de estresse e as intervenções, porém sem considera-las entidades separadas. É um processo que integra os estressores e a reação a eles num processo de interações contínuas e influências mútuas. As percepções diferem quanto ao mesmo evento estressor variando também as estratégias e recursos individuais para lidar com os mesmos (Santos, & Castro, 1998; Hespanhol, 2005).

De acordo com o Modelo Transacional, o processo de estresse acontece quando os agentes estressores excedem as capacidades que cada indivíduo tem para enfrentar a situação ameaçadora. É um processo que acontece a partir de uma avaliação cognitiva que busca avaliar primeiramente se o evento ameaça o bem-estar do indivíduo (avaliação primária); se

esse indivíduo dispõe de recursos pessoais suficientes para lidar com essa demanda (avaliação secundária) e se esses esforços resultam em sucesso para resolver a ameaça (reavaliação cognitiva). As avaliações cognitivas são individuais podendo variar, também, de acordo com o humor, a saúde e o estado motivacional da pessoa. O mesmo evento, para o mesmo indivíduo, pode ser considerado estressor em uma determinada etapa da vida, porém, em outra, não. Contudo, outra questão importante desse modelo é que não importa se o estresse está acontecendo ou se o indivíduo imagina que ele esteja acontecendo. A resposta fisiológica do corpo vai ser a mesma para os dois casos, com as mesmas consequências (Hespanhol, 2005).

As soluções das situações de estresse com base conceitual no modelo de estresse como resposta em contexto organizacional, acontecem a nível individual, porém não contribuem para a eliminação das causas do mesmo. O trabalho é feito com cada trabalhador no sentido de ajudá-lo a lidar com a situação ameaçadora da maneira adequada. O modelo de estresse como estímulo contribuiu muito para a compreensão das causas do estresse dentro das organizações e dos padrões de estressores que interferem na qualidade do trabalhador. O modelo de estresse como processo vem contribuir com as organizações por meio da avaliação individual dos acontecimentos estressantes e da identificação das causas potenciais de estresse, seus moderadores de respostas e das suas manifestações (Hespanhol, 2005).

Na tentativa de lidar com as transformações do mundo moderno e de como interferem na vida do indivíduo e nas suas relações de trabalho, a ciência tem buscado compreender como esse indivíduo tem enfrentado as dificuldades impostas pelo cotidiano. Assim, o enfrentamento, como processo dinâmico entre o indivíduo e seu ambiente, passou a ser um desafio conceitual e metodológico, pois o resultado desses estudos tem sido subsídio para intervenções mais eficientes na tentativa de preservar a saúde mental e física do indivíduo sob estresse. Nos estudos de Richard Lazarus essas respostas de enfrentamento são classificadas

em dois tipos: enfrentamento focalizado na emoção e enfrentamento focalizado no problema (Straub, 2005).

Diante do quadro apresentado, revela-se importante destacar a relevância de conhecer o padrão dos agentes que causam estresse ou estressores. Nogueira-Martins e Jorge (1998) classificam os estressores em três tipos no processo da residência: o profissional, o situacional e o pessoal. Os estressores profissionais são representados pelo peso da responsabilidade profissional, lidar com a subjetividade e dificuldade dos pacientes, supervisionar os residentes mais novos, gerenciar o crescente volume de novos conteúdos e planejar a carreira profissional. Os estressores situacionais decorrem do treinamento, privação de sono, fadiga, excessiva carga assistencial, excesso de trabalho administrativo, corpo auxiliar insuficiente. Por último, os estressores pessoais, que estão vinculados às características individuais e situações pessoais como sexo, vulnerabilidades psicológicas, características de personalidade, capacidade de lidar com situações difíceis, situação socioeconômica e os problemas familiares e eventos da vida. Para o autor (1998), as três categorias de estressores podem se sobrepor no decorrer da residência, pois, durante esse processo o residente exerce tanto o papel de estudante como o de profissional.

Muitas são as definições dos estressores. De acordo com Straub (2005), a Psicologia da Saúde compreende o estresse tanto como estímulo quanto como resposta. Quando é considerado estímulo é chamado de estressor e quando é considerado resposta é percebido como tensão, ou seja, as respostas físicas e emocionais que acompanham a percepção dos estressores. Estressor é qualquer evento que suscite adaptação nos modos de enfrentamento e tensão, reação de cansaço ou esgotamento no processo de enfrentamento do estressor.

Para Seaward (2009), estressor é qualquer estímulo que seja percebido como uma ameaça. Molina (1996) define estressor como qualquer agente físico, social, psicológico, econômico e ambiental capaz de induzir frustração, sensação de impotência, instabilidade

emocional, insegurança e estado de mal-estar e desconforto físico e psicológico. Outra definição de estressor é dada como uma situação ou experiência que gera sentimentos de tensão, ansiedade, medo ou ameaça que pode ser de origem interna ou externa e deve ser compreendida como um fenômeno complexo e dinâmico que provoca consequências sob a forma de problemas na saúde física e mental e na satisfação no trabalho (Stacciarini, & Tróccoli, 2001).

De acordo com Lipp (2005), estressor ou fonte de estresse é qualquer situação geradora de estado emocional, intenso, que leve a uma quebra da homeostase interna e exija alguma adaptação. Alguns estressores são chamados de biogênicos, por não dependerem muito da interpretação da percepção do fenômeno. Outros são chamados de estressores psicossociais, pois, dependem da interpretação da pessoa levando em conta sua história de vida. Silva, e Mendonça (2013) considera importante a identificação dos estressores para auxiliar na escolha das estratégias de enfrentamento.

Segundo Lipp (2005), estressor ou fonte de estresse é o evento desencadeador da resposta de estresse, ou seja, qualquer situação geradora de um estado emocional intenso que leve a uma quebra de homeostase interna e exija alguma adaptação, podendo ser externos e internos. Os externos são constituídos por eventos que ocorrem na vida de uma pessoa e os internos entende-se tudo que faz parte do mundo interno da pessoa, tais como: crenças, valores, características pessoais e vulnerabilidades.

Molina (1996) define estressor qualquer agente físico, social, psicológico, econômico e ambiental capaz de induzir frustração, sensação de impotência, instabilidade emocional, insegurança e estado de mal-estar e desconforto físico e psicológico, sendo também responsável por provocar uma resposta neuroquímica, que consiste em liberação de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), calcitonina (CT), adrenalina, noradrenalina e cortisol e resulta numa mudança psicofisiológica. Na maioria essas mudanças, constituem-se formas de tensão

que resultam em gastrite, aumento da pressão arterial, ou internamente em elevação do nível de cortisol, retenção de líquidos e aumento da tonicidade dos músculos esqueléticos.

São três os tipos de estresse: eustresse, neustresse e distresse. O primeiro é bom, motivador e melhora o desempenho da pessoa. O segundo acontece quando a pessoa percebe o estressor como não importante ou irrelevante. O último, o distresse é a interpretação desfavorável do estressor, que promove sensação de medo ou raiva contínua (Seaward, 2009).

Segundo Rio (1995), no distresse predomina emoções como medo, raiva, tristeza, ansiedade destrutiva e, também, diminuição da capacidade de concentração, funcionamento mental confuso, ações musculares desordenadas e desarmônicas com predominância do desprazer e insegurança.

Para Sardá Jr., Legal e Jablonski Jr. (2004), conhecer a psicofisiologia do estresse possibilita conhecer a sua influência tanto no sistema nervoso como no sistema imunológico e permite uma intervenção mais eficiente e com baixo custo. As situações de estresse provocam uma grande reação no organismo, com grande mobilização de energia. O indivíduo estressado trabalha sob uma tensão incrível e não consegue abrir mão dessa tensão, pois isso significaria admitir uma fraqueza ou o seu fracasso como ser humano. A determinação em prosseguir nessa tarefa, nesse caso, tem um efeito desastroso em todos os níveis: mental, físico e emocional. “A vida se restringe e se limita para se proteger” (Calegari, 2001, p.65).

O estresse é uma resposta limitadora para a vida, que gera tensões e desencadeia mecanismos de proteção para o ego. Estes mecanismos são inconscientes e limitadores da pulsação vital. Agem diminuindo a vitalidade, limitando o movimento, o pensamento e a percepção. Um corpo em constante movimento é um corpo vivo e saudável. Por meio da Movimentação Consciente do Corpo (dispositivo da Terapia Corporal), a pessoa é levada a entrar em contato consigo mesma e com o seu corpo, percebendo como acontece o bloqueio ou a inibição do fluxo de energia, da respiração, dos movimentos e da auto-expressão. Se o

estresse interfere no sistema nervoso autônomo, vai interferir também na motilidade da pessoa, afetando a forma de pulsar da mesma (Calegari, 2001).

O conceito de estresse é considerado multifacetado e dinâmico. Trata-se de um fenômeno que busca criar recursos para superar situações adversas. Os profissionais de saúde estão expostos a condições de trabalho consideradas estressantes: carga horária excessiva, insalubridade, sofrimento emocional compartilhado pelo paciente e seus familiares, falta de equipamentos e pessoal. O adoecimento do profissional de saúde, a falta de qualidade no atendimento, erros na conduta, consumo de álcool e drogas, são algumas das consequências negativas da má adaptação do trabalhador da área da saúde, porém, nem todos os profissionais de saúde percebem o contexto como risco. Na maioria das vezes, o entendimento vai depender da interação dinâmica entre características individuais desses profissionais com os diversos contextos (Polleto, & Koller, 2008).

Sendo assim, esta revisão da literatura (RL) busca responder a seguinte questão: como os estudos empíricos disponíveis na literatura internacional têm relacionado estresse no contexto dos profissionais de saúde e da formação de recursos humanos para a área da saúde?

O objetivo primário desta RL foi o de identificar e compreender como a literatura nacional e internacional tem verificado a existência de estresse no contexto do profissional da área da saúde e nos processos de formação continuada.

METODOLOGIA

A metodologia adotada neste estudo foi a da Revisão Sistemática da Literatura, excetuando-se o fato de que a escolha do material foi realizada exclusivamente pela pesquisadora. A busca de evidências para responder a pergunta do estudo foi feita de duas maneiras: inicialmente por meio das relações entre as palavras-chave estresse e trabalho do

profissional na área da saúde e estresse e formação na área da saúde e, finalmente, pela relação entre estresse e residência multiprofissional. Todas as palavras-chave foram consultadas em diferentes línguas (português, inglês e espanhol) para ampliar o alcance das evidências internacionais.

A busca foi executada na base de dados da BVS – Biblioteca Virtual de Saúde com suas respectivas bases de dados eletrônicas. Inicialmente, foram selecionados 6.823 artigos, dos quais, apenas 2.741 estavam disponíveis em acesso livre. A seleção do material resultante dessa busca seguiu critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: a) tempo de busca: últimos 10 anos (2005 – 2015); b) participantes: adultos de ambos os sexos cursando uma formação na área da saúde ou no trabalho na área da saúde; c) fenômeno de interesse: estudos sobre a existência de estresse no trabalho ou na formação da área da saúde; d) critério metodológico: pesquisa qualitativa e/ou pesquisa quantitativa; e) tipo de estudo: pesquisas empíricas; e, f) idiomas: português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão foram: a) artigos que não estejam disponibilizados em texto completo; b) artigos que não estejam disponibilizados em acesso livre; c) artigos encontrados em mais de uma base de dados, foi escolhido apenas um; e, d) artigos de revisão da literatura, independente da sua modalidade. Restaram, então, 97 artigos.

Os resultados encontrados na Revisão da Literatura destes 96 artigos foram analisados em dois momentos: num primeiro momento a avaliação formal dos artigos e num segundo momento a avaliação dos seguintes aspectos substantivos: o conceito de estresse, o contexto de emergência do estresse, caracterização dos participantes, estressores no contexto do trabalhador da saúde e pessoais, contexto das formações em saúde, análise dos sintomas decorrentes do estresse no âmbito do trabalho da saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao fim do levantamento do material foram selecionados 96 artigos sendo 48 em língua portuguesa (50,00%), 39 em língua inglesa (40,62%) e 9 em língua espanhola (9,27%). A Figura 1 apresenta a distribuição das publicações da produção científica sobre estresse no trabalho da saúde por ano de publicação. Observa-se que a partir de 2012 aumentaram as publicações sobre o tema. Observou-se que nos artigos selecionados, o estresse aparece como uma preocupação mundial no setor da saúde, porém essa seleção inclui os artigos relacionados com a residência multiprofissional, que é uma exigência específica do Sistema Único de Saúde. Isso explica que muitos dos estudos foram feitos no Brasil, mostrando que o estresse também é uma preocupação atual desses profissionais (Tabela 1). Com as mudanças mais recentes no Sistema Único de Saúde (SUS) e a criação das residências multiprofissionais, mais se tem exigido das equipes multiprofissionais que trabalham nos hospitais, porém, como esse modelo de formação tem origem no modelo da residência médica, ainda, é muito criticado pelos efeitos do estresse nos resultados alcançados por estes profissionais.

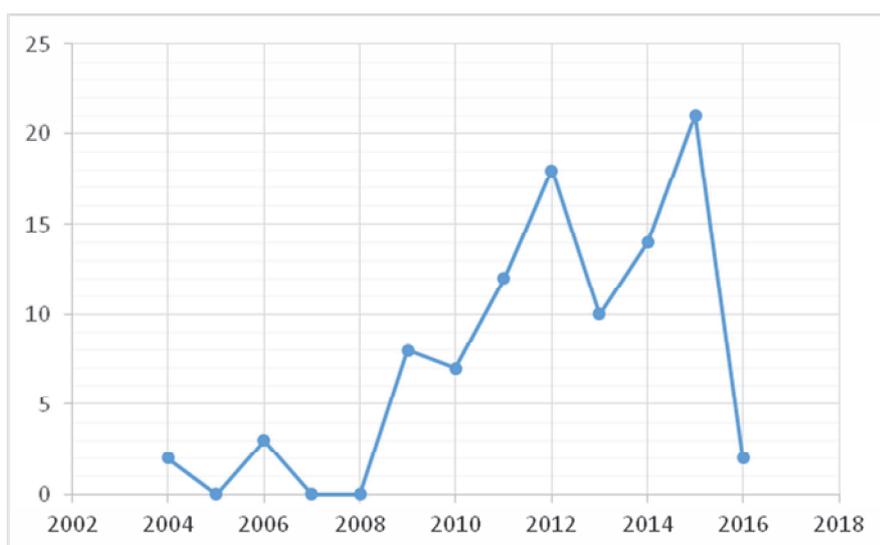


Figura 1

Distribuição das publicações sobre estresse no trabalho no contexto da saúde, segundo o período/ano de publicação.

Em relação ao tipo de estudo desenvolvido, a maioria dos indexados nessa revisão são transversais e descritivos; focam o estresse no trabalho e nas formações em saúde e buscam caracterizar o perfil do profissional da saúde com estresse (Pereira *et al.*, 2009; Silva, & Gomes, 2009; Hanzelmann, & Passos, 2010; Negromonte, & Araújo, 2011; Mendes, Ferreira, & De Martinho, 2011; Andrade, Albuquerque, & Andrade, 2011; Siril *et al.* 2011; Maia *et al.*, 2012; Fernandes, Souza, Santos, Rodrigues, & Marziale, 2012; Chan, Chan, & Kee, 2012; Simonetti, Dedini, Bianchi, & Kobayashi, 2013; Umman, Guido, & Silva, 2014; Maissiat, Lautert, Pai, & Tavares, 2015; Koreki *et al.*, 2015; Jacques, Ribeiro, Martins, Rizzi, & Schmidt, 2015; Atanes *et al.*, 2015; Silva, & Guimarães, 2016).

Tabela 1

Distribuição das publicações sobre estresse e trabalho no contexto da saúde, no Brasil (2006-2016).

LOCAL	Nº	%
Amazonas	1	2,08
Brasília	1	2,08
Ceará	3	6,26
Espírito Santo	1	2,08
Goiás	1	2,08
Mato Grosso do Sul	2	4,17
Minas Gerais	2	4,17
Paraná	4	8,34
Piauí	1	2,08
Rio de Janeiro	7	14,59
Rio Grande do Sul	11	22,91
São Paulo	13	27,08
Sergipe	1	2,08
TOTAL	48	100,00

Muitos estudos focam, ainda, na análise do *burnout*, que se configura como uma síndrome do trabalho que aparece quando o estresse se torna crônico e todos os esforços de adaptação fracassam, trazendo consequências negativas para todos os setores da vida dos indivíduos (Afecto, & Teixeira, 2009; Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats, & Braga, 2009; Trindade, Lautert, & Beck, 2009; Preciado-Serrano, & Vasquez-Goni, 2010; Lorenz, Benatti,

& Sabino, 2010; Hymann, *et al.*, 2011; Salyers *et al.*, 2011; Franco, Barros, Nogueira-Martins & Zeutoun, 2011; Wang, Chang, & Wang, 2012; Fernández *et al.*, 2012; Ebling, & Carlotto, 2012; Campos, Jordani, Zucolo, Bonafé, & Maroco, 2012; França *et al.*, 2012; Rissardo, & Gasparino, 2013; Kushnir *et al.*, 2013; Panunto, & Guirardello, 2013; Holmes, Santo, Farias, & Costa, 2014; Shanafelt *et al.*, 2014; Sliwinski *et al.*, 2014; Olivares-Faúndez, Gil-Monte, Mena, Jélvez-Wilke & Ferraz, 2014; Gianasi & Oliveira, 2014; Zis *et al.*, 2014; Dolan *et al.*, 2014; Khamisa, Oldenburg, Peltzer, & Ilic, 2015; Shoorideh *et al.*, 2015; Gunasinganh, Burns, Eduards, Dinh, & Walton, 2015; Torres, Areste, Mora, & Soler-González, 2015; Leal-Costa, Diaz-Agea, Tirado-González, Rodriguez-Marin, & Hofstadt, 2016), e em outros adoecimentos decorrentes do estresse (Linch, & Guido, 2011; Farias, Teixeira, Moreira, Oliveira, & Pereira, 2011,; Dorivan *et al.*, 2011; Soares, 2012; Monteiro *et al.*, 2013; Santana *et al.*, 2015; Kang *et al.*, 2015; Ansoleaga, 2015; Lin *et al.*, 2015; Giurgiu *et al.*, 2015).

A maioria das publicações, 88,54%, utilizou metodologia quantitativa com análise estatística de dados (Afecto, & Teixeira, 2009; Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats, & Braga, 2009; Lorenz, Benatti, & Sabino, 2010; Preciado-Serrano, & Vasquez-Goni, 2010; Hymann, *et al.*, 2011; Salyers *et al.*, 2011; Fridner, Belkiè, Marini, Seden & Scheneck-Gustaffson, 2012; Fernández *et al.*, 2012; Rissardo, & Gasparino, 2013; Panunto, & Guirardello, 2013; Holmes, Santos, Farias, & Costa, 2014; Sliwinski *et al.*, 2014; Guerra, Soares, Pezzi, Karkow, & Faintuch, 2015; Miranda, Gore, Boyer, Nobrega, & Punnet, 2015), 5,20% utilizou metodologia qualitativa (Pereira *et al.*, 2009; Hanzelmann, & Passos, 2010; Santos, & Moreira, 2014; Jacques *et al.*, 2015; Akbar, Elahi, Mohammadi, & khoshknab, 2016) e 6,25% utilizou metodologia quantitativa e qualitativa (Trindade, Lauter,t & Beck, 2009; Mendes *et al.*, 2011; Farias, Teixeira, Moreira, Oliveira, & Pereira, 2011; Soares, 2012; Monteiro, Oliveira, Ribeiro, Grisa, & Agostini, 2013; Gunasingam, Burns, Eduards, Dinh, & Walton, 2015) com análise estatística de dados associado à análise de conteúdo de Bardin.

Quanto à análise substantiva, a primeira categoria refere-se à **definição de estresse**, sendo que este pode aparecer como resposta, como estímulo ou como processo. Muitas vezes, não aparece com clareza nas publicações, mas pode-se perceber que nelas o estresse é considerado uma resposta às dificuldades do trabalho nos hospitais resultando em um desequilíbrio entre as demandas do trabalho na saúde com a capacidade de enfrentamento do trabalhador. Foi possível observar que 35 pesquisas compreendem o estresse dentro do modelo mecanicista e definem estresse como uma resposta a uma mudança ou desordem do equilíbrio interno do sujeito (Salyers *et al.*, 2011; Linch, & Guido, 2011; Farias *et al.*, 2011; Andrade, Albuquerque, & Andrade, 2011; Dorrivan *et al.*, 2011; Maia *et al.*, 2012; Soares, 2012; Batista & Bianchi, 2013; Lima, Silva, Almeida, Torres, & Dourado, 2013; Kang *et al.*, 2015; Koreki *et al.*, 2015; Ansoleaga, 2015; Guerra *et al.*, 2015; Lin *et al.*, 2015; Miranda *et al.*, 2015). As respostas podem ser químicas (hormonais), psicológicas (depressão) ou biológicas (doenças psicossomáticas). Esse modelo pode ser considerado reducionista por não considerar como o participante interpreta o estímulo.

O estresse como estímulo foi estudado em 10 (dez) publicações (Pereira *et al.*, 2009; Silva, & Gomes, 2009; Hanzelmann, & Passos, 2010; Rieder, Faedi, & Elke, 2012; Fridner *et al.*, 2012; Taets, Borba-Pinheiro, Figueiredo, & Dantas, 2013; Jacques *et al.*, 2015; Santana *et al.*, 2015; Silva, & Guimarães, 2016; e, Browning, 2016). Buscou-se identificar nessas pesquisas os agentes estressores causadores de conflito que influenciam negativamente as relações interpessoais dos profissionais da saúde na sua prática profissional. Considerado também um modelo reducionista, o modelo de entendimento do estresse como estímulo, busca encontrar padrões de agentes estressores no ambiente. Em 51 publicações o estresse foi descrito como processo sendo entendido de maneira mais ampla do que apenas uma resposta ao desequilíbrio. Foi caracterizado como um fenômeno complexo com reações físicas e psicológicas por parte do indivíduo, porém, que depende de como esse indivíduo reage à

situação adversa, com suas características de personalidade, valores e forma de enfrentamento (Afecto, & Teixeira, 2009; Grau *et al.*, 2009; Trindade *et al.*, 2009; Preciado-Serrano, & Vásquez-Goni, 2010; Lorenz *et al.*, 2010; Hymann *et al.*, 2011; Franco, Barros, Nogueira-Martins, & Zeiton, 2011; Negromonte, & Araújo, 2011; Fernandes *et al.*, 2012; Wang, Chang, & Wang, 2012; Campos, Jordani, Zucolo, Bonafé, & Maroco, 2012; Rissardo, & Gasparino, 2013; Panunto & Guirardello, 2013; Kushnir *et al.*, 2013; Umann *et al.*, 2014; Zis, Anagnopoulos & Sykioti, 2014; Torres, Areste, Mora, & Soler-González, 2015; Atanes *et al.*, 2015; Giurgiu *et al.*, 2016). Assim o fenômeno do estresse aparece analisado por um modelo transacional, ou seja, que utiliza instrumentos capazes de refletir como o participante percebe e reage às situações estressoras (Chamon, 2006; Kirchhof *et al.*, 2009; Silva, & Gomes, 2009; Farias *et al.*, 2011).

Outro aspecto importante de análise das publicações foi a emergência do **contexto** no qual o estresse foi estudado. O contexto do trabalho na saúde pode ser considerado muito difícil e competitivo, por isso os trabalhadores dessa área não buscam ajuda com medo de serem considerados fracassados. Assim, ficam expostos ao risco. Muitos pesquisadores buscaram conhecer a realidade dos hospitais e/ou dos hospitais-escola. Estes ambientes têm sido considerados de risco para a saúde física e psicológica de seus trabalhadores, que respondem a altas demandas de pacientes e por atuarem em um ambiente hospitalar, estão sujeitos a inúmeras circunstâncias desgastantes, tais como a insalubridade e a dificuldade de lidar com doenças ou com o sofrimento e morte dos pacientes e a demanda de suas famílias. Todo esse estresse pode refletir negativamente no exercício profissional como absenteísmo, maior probabilidade de errar, atrasos constantes, insatisfação com a profissão, baixo nível de desempenho e dificuldade no trabalho em equipe (Kirchhof *et al.*, 2009; Silva, & Gomes, 2009; Silveira, Stumm, & Kichner, 2009; Farias *et al.*, 2011; Fernández *et al.*, 2012; Fridner *et al.*, 2012; Jacques *et al.*, 2015).

Em relação aos **participantes**, observou-se que 26,04% dos estudos foram feitos com médicos (Andrade *et al.*, 2011; Rieder *et al.*, 2012; Friedner *et al.*, 2012; Kushnir *et al.*, 2012; Zis *et al.*, 2014; Koreki *et al.*, 2015; Torres *et al.*, 2015), 38,54% com enfermeiros (Afecto & Teixeira, 2009; Silveira *et al.*, 2009; Lorenz *et al.*, 2010, Hanzelmann, & Passos, 2010; Franco *et al.*, 2011; Farias *et al.*, 2011; Maia *et al.*, 2012; Wang *et al.*, 2012; Monteiro *et al.*, 2013; Rissardo, & Gasparino, 2013; Holmes *et al.*, 2014; Demir, Demir, Bulut, & Hisar, 2014; Jacques *et al.*, 2015; Miranda *et al.*, 2015), 31,25% com equipes formadas por diversos profissionais da saúde (Grau *et al.*, 2009; Trindade *et al.*, 2009; Hymann *et al.*, 2011; Salyers *et al.*, 2011; Fernández *et al.*, 2012; Wang *et al.*, 2012; Santos, & Moreira, 2014; Gianasi, & Oliveira, 2014; Guerra *et al.*, 2015; Lin *et al.*, 2015), 1,04% com psicólogos (Sliwinski *et al.*, 2014), 2,08% por Odontólogos (Preciado-Serrano, & Vásquez-Goni, 2010; Campos, Jordani, Zucolo, Bonafé, & Maroco, 2012) e 1,04% com parteiras (Dorrivan *et al.*, 2011). Segundo as publicações indexadas nessa revisão, a enfermagem é a profissão considerada mais sobrecarregada dentro do hospital e, por isso, a que mais produz estudos sobre estresse. Lida constantemente e diariamente com a dor, a morte e a doença resultando, muitas vezes, em *burnout*, que é a forma mais prejudicial que o estresse pode acarretar na vida profissional e pessoal do enfermeiro. A qualidade do atendimento desses profissionais é altamente prejudicada por agentes estressores, tais como: assumir uma assistência mais direta com o paciente e seu sofrimento, trabalhar em regime de plantões, executar procedimentos de alta responsabilidade, porém, com pouca autonomia na equipe (Ferrareze, Ferreira, & Carvalho, 2006; Montanholi, Tavarés & Oliveira, 2006; Afecto, & Teixeira, 2009; Kirchhof *et al.*, 2009; Franco *et al.*, 2011; Knezevic, Maglica, & Krapic, 2011; Dorrivan *et al.*, 2011; Maia *et al.*, 2012; Guido, Silva, Goulart, Bolzan, & Lopes, 2012; Fernandes *et al.*, 2012). Por outro lado, pode-se supor, que o status que a categoria de enfermagem tem nas unidades de saúde servem como um fator protetor a sua saúde mental.

Tabela 2*Profissões da área da saúde investigadas nas Publicações (2006-2016).*

Profissões	Nº	%
Médicos	25	26,04
Enfermeiros	37	38,54
Equipe com diversos profissionais	30	31,25
Psicólogos	1	1,04
Odontólogos	2	2,08
Parteiras	1	1,04
TOTAL	96	100

A maioria dos participantes das pesquisas sobre estresse foi do sexo feminino, ficando também evidente que as mulheres apresentaram níveis de estresse mais altos que os dos homens, talvez por que elas são mais propensas a procurar ajuda quando estressadas. A predominância de profissionais do sexo feminino nos serviços da saúde, também, é justificada em muitos estudos como uma extensão dos cuidados de manutenção da família (Ferrareze *et al.*, 2006; Montanholi *et al.*, 2006; Kirchhof *et al.*, 2009; Goulart, Silva, Bolsan, & Guido, 2012; Guido *et al.*, 2012; Velho, Haeffner, Santos, Silva, & Weinmann, 2012; Aminazadeh *et al.*, 2012; Hochberg *et al.*, 2013; Cunha Vieira, & Roquete 2013; Silva, Goulart, Lopes, Serrano, & Guido, 2014; Sanfay *et al.*, 2015; Goldhagen, Kingsolver, Stinnett, & Rosdahl, 2015).

Como relatadas pelos autores abaixo, as amostras de participantes foram consideradas pequenas, o que foi compreendido como uma limitação em diversos estudos (Assaiag, Perotta, Martins, & Tempski, 2010; Santos, & Cardoso, 2010; Velho *et al.*, 2012; Guido *et al.*, 2012; Al-Dubai, Ganasegeran, Perianayagam & Rampal, 2013; Salles Cohen, & Mueller, 2014; Silva *et al.*, 2014;), pois não permite uma generalização dos dados. Contudo, conhecer a realidade do fenômeno, mesmo que de maneira limitada, possibilita maiores reflexões e intervenções mais eficazes.

A percepção individual do profissional de saúde em relação ao agente estressor é que vai determinar o seu impacto na qualidade do trabalho e no estilo de vida dele. É o

desequilíbrio entre o exercício acadêmico-profissional e a capacidade de enfrentamento desse período que gera o estresse nesses trabalhadores (Kirchhof *et al.*, 2009; Kilimnik, Bicalho, Oliveira, & Mucci, 2012; Silva et al., 2014).

Os **estressores** que mais apareceram nas publicações (Tabela 3) foram a carga horária elevada (42,3%), o excesso de cobranças com pouco tempo para resolução dos problemas e gerador de pressão (26,92%), o aumento da responsabilidade profissional (26,92%) e os problemas de relacionamento dentro da equipe (19,23%).

Tabela 3
Principais estressores do trabalho em saúde (2006-2016).

ESTRESSORES	%
Carga horaria elevada	42,3
Cobranças com pressão	26,92
Aumento da responsabilidade profissional	26,92
Problemas de relacionamento da equipe	19,23
Baixos salários	19,23
Privação de sono	15,38
Proximidade com pacientes e familiares	15,38
Ambiguidade e conflito de funções	11,54
Sentir-se desvalorizado	3,84
Inadequação de Materiais	3,84

Dentre os tipos de trabalho disponíveis na saúde em hospitais, que são considerados geradores de estresse, pode-se destacar o dos profissionais que estão no contexto de formação em saúde, ou seja, nas residências que podem ser: médicas ou multiprofissionais. A residência é um modelo de treinamento em serviço, sujeito à supervisão, no qual o residente aprende a lidar com sentimentos de vulnerabilidade, desejo de cuidar e curar e com o sentimento de desamparo em relação ao sistema assistencial. É um treinamento considerado eficiente, porém, muito criticado com relação à sua natureza estressante. Esta revisão da literatura buscou as publicações realizadas com esses profissionais da saúde, residentes médicos e residentes multiprofissionais, a fim de compreender como a sobrecarga assistencial, a

excessiva carga horária de trabalho e a privação de sono interferem na produtividade e na saúde do residente, causando sintomas de estresse tais como distúrbio cognitivo, raiva crônica, uso abusivo de álcool e outras drogas, ideação suicida e suicídio. Observou-se que o estresse produz consequências negativas tanto para a qualidade de atendimento dos residentes, como para sua própria saúde (Montanholi *et al.*, 2006; Guido *et al.*, 2012; Aminazadeh *et al.*, 2012).

Evidenciou-se, ainda, que a maioria dos residentes começou a residência no período entre 1 e 2 anos de formado encontrando-se solteiros e sem filhos (Msaouel *et al.*, 2010; Guido *et al.*, 2012; Velho *et al.*, 2012; Auger *et al.*, 2012; Hochberg *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2014; Sanfay *et al.*, 2015). Outra constatação importante foi que o primeiro ano do processo de formação da residência é considerado o período mais estressante, pois, é um período de imersão, com muitas horas de trabalho e de aulas, excesso de atendimentos de pacientes de difícil manejo e um período de construção da identidade profissional, no qual os residentes estão aptos e legalmente autorizados para exercer suas funções, porém devem se submeter à conduta de um preceptor, sendo observado que as relações entre os residentes e seus preceptores são citadas como agente estressor, pois, altos níveis de responsabilidade coexistem com baixos níveis de decisão. Na maioria das vezes, o segundo ano de curso de residência tende a ser menos conturbado com sentimentos de satisfação e competência aumentados, resultando em maior bem-estar (Camelo, & Angerami, 2004; Goulart *et al.*, 2012; Aminazadeh *et al.*, 2012; Cunha *et al.*, 2013; Ogundipe, Olagunju, Lasebikan, & Coker, 2014; Gunasigam *et al.*, 2015; Goldhagen *et al.*, 2015).

Os estudos consideram que os estressores mais comuns na residência são: sobrecarga de trabalho (Ferrareze *et al.*, 2006; Assaiag *et al.*, 2010; Velho *et al.*, 2012; Guido *et al.*, 2012; França *et al.*, 2012), conflito de papéis (França *et al.*, 2012; Souza, & Araújo, 2015), habilidades inadequadas, pensamentos suicidas (Msaouel *et al.*, 2010; França *et al.*, 2012;

Hochberg *et al.*, 2013), conflitos (Souza, & Araújo, 2015) e falta de tempo para gastar com a família ou socialmente (Assaiag *et al.*, 2010; Velho *et al.*, 2012; Souza & Araújo, 2015), gerenciar o grande e crescente volume de conhecimento (Assaiag *et al.*, 2010; Silva *et al.*, 2014) e o planejamento da carreira futura (Assaiag *et al.*, 2010; Amnazadeh *et al.*, 2012), privação de sono (Assaiag *et al.*, 2010; Amnazadeh *et al.*, 2012), fadiga, excessiva carga assistencial, corpo auxiliar insuficiente e a baixa qualidade no ensino (Ferrareze *et al.*, 2006; Aminazadeh *et al.*, 2012; Velho *et al.*, 2012; Auger *et al.*, 2012; França *et al.*, 2012; Ogundipe *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2014).

De acordo com as pesquisas, quando sob pressão, os residentes negligenciam a própria saúde. Evitam afastar-se do trabalho para não serem classificados como fracos ou incompetentes e, muitas vezes, se automedicam. Outras soluções prejudiciais ao seu desempenho são: comportamentos aditivos, sofrimento nas relações interpessoais, ansiedade, depressão, ideação suicida, erros e insatisfação no trabalho. Os sentimentos, de frustração experimentados pelos residentes, pode levá-los ao esgotamento emocional com consequências a saúde como a Síndrome de *Burnout*. Tristeza, ansiedade, fadiga, diminuição da concentração, preocupação somática, irritabilidade e insônia são os sintomas mais citados pelos mesmos. Os efeitos do estresse também podem ser observados na qualidade do serviço prestado, pois, altos níveis de estresse estão diretamente ligados a alta probabilidade de erros, interferindo na cognição, capacidade de julgamento e na habilidade técnica (Kirchhof *et al.*, 2009; Aminazadeh *et al.*, 2012; Hochberg *et al.*, 2013; Gunasigam *et al.*, 2015; Sanfey *et al.*, 2015).

Os principais **sintomas** físicos gerados pelo estresse em profissionais da saúde são: suor, calores, dor de cabeça, tensão muscular, alteração no batimento cardíaco, dores de estômago, colite e irritação, insônia, sensação de desgaste físico, depressão do sistema imunológico, sonolência diária, bem-estar sexual prejudicado. Os sintomas psicológicos mais

citados são: insatisfação, irritação, desânimo e falta de interesse, mudança repentina de humor, refletindo em atrasos, sabotagem, incapacidade de envolver-se emocionalmente com o serviço, vontade de fugir de tudo, ideação suicida e “prontidão paranoide” (Camelo, & Angerami, 2004; Montanholi *et al.*, 2006; Sangi-Haghpeykar, Ambani, & Carson, 2009; Santos, & Cardoso, 2010; Asaiag *et al.*, 2010; Guido *et al.*, 2012).

De acordo com o estudo de Cunha *et al.* (2013), o apoio didático pedagógico e a programação acadêmica dos programas de residência são considerados ruins nos seguintes aspectos: adequação do conteúdo aos objetivos da formação, carga horária para as atividades práticas, qualidade das instalações e equipamentos, valor da bolsa, qualidades das aulas práticas, análise e discussão dos estudos de caso, qualidade e organização do material didático. Quanto aos preceptores, em seu estudo, verificou-se que os residentes consideram a participação dos mesmos como regular na preparação para exercício das atividades, uso de metodologias, profundidade, conhecimento, qualidade dos instrumentos de avaliação de aprendizagem, orientação, correção e justiça na avaliação de desempenho fazendo com que os residentes não se sintam respeitados e nem valorizados dentro do hospital.

Outro fator a ser considerado é o valor da bolsa acadêmica, que, neste levantamento, é considerada como um agente estressor para o residente, pois, quanto menor a renda, maior a prevalência de estresse e do nível de insatisfação em relação ao programa de residência. Muitas vezes, esses profissionais, com exceção dos residentes multiprofissionais, são compelidos a ter mais de uma atividade laboral, aumentando a sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, aumentando o risco de estresse (Kirchhof *et al.*, 2009).

Quanto ao trabalho em equipe, pode-se observar nas publicações selecionadas que a possibilidade de fazer contato com novas áreas é considerada por esses trabalhadores da saúde como um auxílio na construção de um saber coletivo, melhorando a qualidade da assistência ao paciente, para além da doença, e indo de encontro com as necessidades globais do

mesmo. Porém, ainda, existem muitos profissionais que, mesmo integrando equipes multiprofissionais, atuam de forma isolada, dissociada e fragmentada indo contra os princípios fundamentais do SUS e interferindo negativamente no resultado final, pois, a integralidade só pode ser obtida em rede. O trabalho em equipe multiprofissional implica em objetivos comuns, identidade compartilhada, compromisso compartilhado, funções da equipe e responsabilidades claras. Para isso não é necessário abolir as especificidades de cada profissão, pois, é na diversidade técnica e metodológica que pode ocorrer as contribuições na qualidade dos serviços prestados (Cunha *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o levantamento feito para esta revisão, verificou-se que o estresse está presente nas atividades da área da saúde, tanto no trabalho como, como também nas residências médicas e multiprofissionais. A realidade do estresse no trabalho em saúde é complexa e seus trabalhadores estão expostos a condições que são consideradas negativas tanto fisicamente como psicologicamente. Várias pesquisas mostraram que o trabalhador da saúde exposto ao estresse tinha sua imunidade afetada, apresentando diminuição das defesas e resultando em doenças. As situações adversas e estressantes encontradas nas pesquisas são comuns a todas as profissões da saúde e no âmbito dos programas de residência, a questão do estresse vem se arrastando desde os primórdios da residência médica. Assim pode-se observar que os efeitos negativos do estresse são mais frequentes para os médicos e enfermeiros, sendo estes últimos, os que mais produzem pesquisas. A proximidade com os pacientes e seus familiares (suas dores, doenças e morte) associados à sobrecarga de trabalho e a privação de sono são os estressores mais citados na literatura. Observou-se, também, que as mudanças relativas ao tipo de profissional exigido pelo Sistema Único de Saúde contribuíram para o aumento do estresse, pois trabalhar em uma equipe multiprofissional requer boa comunicação entre seus membros, cooperação, autonomia e respeito pela hierarquia. Nem sempre os profissionais da saúde são flexíveis para

adaptar-se tão rapidamente, o que resulta em estresse na equipe e interfere negativamente nos seus resultados. Considerando as limitações citadas pelos estudos como o tamanho reduzido das amostras, as mesmas estarem concentradas em apenas um hospital ou região e os estudos serem todos transversais, seus resultados não podem ser generalizados mas podem contribuir para esclarecer como o trabalho dos profissionais de saúde pode sofrer a influência negativa do estresse. Dessa maneira, espera-se estar contribuindo para reforçar outros estudos e colaborando para consolidar esse referencial teórico.

ARTIGO 2

PSICOTERAPIA CORPORAL: UMA REVISÃO DA LITERATURA⁴

Valéria Moraes Katopodis⁵; Sebastião Benício da Costa Neto⁶

Resumo

A psicoterapia corporal tem sido amplamente utilizada na clínica com excelentes resultados na redução das tensões físicas e psicológicas, porém poucos estudos científicos têm sido encontrados quando o tema é intervenção. Este artigo teve como objetivo identificar e avaliar estudos científicos publicados na literatura nacional e internacional. As buscas foram realizadas em bases de dados como BVS, Periódicos CAPES e Google Acadêmico nas publicações e sites relacionados com a teoria reichiana. Como o material sobre o tema é escasso e na maioria das vezes é apenas um relato da experiência na clínica, optou-se por fazer uma revisão integrativa. Este levantamento mostrou, que as intervenções com base na teoria reichiana têm contribuído de forma positiva no processo de autoregulação dos participantes, porém não foram encontradas pesquisas ou relatos clínicos sobre a utilização da psicoterapia com fundamentação reichiana no manejo do estresse.

Palavras-chave: estresse, psicoterapia corporal, grupo de movimento, psicoterapia corporal de grupo, Wilhelm Reich

Abstract

Body oriented psychotherapy has been widely used in the clinic with excellent results in reducing physical and psychological stresses, but few scientific studies have been found when the topic is intervention. This article aimed to identify and evaluate scientific studies published in the national and international literature. The searches were carried out in

⁴ Esse artigo está de acordo com as normas da revista *Psicologia: Reflexão e Crítica*

⁵ Aluna de Doutorado da PUC Goiás, e-mail: vmkatopodis@gmail.com

⁶ Orientador do Programa de Psicologia da PUC Goiás

databases such as BVS, Periodicos CAPES and Google Scholar in publications and sites related to Reichian theory. As the material on the subject is scarce and most of the times it is only an account of the experience in the clinic, it was decided to make an integrative review. This study showed that interventions based on Reichian theory have contributed positively to the process of self-regulation of the participants, but no research or clinical reports on the use of body oriented psychotherapy in stress management were found.

Key words: stress, body oriented psychotherapy, movement group, group of psychotherapy, Wilhelm Reich

A cura, na antiguidade, sempre esteve ligada às religiões e à fé. Com o desenvolvimento do modelo Biomédico, no final do séc. XIX, os médicos, especificamente os psiquiatras, ficaram com a responsabilidade de cuidar das doenças nervosas e mentais. No séc. XX outras profissões passaram a estar autorizadas para exercer esse cuidado tais como médicos clínicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais. Nesse contexto aparece a psicoterapia como método de tratamento criado para lidar com os sintomas e disfunções mentais. Nem sempre esses métodos de tratamento foram comprovados como efetivos. Atualmente muitos têm sido os esforços no sentido de mostrar a eficiência de um determinado método de intervenção. A padronização de protocolos e o desenvolvimento de instrumentos mais acurados para avaliações mais precisas têm auxiliado a testar e comprovar a eficiência dos métodos de tratamento existentes (Cordioli, 2008).

A definição de psicoterapia para Cordioli (2008) é um método de tratamento no qual um profissional treinado realiza uma variedade intervenções com o objetivo de reduzir ou remover problemas de natureza emocional, cognitiva ou comportamental em um cliente que o procurou para essa finalidade. É um método que pode ser considerado uma arte por depender das características pessoais do terapeuta e de suas habilidades adquiridas ao longo dos treinamentos e supervisões. A psicoterapia é considerada um método efetivo e rápido e as

pesquisas apontam para uma aceitação e procura cada vez maior por parte da sociedade. Várias são as modalidades de psicoterapia, avaliadas em mais de 250 modalidades distintas. Nessa revisão da literatura vamos abordar as psicoterapias que fundamentam-se na teoria psicanalítica, ou seja, as psicoterapias psicodinâmicas.

A psicanálise é a base teórica para grande parte das psicoterapias psicodinâmicas. A psicoterapia psicodinâmica é mais exploratória e o seu objeto é a análise da defesa, da transferência e a obtenção de *insights* relativos aos conflitos do inconsciente tendo como base uma teoria de desenvolvimento da personalidade e da formação dos sintomas. Busca trazer consciência para impulsos, sentimentos, medos, fantasias e desejos que aparecem na relação transferencial aumentando a capacidade do indivíduo para refletir sobre si mesmo (Cordioli, 2008).

A psicoterapia corporal é a modalidade escolhida para essa pesquisa e tem suas raízes em Wilhelm Reich (1897-1957), médico e psicanalista, discípulo de Freud, que iniciou seus estudos fundamentado pela teoria da libido e com profunda preocupação social. Seu objeto inicial de pesquisa era a diferença entre os sexos com relação ao ato sexual. Sua posição se firmava na psicanálise ortodoxa. A psicanálise foi a forma inaugural de discutir ciência para Reich (Maluf Jr, 2000).

Com o passar do tempo buscou correlacionar marxismo e psicanálise com base em três pontos: a base materialista da psicanálise, a dialética da vida mental e a posição social da psicanálise. Para ele a base materialista da psicanálise estava calcada na teoria da libido. No segundo ponto, a perspectiva dialética na vida mental, propôs uma investigação de antíteses como pulsão e inibição, tensão e relaxamento, consciente e inconsciente, indivíduo e sistema político, com o objetivo de provar que as neuroses eram resultado da repressão, tanto sexual como social. Assim, acreditava que a psicanálise social seria o instrumento para a tomada de consciência do processo de repressão. Seria a união entre a psicanálise e o marxismo

resultando em uma sociedade com mais consciência das questões repressivas e por isso mais justa e solidária (Câmara, 2009).

À medida que Reich se aproximava de Marx, ele se distanciava de Freud, pois acreditava que as condições sociais e materiais determinavam a moralidade vigente e não o parricídio primitivo investigado por Freud. Buscava compreender a relação entre estrutura psíquica e estrutura social autoritária. Segundo ele a repressão sexual produzia estase e alimentava a moralidade conservadora enrijecendo a psique do indivíduo gerando temor pela vida. É assim que, se sentindo desamparado, o indivíduo abre mão de sua independência na tentativa de buscar por um salvador, papel muito bem executado pelos sistemas autoritários com o objetivo de embrutecer cada vez mais suas psiques. Reich acreditava que a psicanálise tinha esse papel de esclarecer que o autoritarismo era incompatível com a saúde emocional. Tudo o que ele queria era usar seus conhecimentos para criar uma sociedade mais justa e solidária (Albertini & Freitas, 2009).

Na sua segunda fase, Reich lançou os fundamentos da análise do caráter e da vegetoterapia com o objetivo de compreender mente-corpo como uma unidade contextualizada pelo social. Utilizou a teoria da libido para explicar a neurose, ao contrário dos outros psicanalistas que descartavam a primeira tópica Freudiana em favor da segunda tópica, ou seja, descartavam a teoria da libido em favor da qualidade dos conteúdos simbólicos. A saúde para Reich estava ligada ao equilíbrio energético, pois para ele o desequilíbrio energético associado aos conflitos entre id e superego produziam sintomas. Assim, iniciou o trabalho com a resistência, saindo do porquê e caminhando para o como. Observou que quando a pressão entre id e ego era muito grande, o ego estruturava uma blindagem ou couraça como barreira de proteção. Essa conduta psicossocial chamava-se caráter e tinha estreita ligação com um determinado momento sócio-histórico. Assim há tantos possíveis caracteres quanto a produção social puder fabricar e a tipologia reichiana da

personalidade não apresenta-se fechada, mas aberta, dinâmica e potencializadora de modos diversificados de existir (Câmara, 2009, Maluf Jr, 2000).

Dessa forma Reich se afastou tanto do marxismo como da psicanálise e foi buscar a consolidação de seus conceitos como o de potência orgástica. Com base na teoria da libido (primeira tópica), havendo um equilíbrio entre carga e descarga da libido, o risco de adoecimento do indivíduo ficaria diminuído, pois, para ele, era a quantidade de libido não descarregada que alimentava a neurose. É na análise da resistência que Reich, outra vez, se distancia da psicanálise e abrindo mão de interpreta-las, assim que elas aconteciam. Reich, ao contrário, começa a espelha-las aos seus pacientes como forma de flexibilizar suas defesas. Segundo Albertini e Freitas (2009), o objeto de estudo de Reich vai migrando de uma alma destituída de um corpo para uma psique que podia ser compreendida num gesto ou expressão corporal. As estruturas de caráter seriam produzidas sócio-historicamente, por isso poderiam existir quantos caracteres fossem possíveis de serem fabricados pela sociedade sem uma tipologia fechada, mas dinâmica e aberta.

De acordo com Maluf Jr (2000) é nesse momento que a psicoterapia corporal vai se configurando. Trazendo a visão epistemológica da psicanálise em sua origem e transformando o corpo no lugar de intervenção no qual é possível acessar a história do sujeito e em consequência disso seus mecanismos de defesa. Para Reich, conhecer o corpo por meio de suas marcas portadoras de historicidade ampliava a possibilidade de intervenção com o objetivo de flexibilizar mecanismos corporais e psíquicos, liberar a respiração e tensões.

O medo da entrega, a falta de contato, o crescimento da angústia resultavam em estase que nada mais era que a perda de motilidade. Simpático e Parassimpático em desequilíbrio. A motilidade é consequência da pulsação vital e do equilíbrio entre Simpático – contração e Parassimpático – expansão. Um corpo que não pulsa, contrai e expande alternadamente, fica encouraçado. Assim Reich definia couraça como o resultado da repressão de conteúdos,

impulsos e emoções. A unidade funcional para Reich significava a relação entre sentimentos e funções corporais que resultava em couraça muscular. A dissolução da couraça muscular gerava respostas ligadas ao sistema nervoso autônomo que alterava a musculatura lisa e as funções glandulares de diversas vísceras (Maluf Jr, 2000). Segundo Reich, toda tensão muscular crônica tem efeito deletério sobre o corpo. As tensões crônicas limitam a energia disponível para enfrentar as pressões da vida diária. O objetivo da Psicoterapia corporal é reduzir as tensões musculares para liberar energia para os enfrentamentos necessários da vida.

A grande contribuição reichiana dessa fase foi a compreensão de como o corpo interfere na mente e vice-versa representado pelo método do funcionalismo dialético. “Dialeticamente, o indivíduo é um ser dinâmico, que através das antíteses decorrentes de sua condição, vai refazendo a sua história, o seu passado. Dessa forma, presente e passado têm focos alternados na terapia, que tem o objetivo de ajudar o indivíduo a conquistar sua auto-regulação.” (Câmara, 1998, p.18). Quanto mais auto-regulado o organismo, maior e mais plena a sua pulsação e naturalidade. A consciência da tensão, a memória da sua história e o como acontece a rigidez, possibilitam a pessoa uma maior flexibilização e circulação energética (Maluf Jr, 2000).

A terceira fase de Reich, com base em uma visão organísmica, é a orgonoterapia, que tem como objetivo investigar a bioenergia. Seu método é o funcionalismo-orgonômico, que visa a obtenção da auto-regulação, equilíbrio e harmonia por meio da flexibilização dos bloqueios físicos e da elaboração dos conflitos psíquicos (Câmara, 1998, Maluf Jr, 2000).

Reich acreditava que apenas em sociedades democráticas e auto-reguladas poderia ser experienciada a felicidade. Sua grande contribuição no campo da saúde foi o trabalho preventivo da neurose e da conscientização das suas causas. Seu trabalho era muito mais amplo, pois buscava atingir as massas investindo nas transformações sócio-culturais. Segundo Albertini (2011), Reich foi um pensador incomum do século XX, que deixou uma obra muito

rica mas inacabada, merecendo avaliação e continuidade. Muitos pesquisadores continuaram os estudos de Reich relativos à unidade funcional mente-corpo. Os Pós-reichianos são os pesquisadores que vieram depois de Reich e mantiveram o seu pensamento e método sem alteração. Podem ser citados como principais: Ola Raknes, Walter Hoppe, Elsworth Baker e Federico Navarro. Os Neo-reichianos modificaram o método de trabalho de Reich, montando sua própria teoria como é o caso da Análise Bioenergética de Alexander Lowen e Jonh Pierrakos, a Biodinâmica de Gerda Boyesen, Biossíntese de David Boadella e a Biossistêmica de Jerome Liss (Volpi & Volpi, 2003). Kignel (2005) relata que a psicoterapia corporal tem sido a abordagem de maior eficiência na área social por ser um trabalho que exerce função educativa tanto terapêutica como de saúde.

No Brasil, por volta de 1960, profissionais como José Angelo Gaiarsa, Roberto Freire, Ralph Viana, Romeu Costa e Tethö Sandor contribuíram para a divulgação das ideias de Reich principalmente nas áreas de educação e saúde. Sua inserção baseou-se em um movimento contestador da contracultura, mas com o passar do tempo os pesquisadores responsáveis pela produção científica brasileira e interessados nesse tema buscaram sistematizar e a problematizar o pensamento reichiano através de trabalhos que além dos caminhos tradicionais percorridos por Reich, estabeleciam relações entre seu pensamento e de outros pensadores como Piaget, Espinosa, Nietzsche e Foucault. Paulo Albertini tem se dedicado desde 1978, quando ingressou no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IPUSP, à divulgação do pensamento reichiano sempre buscando esclarecer o sistema teórico construído por Reich. Durante esse período manteve contato com grupos dedicados ao estudo e à pesquisas das ideias de Reich tais como Dimas Calegari, Jovino Camargo Júnio, Ailton Bedani e José Gustavo Sampaio Garcia. A psicoterapia corporal brasileira é composta, na sua maioria, por psicoterapeutas neo-reichianos que seguem os princípios de reich, mas

que foram adaptando ou modificando suas técnicas a partir de uma nova leitura do contexto (Albertini, 2011).

Albertini (2011) cita uma série de dissertações e teses defendidas a partir do ano de 2001, sobre o pensamento e os conceitos reichianos, porém nenhuma delas com experimentos empíricos de manejo do estresse. Cita uma revisão da literatura feita por Tânia Alves Nogueira sobre grupos de movimento com 30 trabalhos publicados sobre o assunto mostrando que as intervenções em grupo que enfatizam o trabalho não verbal de abordagem corporal e de fundamentação reichiana começaram a ser introduzidos no Brasil desde os anos de 1970.

Regina Favre, filósofa, educadora, terapeuta, criou o nome grupo de movimento para esse tipo de atividade corporal grupal que buscava intervir no corpo para agir sobre a mente. Mais tarde, Ricardo Amaral Rego e Maria Ercília Rielli da Gama trazem uma nova metodologia para o grupo de movimento focando seu trabalho nos fundamentos da teoria reichiana. Seu objetivo principal era o desbloqueio emocional, ou seja, fazer com que o indivíduo melhorasse a percepção de si mesmo e do seu corpo liberando o material recalcado nos bloqueios corporais o que resultaria no aumento de vitalidade, criatividade, expressividade, assertividade e bem-estar (Gama & Rego, 1996). Dimas Calegari, médico e pesquisador da obra de Reich, desenvolveu uma técnica de trabalho corporal chamada Terapia Energética Corporal que tem como objetivo liberar emoções, sentimentos e crenças e ativar as funções necessárias à vida. É uma terapia fundamentada na teoria reichiana, nos circuitos da bioenergia e nos sete segmentos onde podem ocorrer os bloqueios ou estases. A Terapia Energética Corporal pode ser utilizada no trabalho do grupo de movimento (Calegari, 2001).

Os grupos de movimento têm sido uma ferramenta importante de psicoterapia corporal aplicada no social. Esse trabalho leva o indivíduo a fazer contato com seu corpo, movimentos, respiração e tensões com base no princípio da unidade funcional corpo-mente e das influências culturais e sociais que interferem nessa unidade. O aumento da percepção dá ao indivíduo a possibilidade de autorregular-se. Os grupos de movimento têm sido utilizados

como recurso terapêutico para o trabalho com usuários de drogas (Rash & Garcia, 2004), na educação infantil (Rocha, 1998), na educação de jovens adultos (Rash, 2009), na clínica psiquiátrica (Biotto, 2004), no cuidado com pessoas idosas (Cañizares, 2002; Souza, 2004), com mulheres na terceira idade (Weigand, 2006), com pacientes esquizofrênicos (Salas-Calderón, 2007), pacientes oncológicos (Barros & Oliveira, 2014) e pessoas com hipertensão (Barreto, Miranda, Sousa & Lima, 2015).

Assim esse estudo buscou responder a questão de como a psicoterapia corporal de fundamentação reichiana tem contribuído no manejo do estresse.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, na qual foram selecionados os artigos, livros, Anais de congressos, revistas de abordagem corporal que obedecessem aos seguintes critérios de inclusão: a) tempo de busca: de 1980 a 2016; b) Participantes: adultos de ambos os sexos; c) fenômeno de interesse: estudos de psicoterapia corporal de fundamentação reichiana no manejo do estresse; d) Critério metodológico: pesquisa qualitativa e quantitativa; e) Tipo de estudo: estudos empíricos, relato de experiência, revisões de literatura, Anais de congressos, livros, revistas e sites relacionados ao campo reichiano; f) Idiomas: português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão foram: a) artigos que não estejam disponibilizados em texto completo.

A revisão integrativa da literatura é um método de revisão que fornece uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular. No caso das práticas clínicas, figura como um bom suporte para a melhoria das mesmas: aprofundando nos conhecimentos e experiências e apontando lacunas que precisam ser preenchidas com novos estudos. Refere-se à integração de opiniões, conceitos ou ideias a respeito do objeto pesquisado (Souza, Silva & Carvalho, 2010, Botelho, Cunha & Macedo, 2011).

A busca foi realizada no Portal CAPES, na BVS, Google Acadêmico nos sites de entidades vinculadas ao campo Reichiano e em livros e revistas voltadas para o pensamento reichiano. Foram selecionadas 4 teses de doutorado, 1 tese de mestrado, 1 monografia e 14 artigos e resumos de congressos.

RESULTADOS

O material encontrado nesta revisão foi avaliado a partir dos seguintes eixos: tipo de publicação, objetivo, principais conceitos, tipo de estudo, participantes, instrumentos, resultados.

Teses de doutorados, mestrados e especializações

Título	Referência	Tipo	Objetivo	Resultados
<i>Psicoterapia corporal com crianças</i>	(Sposito, 2008).	Especialização	Este trabalho teve como objetivo sistematizar o trabalho da psicoterapia corporal para o trabalho com a criança.	Essa é uma abordagem que busca trabalhar com a totalidade do ser e no caso das crianças pode ser reabilitadora, mas apresenta melhor eficácia como forma de ação preventiva da formação da couraça.
<i>Grupos de Movimento: uma nova tecnologia em promoção de saúde e auto cuidado para pessoas idosas</i>	(Cañizares, 2002)	Artigo	Elaboração de um programa vivencial a ser desenvolvido junto à população idosa.	O estudo mostrou-se importante no trabalho com grupos com algum grau de comprometimento da própria independência. Os participantes mostraram recuperação nas capacidades físicas, emocionais e sociais com melhoria da qualidade de vida e mais prazer de viver.
<i>De corpo e alma: a análise bioenergética na promoção da saúde do paciente oncológico</i>	(Barros, & Oliveira, 2014)	Artigo	Visa discutir as contribuições da Análise bioenergética no auxílio ao paciente oncológico no que se refere ao tratamento das comorbidades.	Observou-se como resultado o aumento do contato com o corpo, suas sensações e tensões crônicas e bloqueios. Maior consciência da respiração e consequentemente sua liberação, o que proporcionou maior vivacidade e espontaneidade para sentir prazer. No que se refere aos efeitos pedagógicos e sociais pode-se observar a abertura de novos caminhos permitindo a liberação dos mecanismos culturais que prejudicam a

				espontaneidade.
<i>Um olhar sobre o acompanhamento terapêutico pelo conceito reichiano de auto-regulação social</i>	(Pitiá, 2014)	Artigo	Contribuir na ampliação do campo de reflexão sobre a prática do atendimento terapêutico como possibilidade de ação para o profissional da saúde	O trabalho corporal é uma forma importante de inclusão e de minimização dos efeitos das desordens da doença mental. O trabalho de auto-regulação propicia maior autonomia para a convivência no meio social e urbano, resgatando sua cidadania.
<i>Consciência Corporal e auto-regulação: um caminho para libertação</i>	(Thon, 2012)	Artigo	Mostrar como a psicologia corporal, a análise caracterológica e a teoria da auto-regulação de Reich podem ajudar na consciência corporal.	A psicoterapia corporal possibilita uma relação mais profunda entre o indivíduo, seu corpo, seu ritmo e energia na busca de equilibrar-se.
<i>Grupo de movimento: uma abordagem criativa para a terceira idade</i>	(Souza, 2004)	Congresso	Fazer uma reflexão sobre o grupo de movimento com a população idosa	Concluiu-se que o grupo de movimento cumpriu seus aspectos terapêutico, preventivo, pedagógico e social sendo considerado eficiente para o trabalho com idosos. A partir da tomada de consciência das coraças, cada idoso pôde de forma autônoma, decidir como flexibilizá-la e simultaneamente diminuir a angústia relacionada a ela.
<i>Aquecendo o coração grounding e emoção</i>	(Sel, 2004)	Congresso	Refletir sobre os grupos de movimento e de como as técnicas corporais (ex. grounding) podem ser utilizadas nos mesmos.	O grupo de movimento propicia um contato consigo mesmo, com o corpo e bloqueios. Através dos exercícios de aterramento é possível liberar energia para uma nova maneira de expressão mais espontânea.

<i>O corpo e a droga: o grupo de movimento como estratégia de redução de danos para usuários de droga</i>	(Rash, & Garcia, 2004)	Congresso	Refletir sobre a aplicabilidade de grupo de movimento para os usuários de drogas como estratégia de redução de danos.	O grupo de movimento favoreceu a consolidação do grounding dando mais sustentação para os participantes e melhorando o contato com o próprio corpo, sensações corporais, bloqueios e respiração.
<i>Estresse, autoregulação e estratégias de enfrentamento</i>	(Silva, & Enumo, 2014)	Congresso	Buscou refletir sobre o processo de autoregulação a partir da teoria do encouraçamento.	O encouraçamento é uma das formas que o organismo encontrou de enfrentar o estresse no processo de autorregulação. Assim a couraça é a base da neurose e dos sintomas psicopatológicos, configurando-se com o passar do tempo em uma estratégia de enfrentamento mal adaptativa. A conscientização e a mobilização da couraça permitem novas formas de enfrentamento e consequente redução dos níveis de estresse.

FIGURA 1

Descrição das publicações sobre psicoterapia corporal e grupo de movimento.

DISCUSSÃO

O tema psicoterapia corporal como forma de manejo do estresse não foi encontrado durante este levantamento, por isso ampliou-se a busca para a compreensão de como a psicoterapia corporal tem contribuído positivamente no âmbito clínico resultando autorregulação e bem-estar nos participantes. No entanto, estes estudos não demonstram rigor nas suas pesquisas para demonstrar a eficácia dos programas elaborados, mesmo sendo esta técnica amplamente aceita e respeitada no setor da saúde (Cañizares, 2002).

Como observado no levantamento destas publicações, a psicoterapia corporal pode ser utilizada com diversos tipos de participantes: terceira idade (Figueira, 2013; Souza, 2004), usuários de drogas (Rasch, & Garcia, 2004); paciente oncológico (Barros, & Oliveira, 2014); crianças (Sposito, 2008; Garcia, 2010). De acordo com Sposito (2008), a psicoterapia de fundamentação reichiana direcionada para a criança, busca trabalhar-la na sua totalidade,

agindo no processo de encorajamento de forma preventiva e na capacidade das mesmas se auto-regularem. O resultado deste tipo de intervenção são crianças mais conectadas e conscientes do seu corpo e de suas emoções, com maior vitalidade, criatividade e liberdade para se expressar dentro da família e no social.

Os participantes da terceira idade (Figueiras, 2013; Souza, 2004), paciente oncológicos (Barros, & Oliveira, 2014) e os usuários de drogas (Rasch, & Garcia, 2004) também são beneficiados como a psicoterapia corporal na integração física e psíquica e relacional. Os exercício elaborados a partir das técnicas reichianas ajudam na coordenação motora, na diminuição da ansiedade e na auto-expressão mais confiante, o que favorece novos vínculos e também o fortalecimento dos vínculos antigos. O grounding é um exercício fundamental nesse processo, pois trás para o participante a sensação de segurança necessária para se expressar livremente sem se sentir ameaçada por suas sensações internas ou pela sensação de desamparo vivenciada pela falta de conexão com o chão e com a realidade (Sel, 2004).

As técnicas da psicoterapia corporal de fundamentação reichiana podem ser adaptadas para diferentes idades e diferentes disfunções e suas morbidades contribuindo para elaborações de programas diferenciados com sessões direcionadas para o público alvo dos mesmos. O grounding, a respiração, os exercícios para desbloqueios dos segmentos corporais podem ser combinados e adaptados para a necessidade do público alvo do grupo de movimento. De acordo com Gama, e Rego (1996) é preciso conhecer o “corpo” do grupo, para além do corpo e limitações de cada participante. É a partir da empatia criada por essa consciência que o trabalho corporal pode fluir com segurança, respeito e entrega.

Os grupos de movimento têm, segundo Gama, e Rego (1996), o objetivo de conduzir o participante para um processo de sensibilização e conscientização corporal, visando aumentar a percepção e aceitação respeitosa de si mesmo e da sua história, que está contada nos

bloqueios corporais. Só assim, pode o participante pode sentir-se autônomo e livre para fazer suas escolhas. O grupos de movimento têm um caráter preventivo e pedagógico como pode-se observar em Sposito (2008) e Garcia (2010) e também social (Weigand, 2006; Pitiá, 2002; Souza, 2004). O caráter terapêutico foi amplamente mostrado nos estudos de Weigand (2006), Pitá (2002), Sposito (2008), Souza (2004), Silva, e Emuno (2014), Cañizares (2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se, a partir desta revisão integrativa da literatura que a psicoterapia corporal tem contribuído com a clínica, pois atende uma grande diversidade de pacientes, atingindo todas as faixas etárias, disfunções e suas comorbidades, uso de drogas, e com a facilidade do trabalho poder ser adaptado para qualquer um deles. Não foram encontrados programas de intervenção ou grupos de movimento para o manejo do estresse, o que chama a atenção para a carência de estudos neste campo tão importante na vida do trabalhador contemporâneo.

Sugere-se também que os estudos possam ser feitos com rigor metodológico, o que contribuiria para elaboração de programas de intervenção mais precisos e eficientes.

ARTIGO 3

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E AVALIAÇÃO DE ESTRESSE EM RESIDENTES
MULTIPROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UM HOSPITAL/ESCOLA EM
GOIÁS/BRASIL⁷**

Valéria Moraes Katopodis⁸; Sebastião Benício da Costa Neto⁹

Resumo

Este artigo objetivou conhecer o perfil sociodemográfico dos residentes multiprofissionais da área da saúde, bem como identificar o nível de estresse e o comprometimento da saúde geral. Participaram deste estudo residentes multiprofissionais da área da saúde de um hospital-escola situado na cidade de Goiânia, Goiás. Os instrumentos utilizados foram: Inventário de reações fisiológicas de resposta ao estresse de Ebel adaptado por Greenberg, Inventário de *Stress* para adultos de Lipp, Questionário de Saúde Geral de Goldberg. Concluiu-se que o ambiente do Programa de Residência Multiprofissional da Saúde é estressante e pode ocasionar o desequilíbrio físico e psicológico nos residentes multiprofissionais da área da saúde.

Palavras-chave: estresse, residentes multiprofissionais, saúde geral,

Abstract

This article aimed to know the sociodemographic profile of the multiprofessional residents of health area, as well as to identify the level of stress and the commitment of general health. Multiprofessional residents of health area of a school hospital located in the city of Goiânia, Goiás, participated in this study. The instruments used were: Inventory of physiological

⁷ Artigo obedecendo as regras da Revista PSICOLOGIA: TEORIA E PESQUISA, Universidade de Brasília.

⁸ Aluna de Doutorado da PUC Goiás, e-mail: vmkatopodis@gmail.com

⁹ Orientador do Programa de Psicologia da PUC Goiás

reactions of stress response Ebel, adapted by Greenberg; Inventory of Stress for adults of Lipp; Questionnaire of General Health (QSG). The conclusion was that the environment of the Multiprofessional Health Residency Program is stressful and may cause physical and psychological imbalance in the multiprofessional residents of the health area.

Key words: stress, multiprofessional residents, general health,

Os programas de pós-graduação na área da saúde foram criados, nas universidades, no esforço de auxiliar o profissional atualizando e aprofundando seus conhecimentos acerca de um determinado tema da saúde. As primeiras dissertações buscavam questionar os métodos tradicionais implantando um caráter mais crítico no pensamento. Ao mesmo tempo, foram criadas as residências médicas com o mesmo objetivo de aperfeiçoamento: um treinamento em serviço. Seu objetivo era auxiliar o médico no seu aperfeiçoamento profissional e, simultaneamente, ensiná-lo a lidar com sentimentos de vulnerabilidade resultantes da tarefa médica. Desde sua criação, em 1889, por William Stewart Halsted, a residência médica tem sido considerada estressante. Muitos estudos foram feitos com o objetivo de entender como o fenômeno do estresse interferia no aprendizado e no serviço dos médicos residentes levando-os a adoecer, cometer erros, depender de drogas e álcool e a cometer suicídio (Silva, & Caldeira, 2010; Nascimento, & Oliveira, 2010).

Zis, Anagnopoulos e Sykioti (2014) e Silva, Nogueira-Martins, Buys, Santos e Koch (2011) concluíram que a residência é um período muito estressante, pois demanda alta responsabilidade com os pacientes quando os residente ainda apresentam baixo grau de autonomia. Toda essa tensão leva à privação de sono, o medo de errar, ideação suicida, dependência química e uso indiscriminado de álcool e drogas. O período de maiores queixas em relação ao estresse, pelos residentes médicos, é o primeiro ano de residência, tendo início no segundo mês e acentuando-se no oitavo mês. É no primeiro ano que os residentes médicos

sentem maior ansiedade para o desempenho do seu trabalho. Segundo estes estudos a ajuda psicológica é fundamental para promover o bem-estar durante a residência, fortalecendo o crescimento profissional e pessoal, melhorando as relações interpessoais na equipe e diminuindo os níveis de estresse nos momentos considerados difíceis para o residente médico.

Nogueira-Martins (2010) cita em seus artigos que podem-se perceber estágios/períodos emocionais (período de euforia, período de insegurança, período de tédio, período de depressão e período de elação) durante a residência médica. Como resultado da seleção, muitas vezes muito concorrida, o residente médico, no período de euforia, sente-se vitorioso e excitado pela grande conquista, porém esse é um estágio que não demora muito. Depois de dois meses inicia-se um período de insegurança, frustrações e confronto com as próprias limitações. Com o decorrer do primeiro ano e a capacitação do residente médico, outros serviços são impostos aumentando a sobrecarga assistencial e a privação de sono. Como os residentes médicos não pedem auxílio para suas dificuldades com medo de serem considerados fracos e incompetentes, a depressão aumenta levando a um período de tédio, ou latência, no qual o residente tende a ser desinteressado e fazer suas tarefas no automático. Se nada é feito para diminuir o efeito do estresse segue-se um período de depressão no qual a rotina da residência médica torna-se insuportável. Isso acontece, mais ou menos, no oitavo mês do primeiro ano. Com o término do primeiro ano e o reconhecimento das conquistas no início do segundo ano o residente entra no período de elação já se sentindo em condições de ensinar e supervisionar os residentes médicos que estão entrando no primeiro ano. O segundo ano de residência médica tende a ser mais tranquilo que o primeiro e menos que o terceiro ano. O terceiro ano é o mais tranquilo e neles os residentes aparentam mais confiança e satisfação com a profissão.

Em um estudo que avalia qualidade de vida em residentes médicos de um hospital situado na cidade de Goiânia, Goiás, realizado em 2015, em que foram entrevistados 84

residentes médicos, constatou-se que as mulheres apresentam pior qualidade de vida em geral, nos domínios físicos e psicológicos do que os homens. E ao contrário da literatura citada nesse artigo, os resultados obtidos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação ao período de residência (primeiro, segundo e terceiro ano de residência) e à qualidade de vida (Dias, Pereira, Sousa, & Almeida, 2016). A partir dessa pesquisa pode se dizer que os autores não constataram diferença significativa ao estresse nos três períodos de residência avaliados.

Com a reestruturação do modelo assistencial à saúde, que culminaria mais tarde na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), e na busca de reorientar a atenção básica em princípios como universalidade, integralidade e equidade, foram criadas as residências multiprofissionais de saúde, pois, o modelo biomédico, base da residência médica, fragmentado e desarticulado, já não dava suporte para o trabalho focado na integralidade proposto pelo SUS. Assim, surgiram as Residências Multiprofissionais de Saúde, inspiradas no modelo da residência médica, com o objetivo de formar novos trabalhadores da saúde e articular conhecimentos por meio da interdisciplinaridade, incentivando o trabalho em equipe e a construção de integralidade do cuidado na saúde sempre buscando uma reflexão sobre a prática desenvolvida. A equipe multiprofissional proposta pelo SUS é formada por 13 profissões, quais sejam: Psicólogos, Biomédicos, Enfermeiros, Educadores Físicos, Biólogos, Farmacêuticos, Médicos Veterinários, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, Nutricionistas e Odontólogos (Rosa, & Lopes, 2010).

O estresse, assim como é para a residência médica, também é uma preocupação para a residência multiprofissional de saúde, pois durante o período de profissionalização, as situações que colocam o residente médico vulnerável como privação de sono, fadiga, tensão com o aumento da responsabilidade profissional, o gerenciamento do crescente volume de conhecimento e a proximidade com as dores dos pacientes, levam também o residente

multiprofissional a avaliar negativamente o período da formação (Moreira, Patrizzi, Accioly, Shimano, & Walsh, 2016). De acordo com uma pesquisa feita no Rio Grande do Sul, com 37 residentes multiprofissionais, 27% destes apresentavam indicativo para a Síndrome de *Burnout* em resposta aos estressores interpessoais do serviço da residência e, também, aos estressores resultantes das atividades acadêmicas (Guido, Silva, Goulart, Bolzan, & Lopes, 2012).

Em relação ao estresse e a qualidade de vida em residentes multiprofissionais, Cahú, Santos, Pereira, Vieira e Gomes (2014) aplicaram três instrumentos em 47 residentes multiprofissionais em Pernambuco, com o objetivo de avaliar a situação de estresse e qualidade de vida resultante das situações adversas da residência. Segundo o estudo, 62,2% dos residentes estavam na fase de resistência do estresse, na qual a vulnerabilidade física, cansaço e a queda de produtividade já apareciam e 48,6% dos participantes apresentavam estresse, consideravam-se muito insatisfeitos com a própria saúde.

Em estudo de Goulart, Silva, Bolzan e Guido (2012), que teve como objetivo conhecer o perfil sociodemográfico dos residentes multiprofissionais no Rio Grande do Sul, utilizou-se de um desenho descritivo, transversal e quantitativo com 37 participantes. Seus resultados demonstraram que a maioria dos residentes era do sexo feminino, jovens, solteiras, sem filhos e moravam com a família e por isso tem menor probabilidade de desenvolver o estresse que as mais velhas. Concluiu-se que o perfil é o exigido pelo mercado, que requisita um profissional qualificado nos serviços da saúde, que seja jovem, solteiro e tenha o hábito do estudo associado às atividades laborais porque as mulheres jovens têm menor chance de desenvolver estresse.

Silva e Gomes (2009) em seu estudo com médicos e enfermeiros portugueses, buscou identificar as fontes de estresse, a prevalência de burnout, o nível de realização pessoal e finalmente os níveis de satisfação destes profissionais. Participaram do estudo 155

profissionais sendo 44 médicos e 107 enfermeiros. As principais fontes de estresse identificadas foram as questões relacionadas a erro de conduta profissional, apresentações em público, falta de perspectiva na carreira e dificuldade de relacionamento interpessoal com membros da equipe hierarquicamente superiores. O esgotamento relatado pelos participantes do estudo fez emergir questões a serem pensadas em outros estudos como burnout, falta de realização profissional e até o abandono do trabalho podendo resultar em abandono da profissão.

O objetivo do estudo feito por Ferreira, Varga e Silva (2009) era de analisar a percepção dos residentes médicos dentro de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, durante o primeiro ano de residência em relação ao trabalho de equipe e de como ele pode se tornar estressante ou um meio de aprendizado, o que leva o profissional a adquirir segurança. O desenho metodológico era qualitativo para favorecer a exploração da subjetividade do fenômeno, análise das atitudes, motivações, expectativas e valores frente à residência. Concluiu-se que o residente percebe como difícil o trabalho em equipe e o treinamento em serviço, porém, percebe como positivo e fortalecedor a construção de novos conhecimentos voltados para o cuidado integral à saúde das pessoas.

O Programa de Residência Multiprofissional da Saúde (PRMS), do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG), em Goiânia, foi regulamentado no ano de 2010 e caracterizou-se por ser uma pós-graduação *lato sensu*, com carga horária de 5760 horas, sendo 1152 horas de atividades teóricas e 4608 horas de atividades práticas, tal como preconizado por lei. Acontece em tempo integral e é considerada por alguns residentes como estressante apresentando consequências negativas para a qualidade assistencial. Assim, este estudo, que compõe um projeto de investigação maior de avaliação e de intervenção psicológica sobre o estresse, objetiva responder as seguintes questões: como se caracteriza o perfil sociodemográfico dos residentes dos PRMSs do HC/UFG? Quais são os indicadores de

estresse presentes em tais residentes? Qual a condição de saúde geral dos mesmos?

O objetivo deste estudo é o de conhecer o perfil sociodemográfico dos residentes multiprofissionais da área da saúde, bem como o seu nível de estresse e de saúde geral.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, exploratório e quantitativo, realizado em Dezembro de 2014, em uma Universidade/Escola do estado de Goiás.

Este estudo faz parte da tese de doutorado “O Manejo do Estresse: um estudo da movimentação consciente do corpo”, cujo projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas de Goiás com o parecer o N° 100/2009 e intitulado O Manejo do Estresse como Fator de Resiliência: um estudo da movimentação consciente do corpo.

Participantes

De 80 residentes multiprofissionais da área da saúde (RMS), entre R1 e R2, do PRMS do HC/UFG, 41 RMS de ambos os sexos aceitaram participar do estudo. Os 39 residentes que não quiseram participar do estudo não justificaram o porquê.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

Questionário sociodemográfico teve como objetivo coletar os dados pessoais (sexo, idade, estado civil, profissão, tempo de formado) (Anexo II).

Inventário de Reações Fisiológicas do Estresse elaborado por Ebel e colaboradores (Greenberg, 2002) e adaptado por Greenberg (2002), que consiste em 39 sintomas relacionados ao estresse pontuado por meio de uma escala Likert, indicando a frequência de ocorrência do sintoma, sendo 1= nunca, 2= raramente, 3= Às vezes, 4= frequentemente e 5= constantemente. Foram feitos círculos em torno do número que melhor representasse a frequência de ocorrência dos sintomas. A soma final de todos os resultados foi classificada em

intervalos de baixo a alta ocorrênciaq de sintomas de resposta ao estresse: de 40 – 75, baixos sintomas fisiológicos de resposta de estresse; de 76 – 100, sintomas moderados de resposta ao estresse; de 101 – 150, altos sintomas fisiológicos de resposta ao estresse e acima de 150, sintomas excessivos de resposta ao estresse. Este inventário apresenta validade e precisão para avaliar o que propõe medir, com consistência interna entre os itens (Anexo III).

O Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (2000) é um inventário psicológico, cujo objetivo é detectar a presença de estresse, identificar a fase em que a pessoa se encontra e a predominância de sintomas físicos e psicológicos em cada fase. Está organizado em três grupos de informações: as últimas 24 horas, última semana e último mês. Em relação aos sintomas apresentados nas últimas 24 horas é possível detectar sintomas que indicam a fase de alerta; em relação a última semana é possível detectar sintomas que indicam as fases de resistência e de quase-exaustão e os sintomas apresentados nos últimos meses podem indicar a fase de exaustão. Este instrumento apresenta-se válido e preciso para mensurar o estresse nas fases propostas ($\alpha = 0,91$).

Questionário de Saúde Geral de Goldberg – QSG (Pasquali et al., 1996): e utilizado para identificar indivíduos com distúrbios psiquiátricos não extremados. É composto de 60 itens sobre sintomas psiquiátricos, não psicóticos respondidos em uma escala de quatro pontos, tipo Likert. A apuração da resposta ao QSG resultou da manutenção do sistema Likert de quatro pontos em que sua avaliação se dá por meio da obtenção do escore bruto de cada um dos cinco fatores – 1. Stress psíquico ($\alpha = 0,89$), 2. Desejo de morte ($\alpha = 0,89$), 3. Desconfiança no desempenho ($\alpha = 0,89$), 4. Distúrbio no sono ($\alpha = 0,80$) e 5. Distúrbio psicossomático ($\alpha = 0,83$), bem como do escore bruto do questionário (Saúde Geral, $\alpha = 0,95$). Posteriormente, obtém-se os escores sintomáticos dividindo-se a soma das respostas que compõem o fator pelo número de itens que o fator tem. Todos os escores sintomáticos iguais ou superiores a 3 (três) devem ser considerados indicadores de presença de distúrbios.

Os resultados que se aproximam do percentil 90 devem ser considerados limítrofes. Protocolos com 10% ou mais questões, não respondidas são desprezados. Este instrumento apresenta-se válido e preciso para avaliar a saúde geral.

Análise dos Dados

Para análise dos dados montou-se um banco de dados no Statistical Package for the Social Science (SPSS – 20). De acordo com a necessidade de resolver os objetivos propostos neste trabalho, realizou-se o teste de normalidade verificando que os dados deveriam ser tratados por meio de estatística não paramétrica. Assim foram realizados as análises descritivas (número de participantes e porcentagem), análise de comparação de dados (Mann-Whitney e Kurskal-Wallis e correlação de Spearman).

Os testes de Mann-Whitney (U) e Kruskal-Wallis (KW) são testes não paramétricos. O teste de Mann-Whitney (U) tem como única exigência a de que as observações sejam medidas em escala ordinal ou numérica. É uma alternativa para o teste “t” para amostras independentes quando a amostra for pequena e/ou as pressuposições exigidas pelo teste “t” estiverem seriamente comprometidas. Já o teste de Kruskal-Wallis (KW) é utilizado para comparar três ou mais populações em que é possível indicar que ao menos um dos grupos é diferente dos demais. Porém, não temos a informação de quais são diferentes. Neste sentido, este procedimento de comparações múltiplas não permite determinar quais grupos são diferentes. Ambas as análises apresentam os resultados em média de ranking (Dancey, & Reidy, 2013).

Procedimentos:

Após o projeto de pesquisa ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFG, os residentes multiprofissionais da área da saúde foram convidados a participar do estudo, neste momento foram realizadas as explicações sobre os objetivos do estudos para aqueles que aceitaram participar da pesquisa. Os interessados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, na sequência, foram convidados a responder os

instrumentos de pesquisa na seguinte ordem: Questionário sociodemográfico; Inventário de Reações Fisiológicas do Estresse (Ebel); Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp (ISSL); Questionário de Saúde Geral (QSG) e entrevista semi-estruturada. Neste estudo apresentam-se exclusivamente os dados quantitativos.

Resultados

Tabela 1

Resultados Sócio-demográficos em Residentes Multiprofissionais da Saúde.

Variáveis	Nº	%
Faixa Etária (anos)		
20 -25	25	65,85
26 - 30	11	26,83
31 - 35	01	2,44
Não respondeu	02	4,88
Estado Civil		
Solteiro/Separado	24	58,54
Casado/união estável	09	21,95
Não respondeu	08	19,51
Sexo		
Feminino	34	82,92
Masculino	07	17,07
Profissão		
Serviço Social	6	14,63
Enfermagem	11	26,83
Odontologia	1	2,44
Psicologia	3	7,32
Nutrição	11	26,83
Farmácia	2	4,87
Biomedicina	4	9,76
Fonoaudiologia	1	2,44
Não respondeu	2	4,88
Tempo de Formado		
Menos de 1 ano	10	25,60
Entre 1 a 2 anos	11	28,20
Entre 2,1 a 3 anos	5	12,08
Acima de 3 anos	4	10,30
Não respondeu	9	23,10
Tempo de Residência		
Até 12 meses	32	82,10
Acima de 12 meses	7	17,90

Em relação ao perfil sociodemográfico dos residentes multiprofissionais da saúde foi possível observar que a distribuição dos residentes por tempo de residência se configurou como: 82,10% do primeiro ano (R1) e 17,90% do segundo ano (R2). Nesta amostra verificou-se que a média da idade dos participantes é de 25,63 anos e que a maioria (65,85%) tinha idade entre 20 e 25 anos. Foi observado que a maioria é constituída de solteiros (58,54%) com tempo de formado na faixa de 1 a 2 anos (43,09%). Os dados demonstram, também, que a maioria é do sexo feminino (82,92%) seguidos pelo sexo masculino (17,07%) (Tabela 1).

Quanto à profissão predominaram os participantes da Nutrição e da Enfermagem (26,83%) e, na sequência, Serviço Social (14,63%), Biomedicina (9,76%), Psicologia (7,32%), Farmácia (4,87%), Odontologia e Fonoaudiologia (2,44%) (Tabela 1).

Em relação às reações fisiológicas do estresse de Ebel (Tabela 2) observou-se, nas respostas dos participantes, que 29,26% apresentaram nível baixo de estresse, a maioria representada por 48,78% apresentaram nível mediano, 19,51% apresentaram nível alto de estresse e 2,44%, referente a um participante entregou o instrumento em branco.

Os sintomas que mais apareceram nesta amostra foram: fadiga/sensação de exaustão (33,33%), pele oleosa (30,77%), dores no estômago (17,94%), rigidez no pescoço (15,38%), dores de cabeça (12,82%) e dores lombares (10,26%). A fadiga/sensação de exaustão justifica-se pela sobrecarga assistencial e pela velocidade na qual o residente tem que assimilar o novo conhecimento imposto pela formação (Tabela 2).

Tabela 2

Nível de Reações fisiológicas em Residentes Multiprofissionais da Saúde.

Variáveis	Nº	%
Nível de Reações Fisiológicas		
Nível Baixo	12	29,26
Nível Mediano	20	48,78
Nível Alto	8	19,51
Não respondeu	1	2,44
Total	41	100,00

Avaliando os níveis de estresse e suas relações com a saúde física e mental dos residentes, foi possível observar que dos 41 participantes que responderam ao instrumento ISSL de Lipp, 26,83% não apresentaram estresse e 73,17% apresentaram algum nível de estresse. Destes 4,87% estavam na fase de alerta, 53,66% estavam na fase de resistência, 12,19% estavam na fase de quase-exaustão e, finalmente, 2,45% relativo a um participante estava na fase de exaustão. Verificou-se que, com exceção da fase de alerta, todas as fases apresentaram predomínio de sintomas psicológicos (Tabela 3).

Tabela 3
Avaliação do ISSL em residentes multiprofissionais.

Variáveis	Avaliação	
	N	%
Alerta	2	4,87
Resistência	22	53,66
Quase-exaustão	5	12,19
Exaustão	1	2,45
Total	30	100,00

Ao analisar se existe diferença significativa em relação ao sexo e nível de estresse observou-se que esta relação não é significativa pelo teste Mann-Whitney (feminino $U=20,88$; masculino $U=16,00$; $p=0,264$). Para avaliar esta relação de estresse com faixa etária, realizou-se o teste Kruskal-Wallis e observou-se que existe diferença significativa ($p=0,015$) apontando que a categoria de 26 a 30 anos ($KW=26,05$) e a categoria de 31- 35 anos ($KW=21,50$) apresentam médias de ranking maiores de estresse do que a categoria de 20 a 25 anos ($KW=15,80$). Ao analisar o tempo de residência em relação ao estresse pelo método Mann-Whitney observou-se que não há diferença estatisticamente significativa (até 12 meses $U=20,28$; acima de 12 meses $U=18,71$; $p=0,719$). Analisando o estado civil em relação ao nível de estresse pelo método Mann-Whitney constatou-se que não há diferença significativa (solteiros $U=14,84$; casados $U=18,83$; $p=0,214$). Finalmente considerando a relação entre a

profissão e o nível de estresse, por meio do teste Kruskal-Wallis, não houve diferença significativa (Serviço Social KW=28,8; Enfermagem KW=21,41; Odontologia KW=23,50; Psicologia KW=21,67; Nutrição KW=14,85; Farmácia KW=18,0; Biomedicina KW=13,0 e Fonoaudiologia KW=23,5; $p=0,233$). Ao avaliar o tempo de formado em relação ao nível de estresse observou-se que não existe diferença estatisticamente significativa (menos de 1 ano $U=16,25$; de 1 a 2 anos $U=12,59$; de de 2,1 a 3 anos $U=13,40$; acima de 3 anos $U=24,25$; $p=0,078$).

Tabela 4

Avaliação da Saúde Geral em Residentes Multiprofissionais da Saúde - QSG.

Variáveis	Avaliação	
	N=41	%
Estresse psíquico	21	51,12
Desejo de morte	8	19,50
Desconfiança no próprio desempenho	23	56,10
Distúrbio de sono	6	14,60
Distúrbios Psicossomáticos	21	51,20
Saúde Geral	22	53,70

Ao avaliar a dimensões relativas à saúde geral, foi possível observar que da amostra de 41 residentes 51,12% dos participantes apresentaram estresse psíquico; 19,50% apresentaram desejo de morte; 56,10% apresentaram desconfiança no próprio desempenho; 14,60% demonstram ter distúrbio do sono; e 51,20% distúrbios psicossomáticos. Quando analisada a saúde geral constatou-se que 53,70% dos participantes apresentaram distúrbios psiquiátricos menores (Tabela 4).

Verificando se existe diferença significativa em relação ao sexo e QSG em suas dimensões e em relação a saúde geral, foi possível observar que não houve diferença estatisticamente significativa pelo teste Mann-Whitney: estresse psíquico (feminino $U=20,50$;

masculino $U=17,71$; $p=0,558$); Desejo de morte (feminino $U=19,92$; masculino $U=20,36$ $p=0,927$); Desconfiança no próprio desempenho (feminino $U=21,03$; masculino $U=15,29$; $p=0,227$); Distúrbio do sono (feminino $U=20,31$; masculino $U=18,57$; $p=0,712$); Distúrbios psicossomáticos (feminino $U=19,77$; masculino $U=21,07$; $p=0,783$); saúde geral (feminino $U=20,53$; masculino $U=17,57$; $p=0,533$).

Para avaliar esta relação da faixa etária com o QSG em suas dimensões e a saúde geral, realizou-se o teste Kruskal-Wallis e observou-se que existe diferença significativa nas dimensões: estresse psíquico (de 20 a 25 anos $KW=15,26$; de 26 a 30 anos $KW=27,73$; de 31 a 35 anos $KW=16,50$; $p=0,006$); desejo de morte (de 20 a 25 anos $KW=16,30$; de 26 a 30 anos $KW=26,50$; de 31 a 35 anos $KW=4,00$; $p=0,012$); desconfiança no próprio desempenho (de 20 a 25 anos $KW=15,48$; de 26 a 30 anos $KW=26,68$; de 31 a 35 anos $KW=22,50$; $p=0,016$); distúrbios psicossomáticos (de 20 a 25 anos $KW=15,86$; de 26 a 30 anos $KW=25,59$; de 31 a 35 anos $KW=25,00$; $p=0,038$); saúde geral (de 20 a 25 anos $KW=15,72$; de 26 a 30 anos $KW=26,91$; de 31 a 35 anos $KW=14,00$; $p=0,015$). Já em relação a faixa etária com o distúrbio do sono (de 20 a 25 anos $KW=17,70$; de 26 a 30 anos $KW=22,73$; de 31 a 35 anos $KW=10,50$; $p=0,315$) verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa.

Verificando se existe diferença significativa em relação ao tempo de residência e QSG em suas dimensões e em relação a saúde geral, foi possível observar que não houve diferença estatisticamente significativa pelo teste Mann-Whitney: estresse psíquico (R1 $U=19,56$; R2 $U=22,00$; $p=0,608$); Desejo de morte (R1 $U=19,44$; R2 $U=22,57$; $p=0,508$); Desconfiança no próprio desempenho (R1 $U=19,48$; R2 $U=22,36$; $p=0,545$); Distúrbio do sono (R1 $U=20,30$; R2 $U=18,64$; $p=0,726$); Distúrbios psicossomáticos (R1 $U=19,91$; R2 $U=20,43$; $p=0,912$); saúde geral (R1 $U=19,64$; R2 $U=21,64$; $p=0,674$).

Relacionando o tempo de formado com o QSG em suas dimensões e a saúde geral,

realizou-se o teste Kruskal-Wallis e observou-se que não existe diferença significativa nas dimensões: estresse psíquico (menos de 1 ano KW=14,45; de 1 a 2 anos anos KW=13,23; entre 2,1 a 3 anos KW=14,60; acima de 3 anos KW= 25,50; $p=0,106$); desejo de morte (menos de 1 ano KW=12,75; de 1 a 2 anos anos KW=14,32; entre 2,1 a 3 anos KW=16,90; acima de 3 anos KW= 23,88; $p=0,174$); desconfiança no próprio desempenho (menos de 1 ano KW=16,55; de 1 a 2 anos anos KW=11,91; entre 2,1 a 3 anos KW=14,60; acima de 3 anos KW= 23,88; $p=0,129$); distúrbio do sono (menos de 1 ano KW=14,85; de 1 a 2 anos anos KW=17,73; entre 2,1 a 3 anos KW=9,80; acima de 3 anos KW= 18,13; $p=0,353$); distúrbios psicossomáticos (menos de 1 ano KW=16,60; de 1 a 2 anos anos KW=14,91; entre 2,1 a 3 anos KW=12,90; acima de 3 anos KW= 17,63; $p=0,830$); saúde geral (menos de 1 ano KW=15,25; de 1 a 2 anos anos KW=13,59; entre 2,1 a 3 anos KW=13,00; acima de 3 anos KW= 24,50; $p=0,164$).

Observou-se que a relação da profissão com o QSG em suas dimensões e a saúde geral, por meio do teste Kruskal-Wallis que não existe diferença significativa nas dimensões: estresse psíquico (Serviço Social KW=25,00; Enfermagem KW=21,14; Odontologia KW=29,00; Psicologia KW= 19,83; Nutrição KW=14,55; Farmácia KW=26,25; Biomedicina KW=13,90; Fonoaudiologia KW= 27,50; $p=0,458$); desejo de morte (Serviço Social KW=21,20; Enfermagem KW=22,73; Odontologia KW=15,00; Psicologia KW= 14,33; Nutrição KW=15,45; Farmácia KW=28,00; Biomedicina KW=17,80; Fonoaudiologia KW= 27,50; $p=0,654$); desconfiança no próprio desempenho (Serviço Social KW=21,50; Enfermagem KW=22,59; Odontologia KW=17,00; Psicologia KW=21,33; Nutrição KW=15,20; Farmácia KW=31,00; Biomedicina KW=13,00; Fonoaudiologia KW= 25,00; $p=0,455$); distúrbio do sono (Serviço Social KW=24,80; Enfermagem KW=19,41; Odontologia KW=37,00; Psicologia KW= 16,33; Nutrição KW=17,70; Farmácia KW=26,75; Biomedicina KW=17,20; Fonoaudiologia KW= 1,00; $p=0,325$); distúrbios psicossomáticos

(Serviço Social KW=26,10; Enfermagem KW=19,00; Odontologia KW=30,50; Psicologia KW=21,00; Nutrição KW=12,55; Farmácia KW=27,50; Biomedicina KW=22,80; Fonoaudiologia KW= 13,50; p=0,283); saúde geral (Serviço Social KW=22,40; Enfermagem KW=21,00; Odontologia KW=32,00; Psicologia KW= 18,00; Nutrição KW=14,25; Farmácia KW=30,50; Biomedicina KW=17,50; Fonoaudiologia KW= 21,00; p=0,511).

Verificou-se que existe diferença significativa em relação ao estado civil e QSG na dimensão estresse psíquico (solteiro U=13,55; casado U=22,00; p=0,019) e na saúde geral (solteiro U=13,32; casado U=22,56; p=0,010). Nas outras dimensões não foi possível observar diferença estatisticamente significativa pelo teste Mann-Whitney: desejo de morte (solteiro U=14,68; casado U=19,22; p=0,205); desconfiança no próprio desempenho (solteiro U=14,07; casado U=20,72; p=0,064); distúrbio do sono (solteiro U=14,00; casado U=20,89; p=0,054); distúrbios psicossomáticos (solteiro U=14,59; casado U=19,44; p=0,175).

Foi realizada a correlação de Spearman para avaliar se existe correlação entre as variáveis relativas aos dados sociodemográficos (tempo de residência, tempo de formado, idade) e os inventários de: Reações fisiológicas de resposta ao estresse de EBEL, Inventário de sintomas de *stress* para adultos de Lipp e Questionário de saúde geral – QSG.

Ao analisar as correlações que foram significativas estatisticamente, observou-se que o tempo de residência só apresentou correlação com o tempo de formado ($r = 0,465$; $p = 0,001$).

A correlação entre o estresse psíquico ($r = 0,424$; $p = 0,004$), a desconfiança no próprio desempenho ($r = 0,273$; $p = 0,047$), o comprometimento da saúde geral ($r = 0,308$; $p = 0,028$) e o nível de estresse ($r = 0,415$; $p = 0,004$) apresentaram positivamente correlacionados com a idade.

Neste estudo foi possível observar que as variáveis: estresse psíquico ($r = 0,342$; $p = 0,017$), o desejo de morte ($r = 0,280$; $p = 0,042$) e o nível de estresse ($r = 0,391$; $p = 0,007$) correlacionaram-se positivamente com o tempo de formatura.

Observou-se que estresse psíquico ($r = 0,469$; $p = 0,001$), o desejo de morte ($r = 0,280$; $p = 0,042$), a desconfiança no próprio desempenho ($r = 0,399$; $p = 0,007$), o distúrbio do sono ($r = 0,525$; $p = 0,000$), o distúrbios psicossomáticos ($r = 0,555$; $p = 0,000$), o comprometimento da saúde geral ($r = 0,509$; $p = 0,001$) e o nível de estresse ($r = 0,564$; $p = 0,000$) apresentaram correlacionados positivamente com as reações fisiológicas do estresse EBEL.

Verificando a correlação entre o desejo de morte ($r = 0,756$; $p = 0,000$), a desconfiança no próprio desempenho ($r = 0,832$; $p = 0,000$), o distúrbio do sono ($r = 0,464$; $p = 0,001$), o distúrbios psicossomáticos ($r = 0,684$; $p = 0,000$), o comprometimento da saúde geral ($r = 0,922$; $p = 0,000$) e o nível de estresse ($r = 0,691$; $p = 0,000$) apresentaram correlacionados positivamente com o estresse psíquico.

As variáveis desconfiança no próprio desempenho ($r = 0,668$; $p = 0,000$), o distúrbios psicossomáticos ($r = 0,468$; $p = 0,001$), o comprometimento da saúde geral ($r = 0,746$; $p = 0,000$) e o nível de estresse ($r = 0,429$; $p = 0,003$) apresentaram correlacionados positivamente com desejo de morte.

Ainda nesse estudo foi possível observar que o distúrbio de sono ($r = 0,297$; $p = 0,033$), o distúrbios psicossomáticos ($r = 0,620$; $p = 0,000$), o comprometimento da saúde geral ($r = 0,850$; $p = 0,000$) e o nível de estresse ($r = 0,531$; $p = 0,000$) apresentaram correlacionados positivamente com desconfiança no próprio desempenho.

7Outra correlação observada durante as análises foi que os distúrbios psicossomáticos ($r = 0,564$; $p = 0,000$), o comprometimento da saúde geral ($r = 0,586$; $p = 0,000$) e o nível de estresse ($r = 0,278$; $p = 0,043$) apresentaram correlacionados positivamente com distúrbio de sono.

Foi possível observar que o comprometimento da saúde geral ($r = 0,775$; $p = 0,000$) e o nível de estresse ($r = 0,472$; $p = 0,001$) apresentaram correlacionados positivamente com distúrbios psicossomáticos. Foi possível observar que o nível de estresse ($r = 0,548$; $p = 0,000$) apresentou correlação positiva com comprometimento da saúde geral.

Tabela 5

Correlação de Spearman entre dados sociodemográficas (tempo de residência, tempo de formado, idade) e os inventários de: Reações fisiológicas de EBEL, ISSL e QSG.

Variáveis		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Tempo de Residência	r	1,000										
	p											
2. Idade	r	,258	1,000									
	p	,056										
3. Tempo de Formatura (meses)	r	,465**	,232	1,000								
	p	,001	,077									
4. Reações fisiológicas do Estresse	r	-,019	,090	,090	1,000							
	p	,456	,296	,296								
5. Estresse Psíquico	r	,083	,424**	,342*	,469**	1,000						
	p	,307	,004	,017	,001							
6. Desejo de morte	r	,107	,244	,280*	,314*	,756**	1,000					
	p	,258	,067	,042	,027	,000						
7. Desconfiança no próprio desempenho	r	,098	,273*	,177	,399**	,832**	,668**	1,000				
	p	,276	,047	,141	,007	,000	,000					
8. Distúrbio do sono	r	-,057	,199	,063	,525**	,464**	,238	,297*	1,000			
	p	,366	,112	,351	,000	,001	,072	,033				
9. Distúrbios psicossomáticos	r	,018	,222	,146	,555**	,684**	,468**	,620**	,564**	1,000		
	p	,457	,087	,187	,000	,000	,001	,000	,000			
10. Comprometimento da Saúde Geral	r	,068	,308*	,252	,509**	,922**	,746**	,850**	,586**	,775**	1,000	
	p	,340	,028	,061	,001	,000	,000	,000	,000	,000		
11. Nível de Estresse	r	-,058	,415**	,391**	,564**	,691**	,429**	,531**	,278*	,472**	,548**	1,000
	p	,362	,004	,007	,000	,000	,003	,000	,043	,001	,000	

** 0.01

* 0.05

DISCUSSÃO

Os dados sócio-demográficos encontrados neste estudo revelam como perfil do RMS uma maioria de jovens entre 20 e 25 anos, solteiros e do sexo feminino corroborando com os dados das pesquisas de Goulart *et al.* (2012) com residentes multiprofissionais da saúde em uma Universidade do interior do Rio Grande do Sul e de Cahú *et al.* (2014) com residentes multiprofissionais da saúde em uma Universidade de Pernambuco. Matos, Toassi e Oliveira (2013) afirmam que a feminização das profissões é um fenômeno internacional e que no Brasil houve um aumento da participação das mulheres no campo profissional da saúde e que

elas estão sujeitas a pesadas cargas de estresse e sofrimento laboral acarretando em elevadas incidências de estresse, *burnout* e depressão corroborando com os resultados de Dias *et al.* (2016) nos quais as mulheres residentes apresentam pior qualidade de vida. Na maioria dos estudos, observa-se o aumento da participação feminina no mercado de trabalho da saúde (Goulart *et al.*, 2012; Cahú *et al.*, 2014). Silva e Gomes (2009) verificaram em seus estudos que mulheres experienciam maiores níveis de estresse ocupacional devido ao excesso de trabalho, baixa remuneração, sensação de deter menos poder e não ser reconhecida profissionalmente e as questões familiares.

A correlação tempo de formado com tempo de residência é significativa estatisticamente como esperado, pois quanto maior o tempo de residência, maior o tempo de formado. Apesar de ter sido identificada a correlação estatística positiva entre idade e estresse psíquico, desconfiança no próprio desempenho e no nível de estresse, neste grupo específico de residentes multiprofissionais da saúde, não se pode desconsiderar os achados em outras pesquisas que relatam que profissionais da saúde mais novos tendem a apresentar mais estresse que os de mais idade (Katsurayama *et al.*, 2011; Silva, & Gomes, 2009). Nogueira-Martins (1998) percebeu maior incidência de depressão, suicídios e afastamentos da formação em residentes médicos do primeiro ano. Franco (2011) relata que a idade regula os efeitos estressantes e em seus estudos constatou que com o passar do tempo as pessoas vão ficando mais maduras, mais ponderadas e com melhores estratégias de enfrentamento das situações adversas do estresse.

Goulart (2012), realizou um estudo apontando que quando a maioria dos participantes em um estudo é do sexo feminino deve-se levar em conta que o público feminino solteiro, jovem e sem filhos é menos estressado e que com o passar do tempo as preocupações relativas ao amadurecimento feminino como uma carreira que garanta independência financeira,

família e filhos pode dar sustentação teórica para essa correlação na qual as mulheres mais jovens apresentam-se com nível menor de estresse.

De acordo com Farias (2011) é difícil para o trabalhador da saúde admitir os sintomas do estresse e assim os mesmos só vêm à tona quando o residente já não consegue mais mascarar o processo. Dores de cabeça, dor muscular e sensação de fadiga são alguns dos sintomas que pais aparecem nas pesquisas desse autor. O cérebro interpreta a ameaça e no processo de adaptar-se desenvolve a Síndrome Geral de Adaptação com grande gasto de energia o que pode levar ao adoecimento. Para Silva, e Gomes (2009) a sobrecarga assistencial e a pressão na qual o trabalhador da saúde é submetido são na maioria das vezes a causa do estresse para estes profissionais.

De acordo com o estudo desenvolvido por Franco et al. (2011) quanto mais se avança nos períodos de residência maior a responsabilidade, maiores as preocupações com o futuro profissional e com a carreira levando muitas vezes o residente a sentir exaustão emocional. A falta de reconhecimento, baixa remuneração, dificuldade de se relacionar em equipe são itens relacionados aos conflitos interpessoais do trabalho da saúde que aumentam a pressão e consequentemente os níveis de estresse nos RMS (Silva, & Gomes, 2009).

Moreira et al. (2016) explica que a privação de sono traz sérios prejuízos para o residente tais como a diminuição do desempenho profissional, aumento da probabilidade de errar na conduta profissional, aumento de incidência de desordens psiquiátricas, comprometimento da qualidade de vida, mais morbidades, menor expectativa de vida e envelhecimento precoce. Relata que as questões psicológicas influenciam mais o primeiro ano de residência, porém os residentes do segundo ano sofrem uma interferência maior dos sintomas físicos com destaque para os distúrbios de sono. O padrão de sono fica alterado devido a alta carga de horária, ou seja, das 60 horas semanais. Os estudos de Guido et al. (2012) mostraram que a residência é uma modalidade de treinamento em serviço que acarreta

sintomas de estresse como: fadiga, distúrbios de sono, dificuldade de aprendizagem, depressão e por fim burnout.

Residentes são mais susceptíveis à Síndrome de Burnout pelo desgaste da sobrecarga assistencial (Moreira *et al.*, 2016), sacrifício do tempo de lazer, do convívio com a família e pela privação de sono. Os problemas de saúde são depressão, fadiga, estresse e ansiedade. Os elevados índices de problemas de saúde levam os residentes a uma qualidade de atendimento ruim e a uma piora de qualidade de vida (Lourenção *et al.*, 2010).

Quanto a variável desejo de morte, os elevados índices de suicídio relatados por Nogueira-Martins (2003) em residentes médicos estão ligados à dificuldade destes profissionais em lidar com o estresse e a ansiedade resultante e sempre crescente da residência. Meleiro (1998) relata que em todo o mundo a taxa de suicídio na população médica é superior à população geral. Existem muitos estudos que buscam compreender as causas da ideação suicida e do suicídio na residência médica, porém ainda são escassos os estudos relativos a este tema na residência multiprofissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou identificar o perfil sociodemográfico de uma amostra de Residentes Multiprofissionais da Saúde de um Hospital/escola em Goiânia. Os resultados mostraram que o perfil do residente multiprofissional dessa amostra é predominantemente jovem (20 a 25 anos), do sexo feminino, solteiras e sem filhos e com tempo de formada entre um a dois anos e cursando o primeiro ano de residência. Quanto a presença de estresse, a maioria apresentou algum nível de estresse para lidar com situações adversas durante o PRMS. A maioria encontra-se na fase de resistência evidenciando que os residentes multiprofissionais da saúde estão expostos a situações estressoras que interferem tanto na capacitação como no serviço prestado por estes residentes. Este artigo corrobora com os já publicados sobre essa temática

evidenciando que o ambiente do PRMS é estressante resultando, na maioria das vezes, em desequilíbrio físico e psicológico nos residentes multiprofissionais da área da saúde.

Considerou-se limitação para esse estudo a dificuldade de trazer o residente multiprofissional da saúde para responder os instrumentos, pois, os mesmos ficaram com medo de que seus preceptores passassem a encará-los como fracos e vulneráveis. Outra limitação a ser citada foi o tamanho reduzido da amostra e o fato de ser um estudo limitado a uma instituição, por isso esses resultados não podem ser generalizados, mas podem contribuir para esclarecer como o PRMS pode ser percebido como estressante, contribuindo negativamente para a vida pessoal e profissional do residente multiprofissional.

ARTIGO 4

COMPARAÇÃO DO ESTRESSE DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO COM A MOVIMENTAÇÃO CONSCIENTE DO CORPO¹⁰

Valéria Moraes Katopodis¹¹; Sebastião Benício da Costa Neto¹²

Resumo

Este artigo objetivou avaliar as condições pré-pós intervenção com uma técnica de psicoterapia corporal reichiana (Movimentação Consciente do Corpo - MCC) em relação aos níveis de estresse, em uma análise biopsicossocial. Participaram deste estudo residentes multiprofissionais da área da saúde de um hospital-escola situado na cidade de Goiânia, Goiás. Os instrumentos utilizados foram: Inventário de reações fisiológicas de resposta ao estresse de Ebel adaptado por Greenberg, Inventário de *Stress* para adultos de Lipp, Questionário de Saúde Geral de Goldberg. Além destes instrumentos, também foi coletado o cortisol sérico destes participantes. À guisa de conclusão, pode-se dizer que a MCC mostrou-se eficiente para diminuir os níveis de estresse, distúrbios psicossomáticos, melhorando a saúde geral como um todo.

Palavras-chave: estresse, psicoterapia corporal, cortisol, residentes multiprofissionais

Abstract

This article aimed to evaluate the pre-post conditions with a technique of Reichian body oriented psychotherapy (MCC) in relation to stress levels, in a biopsychosocial analysis. Multiprofessional residents of the health area of a school hospital, located in the city of Goiânia, Goiás, participated in this study. The instruments used were: Inventory of

² Artigo de acordo com as normas da Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa (UNB).

¹¹ Aluna de Doutorado da PUC Goiás, e-mail: vmkatopodis@gmail.com

¹² Orientador do Programa de Psicologia da PUC Goiás

physiological reactions of stress response Ebel, adapted by Greenberg; Inventory of Stress for adults of Lipp, Questionnaire of General Health by Goldberg. In addition to these instruments, serum cortisol had been collected from these participants. By way of conclusion, MCC proved to be efficient in reducing stress levels, psychosomatic disorders, improving general health as a whole.

O Programa de Residência Multiprofissional da Área da Saúde é considerado uma oportunidade de aprendizado e de convivência dentro de uma equipe multiprofissional de saúde, na qual o/a residente faz contato com diferentes profissões, com troca de experiências e conhecimentos. Apesar de ser uma forma de capacitação profissional considerada como eficiente, é muito criticada por diversos autores, como por exemplo Nogueira-Martins. As críticas se referem aos fatores: sobrecarga assistencial, excessiva carga de trabalho e privação de sono. Tais fatores podem se tornar fontes de adoecimento e são considerados risco que se tornando mais frequentes, suplantam os fatores de proteção presentes no processo de desenvolvimento do(a) residente (Nogueira-Martins, 1998).

O contexto da residência é dinâmico e exige sempre uma diversidade de estratégias adaptativas, com o objetivo de facilitar o enfrentamento de novos desafios. Assim, o(a) residente é colocado(a) em estado permanente de esforço para dar conta da realidade e, quando avalia cognitivamente a situação como excedendo suas capacidades, pode entrar em sofrimento psíquico e em estresse (Nogueira-Martins, 2010).

Algumas intervenções podem ser planejadas com o objetivo de contribuir para ampliar a consciência dos residentes, de como estes lidam com as situações adversas da formação e de como seus corpos atuam e são afetados por tais adversidades. Particularmente, a psicoterapia corporal é uma intervenção com potencial para regular os efeitos do estresse. Tem a psicoterapia corporal suas origens no trabalho de Reich com o corpo, quando o mesmo começou com a observação das resistências ou defesas contra o ataque analítico à neurose.

Reich passou a identificar padrões corporais e de comportamento quando o paciente entrava na resistência, que mais tarde ele denominou de couraça ou caráter, ou seja, uma estrutura de defesa que protegeria o indivíduo dos estímulos ameaçadores. Nesta perspectiva, a compreensão do caráter ou da couraça faz emergir, diante dos olhos do terapeuta, a história de como o indivíduo aprendeu a se defender das situações percebidas por ele como ameaçadoras (Cipullo, 2002).

Para Reich, a função da análise era tornar o inconsciente consciente, e a função do trabalho com a couraça era dissolvê-la com o objetivo de liberar o fluxo normal da análise. Segundo sua teoria, a couraça era fruto do processo de socialização que produzia indivíduos doentes e reprimidos com os tipos caracterológicos dos quais necessitava para sobreviver. Contrapunha a ideia de reducionismo quando explicava que a caracterologia sempre iria atender as necessidades sociais de uma determinada época específica. Assim, é função do caráter ou couraça defender o organismo frente a uma ameaça de desprazer. O tipo de defesa se formatava no corpo do indivíduo em função das contrações e expansões que podiam ser verificadas em sete segmentos distintos do corpo humano, tais como: ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal e pélvico. A proposta reichiana visava atuar sobre esses segmentos desbloqueando a energia com a finalidade de liberar o fluxo energético para que o organismo pudesse disfrutar de maior energia vital (Cipullo, 2002).

Lowen deu sequência ao trabalho de Reich e juntamente com John Pierrakos criou a bioenergética com uma proposta terapêutica focada em compreender a personalidade a partir dos processos energéticos e das interações interpessoais. É um processo econômico energético de carga e descarga próprio de cada indivíduo. O trabalho terapêutico consiste em exercícios que ajudam o indivíduo a ter maior consciência de: como se faz contato com a realidade (que são exercícios de *grounding*); como sustentar o próprio corpo; como o olhar revela a maneira de fazer contato nas relações interpessoais; como a voz revela a carga energética e como a

respiração revela a relação com os sentimentos (Cipullo, 2002). Para Lowen (1977), a relação entre comportamento e estrutura corporal define a couraça.

Cipullo (2002) e Rego (1993) recomendam que tentar reduzir a complexidade humana em alguns tipos de caráter pode ser um reducionismo perigoso, porém é um caminho para uma compreensão mais aprofundada da história do indivíduo. É na interação e na qualidade de construção dos vínculos que a personalidade é definida. A inserção nos diversos grupos durante a vida, vai moldando a personalidade e o corpo do indivíduo. Para Lowen (1977), cada ser é o seu corpo, pois, nenhuma pessoa vive fora do seu corpo vivo. A vitalidade é proporcional à quantidade de energia disponível nesse corpo. Corpos exaustos e sem vida, são retraídos. A respiração e o metabolismo atuam na produção de energia aumentando a vitalidade do indivíduo.

Especificamente, a Movimentação Consciente do Corpo (MCC) é um tipo de psicoterapia inspirada na Terapia Energética Corporal de Dimas Calegari, a qual utiliza exercícios corporais para liberar emoções, sentimentos e crenças. Baseado na Teoria Reichiana, compreende-se que a energia vital que anima a vida é chamada de orgone e pode ser conseguida por meio da respiração, ingestão de alimentos e contato com outros seres. A energia se move no corpo do indivíduo em dois movimentos: pulso e onda. O movimento de pulso acontece em contrações e expansões entre o cerne e a periferia e o movimento de onda leva a energia a percorrer em torno do corpo do indivíduo, iniciando pela região sacral nas costas, subindo pela cabeça, descendo pela frente do corpo, voltando para a pelve e membros inferiores. À esse movimento, Reich deu o nome de circuito energético. O circuito energético também pode se apresentar de duas formas: superficial e profundo. O primeiro está ligado aos músculos estriados e à pele e está em interação com o ambiente. O segundo está ligado às vísceras e musculatura lisa, referindo-se aos sentimentos, emoções e anseios mais profundos do indivíduo (Calegari, 2007).

Calegari (2007) informa que para estudar esse circuitos, Reich dividiu o corpo humano em sete anéis no sentido céfalo-caudal: anel visual, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal e pélvico. A pulsação, ou seja, os movimentos de expansão e contração podem acontecer em cada anel independentemente do outro. Quando um anel perde o movimento de pulsação ele mostra um bloqueio energético que resulta na perda de contato com emoções mais profundas. Assim para que a energia vital circule livre pelo circuito energético é necessário que o corpo esteja pulsando. Os bloqueios e paralisias nos anéis do corpo criarão vazios na consciência que serão preenchidos por crenças errôneas e distorcidas. A proposta da MCC visa uma movimentação do corpo com o objetivo de ampliar a pulsação vital e com isso, intensificar sentimentos, emoções e sensações físicas e percepções que resultam em saúde, maior vitalidade, maior percepção e ampliação da consciência. O ser que tem sua energia livre de bloqueios pode expressar sua força, amorosidade e criatividade, fundamentais para qualquer profissional.

O trabalho de MCC busca aliviar as tensões crônicas geradas por estados de contração resultantes do estresse, fazendo com que o indivíduo recupere a vitalidade e o bem-estar, ajudando-o a se perceber num processo de autoconhecimento e possibilitando o aumento da vibração corporal, por meio dos exercícios de *grounding*, aprofundamento da respiração e ampliação da autoconsciência e da autoexpressão. A ampliação da percepção, tanto externa, como interna, faz com que o indivíduo aumente a consciência de si, buscando por meio do autoconhecimento, o caminho para o equilíbrio, pois, um corpo cheio de vida é capaz de experienciar, tanto prazeres e alegrias, como dores e tristezas da vida cotidiana.

Assim, o objetivo desse estudo foi avaliar o efeito da MCC nos níveis de estresse de residentes multiprofissionais da área da saúde em um hospital-escola de Goiás, comparando-os nas condições pré e pós-intervenção.

MÉTODO

Tipo de estudo: Trata-se de estudo descritivo, transversal e exploratório realizado em 13 sessões de intervenção com a Movimentação Consciente do Corpo (segunda fase de um estudo maior, aqui denominado Estudo II).

Participantes: Participaram 13 residentes multiprofissionais da área de saúde (RMS), selecionados com altos escores de estresse, de ambos os sexos (12 mulheres e 1 homem). Destes 13 participantes, somente 7 participantes cumpriram todas as etapas necessárias para as análises deste estudo. Este grupo tem idade entre 20 e 35 anos, todas do sexo feminino, procedentes do estado de Goiás e de outros estados.

Instrumentos - Foram utilizados os seguintes instrumentos no pré e pós-teste:

Inventário de Reações Fisiológicas do Estresse Ebel (1993): adaptado por Greenberg (2002), que consiste em 39 sintomas relacionados ao estresse pontuado por meio de uma escala de likert. Foram feitos círculos em torno do número que melhor representasse a frequência de ocorrência dos sintomas (1= nunca a 5= constantemente). A soma final de todos os resultados foi classificada: de 40 a 75 pontos - baixos sintomas fisiológicos de resposta de estresse; 76 a 100 pontos - sintomas moderados de resposta ao estresse; 101 a 150 pontos - altos sintomas fisiológicos de resposta ao estresse e acima de 150 pontos – sintomas excessivos de resposta ao estresse.

ISSL de Lipp (2000): é um inventário psicológico cujo objetivo é detectar a presença de estresse, identificar a fase em que a pessoa se encontra e a predominância de sintomas físicos e psicológicos em cada fase. Está organizado em três grupos de informações em que no primeiro grupo avaliam-se os sintomas apresentados nas últimas 24 horas (fase de alerta); o segundo grupo é relativo aos sintomas experimentados na última semana (fase de resistência e fase de quase exaustão); e o terceiro grupo se refere aos sintomas apresentados no último mês (fase de exaustão).

Questionário de Saúde Geral de Goldberg – QSG (Pasquali et al., 1996): sua utilização está direcionada para identificar indivíduos com distúrbios psiquiátricos não extremados. É composto de 60 itens sobre sintomas psiquiátricos não psicóticos respondidos em uma escala de quatro pontos tipo Likert. A apuração da resposta ao QSG resultou da manutenção do sistema Likert de quatro pontos. Sua avaliação se dá por meio da obtenção do escore bruto de cada um dos cinco fatores: 1. Stress psíquico, 2. Desejo de morte, 3. Desconfiança no desempenho, 4. Distúrbio no sono e 5. Distúrbio psicossomático, bem como do escore bruto da saúde geral total. Posteriormente, obtém-se os escores sintomáticos dividindo-se a soma das respostas que compõem o fator pelo número de itens que o fator tem. Todos os escores sintomáticos iguais ou superiores a 3 (três) devem ser considerados indicadores de presença de distúrbios. Os resultados que se aproximam do percentil 90 devem ser considerados limítrofes. Protocolos com 10% ou mais de questões não respondidas são desprezados.

Cortisol sérico - O cortisol é o principal hormônio glicocorticóide produzido pela córtex adrenal humana. Representa, aproximadamente, 80% dos 17-hidroxicorticosteróides do sangue, tendo uma ampla variedade de ações de efeitos antissulínicos no metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas (estimula o catabolismo de proteínas e gorduras, fornecendo substrato para produção hepática de glicose), efeitos na regulação do balanço hidro-eletrolítico, estabilização das membranas lisossômicas e supressão das reações inflamatórias e alérgicas. Os níveis de cortisol são regulados por meio de um balanço com o Hormônio Adrenocorticotrófico (ACTH) e hormônio liberador de corticotrofina (CRH), da pituitária e do hipotálamo, respectivamente. Níveis elevados de ACTH estimulam a córtex adrenal a liberar cortisol que, ao atingir determinados níveis, suprimem o ACTH num *feedback* negativo. Alguns fatores, fora desse eixo metabólico, podem interferir no processo, como febre, inflamações, dor, estresse e hipoglicemia. O cortisol e o ACTH, normalmente,

apresentam variações circadianas com picos no período da manhã, sendo os maiores níveis encontrados em torno de 8:00 horas da manhã e os menores mais tarde. Valores aumentados são preditores de estresse.

PROCEDIMENTOS

Após o projeto de pesquisa ter sido aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa do HC/UFG, os residentes multiprofissionais da área da saúde que foram selecionados após uma avaliação dos escores de estresse, foram convidados a participar deste estudo os que apresentaram maiores escores de estresse. Aqueles que concordaram em participar, assinaram uma lista e foram convidados para a primeira coleta da dosagem do cortisol sérico. O cortisol é um preditor do estresse. Este exame foi realizado no Laboratório de Análise Clínicas da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC GOIÁS), em Goiânia, com os rigores necessários. Foram coletadas as amostras de sangue respeitando quatro horas de jejum. Todas as coletas foram feitas às 8:00 horas da manhã. Na sequência ocorreram encontros de movimentação consciente, realizados semanalmente e com duração de duas horas, que aconteceram alternadamente na sala de treinamento do HC e na sala 201 do Bloco C da PUC GOIÁS. Todas as sessões seguiram o mesmo formato: aquecimento, *grounding*, respiração, movimentação específica para o desbloqueio de cada anel e, finalmente, um momento para compartilhar as vivências da sessão. Os temas se desenvolveram conforme a figura 1.

Sessão	Tema principal	Atividades Desenvolvidas
1	Abertura	Retomada e esclarecimento dos objetivos da pesquisa e conceituação da movimentação consciente, leitura do contrato terapêutico e esclarecimento das dúvidas. Explicação e exercícios de <i>grounding</i> . Exercício de percepção da própria respiração, sua velocidade, lócus; tensões e sentimentos no corpo.
2	Eu e meu Corpo	Com as participantes em pé foram trabalhados o auto-toque, <i>grounding</i> e respiração, alongamento aos pares e a confecção do mapa corporal, descrevendo sentimentos, pontos positivos e pontos negativos em relação a esse corpo. Mapa corporal – Desenho do próprio corpo em uma folha de papel com o intuito de possibilitar que o participante se projete nesse desenho.
3	Eu e o mundo	Aquecimento, respiração abdominal com o objetivo de mobilizar o anel abdominal. Trabalho com bastões de bambu para liberação das tensões do corpo. Vivência do cai-não-cai: Vivência feita com trios, onde o um participante trabalha a entrega e dois trabalham o acolher.

Cont.

Sessão	Tema principal	Atividades Desenvolvidas
4	Respiração e <i>grounding</i>	Alongamento, <i>grounding</i> de pé e invertido e trabalho com o diafragma. Respiração <i>estacatto</i> : – Respiração criada por John Pierrakos para trabalhar o anel diafragmático.
5	Contato	Aquecimento, <i>grounding</i> em pé e invertido. Trabalho das articulações do corpo de baixo para cima. Caminhar pela sala e perceber tudo. Fechar os olhos e depois tapan os ouvidos e fazer contato com sentimentos dessa experiência. Trabalho com anel visual na vertical, horizontal, diagonais e sentidos horário e anti-horário. Em pares, trabalho contraindo olhos e sobrancelhas e depois arregalando os olhos.
Entre a sessão nº05 e 06 foi feita nova coleta de cortisol. Este exame foi realizado no Laboratório de Análise Clínicas da PUC GO, em Goiânia, com os rigores necessários. Foram coletadas as amostras de sangue respeitando quatro horas de jejum. Todas as coletas foram feitas às 8:00 da manhã.		
6	Satisfação das necessidades e comunicação	Aquecimento e alongamento. Deitados, espernear e dizer “não”. Buscar o mundo com a boca. Braços estendidos e dizendo em voz alta: “me dá”. Chupar o dedo. Em dupla vivência do abandono: em pares, enquanto uma participante fala o outro vira de costas.
7	Afetividade	Aquecimento, <i>grounding</i> alinhando a coluna vertebral, respiração, variações de <i>grounding</i> invertido. Trabalho com os ombros dizendo “toma”, “sai”, “me dá”. Em duplas emitir sons diferentes como se falasse outra língua e vivência em pares, falando uma para a outra “Eu estou certa e você está errada”. Respiração <i>estacatto</i> dizendo “sim” e “não”.
8	Poder e raiva e sexualidade	Aquecimento, caminhar pela sala de várias maneiras de <i>grounding</i> , trabalho com as articulações, exercícios com a pelve, trabalho de auto-toque com o diafragma até o abdome. Vivência de integração do racional, emoção e sexualidade.
Nessa etapa, coincidiu-se com as férias dos residentes sendo que 50% deles tirou férias na primeira quinzena e os outro na segunda quinzena, por isso realizou-se a coleta do cortisol e para aqueles que puderam continuar foram propostos mais cinco encontros de MCC.		
9	Máscara e negatividade e essência	Aquecimento, <i>grounding</i> , respiração <i>estacatto</i> , vivência da máscara, negatividade e essência: na máscara é trabalhada a forma como a pessoa se apresenta para o mundo; na negatividade, como ela lida com suas emoções negativas; e na essência, como ela acolhe a sua essência, ou seja, suas emoções positivas.
10	Fortalecimento do <i>grounding</i>	Aquecimento, <i>grounding</i> , exercício para integração da máscara, negatividade e essência com diversos tipos de <i>grounding</i> .
11	Limites	Aquecimento, alongamento, <i>grounding</i> , exercício de estabelecimento de limites em duplas. Trabalho corporal de integração e acolhimento.
12	Expressão e espontaneidade	Alongamento, <i>grounding</i> , Danças de roda incluindo exercício de <i>grounding</i> e exercício de expressividade.
13	Encerramento	Alongamento, <i>grounding</i> , danças e livre movimentação. Conclusão das intervenções. Foi coletada a última dose do cortisol sérico dos residentes que puderam participar dessa fase da intervenção e posteriormente feito o pós-teste com o Inventário de Reações Fisiológicas Ebel, QSG, ISSL de Lipp e entrevista final.

FIGURA 1

Quadro representativo da descrição das sessões de MCC com residentes multiprofissionais da área da saúde.

RESULTADOS

A fim de responder ao objetivo deste estudo, inicialmente, fez-se uma avaliação qualitativa das sessões, apresentando a estrutura da sessão, principais resultados e suas limitações. Portanto em relação às sessões de MCC, nas figuras de 2 a 4 são apresentadas as principais características.

Sessão	Estrutura da Sessão	Principais Resultados	Limitações
1 – 4	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer Contrato/Sigilo - Esclarecer dúvidas sobre a pesquisa - Aumentar percepção do corpo / tensões físicas e emocionais - Estimular prática de exercícios - Introduzir a noção de <i>Grounding</i> - Aumentar percepção do fluxo respiratório - Propiciar formação de vínculo - Perceber o corpo como fonte de bem-estar - Trabalhar a “entrega” 	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliou a percepção do sedentarismo - Propiciou momento de consciência do próprio corpo / sentimentos e sensações físicas - Aumentou o vínculo dos participantes como fator de proteção - Aumentou o reconhecimento da importância do autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> - Permanência de sensação de medo (preceptoria, punições, outras) - Dificuldade de executar exercícios de <i>grounding</i> e de respiração - Dificuldade de se concentrar e fazer conexão consigo mesmo.

FIGURA 2

Quadro representativo das características das sessões 1 a 4 de MCC com residentes multiprofissionais da área da saúde.

Pode-se observar que apesar dos participantes mostrarem muito interesse em conhecer o programa de MCC (Figura 2), apresentaram dificuldade de movimentar o corpo e de se expressarem para os outros colegas. Os bloqueios energéticos tiveram a função de proteção durante a infância, porém, a fixação desses bloqueios por mais tempo, pode acarretar em uma parada no desenvolvimento, conservando o ego infantilizado e com sentimentos negativos retidos (Calegari, 2007). Observaram-se muitos sentimentos negativos nos participantes, tais como medo e raiva, expressos nos motivos pelos quais eles teriam sido selecionados como estressados. Após o contrato de sigilo observou-se maior tranquilidade do grupo, de que esses sentimentos não seriam divulgados para seus preceptores. As sessões 3 e 4 buscaram a liberação progressiva da energia dos participantes.

Sessão	Estrutura da Sessão	Principais Resultados	Limitações
5 – 9	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidar o <i>Grounding</i> - Trabalhar com a noção de limite - Aprofundar a respiração - Fazer exercícios de “carga e descarga” - Aprofundar o contato com o próprio corpo / sensações e sentimentos - Trabalhar com articulações, olhos e alongamentos - Melhorar a percepção de bloqueios e tensões 	<ul style="list-style-type: none"> - Maior consciência no processo de autoregulação - Relatos de bem-estar - Relatos de experimentar “dizer não” - Maior flexibilidade corporal / espontaneidade nos movimentos - Maior empatia e sentimento de confiança no grupo - Melhor “expressão” de dores - Aumento do fluxo de energia - Melhora no sono relatada - Dificuldade de lidar com aumento de carga energética (dor de cabeça, enjoo, outros) 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso do momento de MCC para catarse / desfoque das atividades da MCC - Proibição de participação por parte dos preceptores - Perda de participante por abandono do PRMS - Dificuldade de local adequado para realizar a MCC - Atraso no início das sessões

FIGURA 3

Quadro representativo das características das sessões 5 a 9 de MCC com residentes multiprofissionais da área da saúde

Nas sessões 5 a 9 (Figura 3), observou-se que os participantes percebiam melhor seus corpos e bloqueios. Começaram a entender melhor como acontecia o processo de autoregulação e a perceber quando a energia fluía no corpo mais livremente. Alguns participantes demonstraram dificuldade de lidar com esse aumento de energia, pois, a melhora energética inevitavelmente interfere na condição de vítima expressada por muitos deles.

Sessão	Estrutura da Sessão	Principais Resultados	Limitações
10 - 13	<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundar o contato com os olhos - Integrar maior flexibilidade do participante com seu corpo e com o ambiente - Distribuir melhor a energia corporal - Propiciar melhor postura corporal - Incentivar a auto-expressividade - Propiciar momentos de espontaneidade - Propiciar contato com diferentes níveis de consciência: máscara, eu inferior e essência - Trabalhar com relações interpessoais: dança, atividades de duplas e trios, massagem, contato com olhos 	<ul style="list-style-type: none"> - Maior consciência de como está o contato com o outro - Maiores associações entre sintomas e sentimentos - Maior flexibilidade e obtenção de prazer com os exercícios - Reposicionamento da condição de vítima - Aumento do lócus de controle interno - Maior responsabilidade / autonomia - Aumento da assertividade: expressão de “nãos” e desejos - Melhora na capacidade de lidar com o aumento da carga energética - Ansiedade relativa ao término do grupo 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de sessões insuficientes - Perda de participante por abandono da residência - Falta de adesão plena de tutores e preceptores ao programa de MCC - Redução de participação em função dos rodízios externos à instituição

FIGURA 4

Quadro representativo das características das sessões 9 a 13 de MCC com residentes multiprofissionais da área da saúde.

As últimas sessões, de 10 a 13 (Figura 4), foram marcadas por impedimentos, por parte de alguns preceptores, da participação dos residentes no trabalho corporal. Assim as duas participantes da enfermagem deixaram a pesquisa. Contudo, observou-se a ampliação da consciência das mesmas.

Quanto aos resultados do exame de Cortisol dos participantes, estes encontram-se na Tabela 1. Percebe-se que existe uma variação nos valores de uma coleta para outra, no entanto não são significativas estatisticamente. Embora na tabela 1 estão apresentadas as médias, as medianas e o desvio padrão, o mais adequado a ser usado neste estudo é a moda, pois os dados não apresentam normalidade na distribuição e são compostos de apenas sete sujeitos. Os dados pós da última sessão ficaram incompletos pois três participantes não fizeram a coleta e na segunda coleta 1 participante deixou de colher o cortisol, o que acaba comprometendo mais os resultados deste estudo. No entanto, foi realizada a análise comparativa entre os momentos de coleta (Tabela 2).

Tabela 1

Coleta de cortisol sérico de residentes multiprofissionais da área da saúde.

Cortisol	Pre1	Pos1	Pos2	Pos3
N	7	7	6	4
Dados faltosos	0	0	1	3
M	18,79	19,66	19,10	16,30
Me	21,50	22,10	18,45	15,15
Mo	10 ^a	10 ^a	11 ^a	10 ^a
Dp	7,388	7,914	6,756	6,904
Min	10	10	11	10
Max	28	30	29	25

A análise comparativa de Wilcoxon foi realizada para avaliar se existe diferença significativa entre os momentos pré e pós intervenção da MCC com as variáveis Estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos, saúde geral total, fases do estresse, reações fisiológicas de resposta ao estresse e os momentos de coleta do cortisol.

Tabela 2

Análise comparativa Wilcoxon das variáveis coletadas nos instrumentos de medida psicológica (Questionário da Saúde Geral, Inventário de resposta de Stress de Lipp, Inventário de Reações Fisiológicas Ebel) e cortisol.

Variáveis		N	Média de Ranks W	Z	p
EPPos2 - EPPre1	Ranks Negativos	7 ^a	4,00		
	Ranks Positivos	0 ^b	0,00		
	Empates	0 ^c		-2,366 ^b	,018
	Total	7			
DMPos2 - DMPPre1	Ranks Negativos	4 ^d	3,75		
	Ranks Positivos	2 ^e	3,00		
	Empates	1 ^f		-,943 ^b	,345
	Total	7			
DDPos2 - DDPre1	Ranks Negativos	6 ^g	3,67		
	Ranks Positivos	1 ^h	6,00		
	Empates	0 ⁱ		-1,352 ^b	,176
	Total	7			
DSPos2 - DSPre1	Ranks Negativos	4 ^j	3,75		
	Ranks Positivos	2 ^k	3,00		
	Empates	1 ^l		-,946 ^b	,344
	Total	7			
DPPos2 - DPPre1	Ranks Negativos	6 ^m	3,50		
	Ranks Positivos	0 ⁿ	0,00		
	Empates	1 ^o		-2,201 ^b	,028
	Total	7			
SGPos2 - SGPre1	Ranks Negativos	7 ^p	4,00		
	Ranks Positivos	0 ^q	0,00		
	Empates	0 ^r		-2,366 ^b	,018
	Total	7			
LIPPPos2 - LIPPPre1	Ranks Negativos	3 ^s	2,83		
	Ranks Positivos	1 ^t	1,50		
	Empates	3 ^u		-1,289 ^b	,197
	Total	7			
EBELPos2 - EBELPre1	Ranks Negativos	4 ^v	4,00		
	Ranks Positivos	2 ^w	2,50		
	Empates	0 ^x		-1,153 ^b	,249
	Total	6			
CORTPos2 - CORTPre1	Ranks Negativos	1 ^y	6,00		
	Ranks Positivos	6 ^z	3,67		
	Empates	0 ^{aa}		-1,355 ^c	,176
	Total	7			
CORTPos3 - CORTPre1	Ranks Negativos	2 ^{ab}	3,50		
	Ranks Positivos	4 ^{ac}	3,50		
	Empates	0 ^{ad}		-,734 ^c	,463
	Total	6			

Cont.

Variáveis		N	Média de Ranks W	Z	p
CORTPos3 - CORTPos2	Ranks Negativos	2 ^{ac}	4,50		
	Ranks Positivos	4 ^{af}	3,00		
	Empates	0 ^{ag}		-,314 ^c	,753
	Total	6			

Obs 1.

a. EPos2 < EPre1; b. EPos2 > EPre1; c. EPos2 = EPre1; d. DMPos2 < DMPre1; e. DMPos2 > DMPre1; f. DMPos2 = DMPre1; g. DDPos2 < DDPre1; h. DDPos2 > DDPre1; i. DDPos2 = DDPre1; j. DSPos2 < DSPre1; k. DSPos2 > DSPre1; l. DSPos2 = DSPre1; m. DPPos2 < DPPre1; n. DPPos2 > DPPre1; o. DPPos2 = DPPre1; p. SGPos2 < SGPre1; q. SGPos2 > SGPre1; r. SGPos2 = SGPre1; s. LIPPPos2 < LIPPPre1; t. LIPPPos2 > LIPPPre1; u. LIPPPos2 = LIPPPre1; v. EBELPos2 < EBELPre1; w. EBELPos2 > EBELPre1; x. EBELPos2 = EBELPre1; y. CORTPos2 < CORTPre1; z. CORTPos2 > CORTPre1; aa. CORTPos2 = CORTPre1; ab. CORTPos3 < CORTPre1; ac. CORTPos3 > CORTPre1; ad. CORTPos3 = CORTPre1; ae. CORTPos3 < CORTPos2; af. CORTPos3 > CORTPos2; ag. CORTPos3 = CORTPos2.

Obs 2.

Pre= antes da intervenção; Pos= depois da intervenção; EP=Estresse Psíquico; DM= desejo de morte; DD= desconfiança do próprio desempenho; DS= distúrbio de sono; DP= Distúrbios psicossomáticos; SG= total da saúde geral; LIPP= fase de estresse ; EBEL= reações fisiológicas do estresse; CORT= nível de cortisol.

Observou-se que a intervenção da MCC diminuiu significativamente o estresse psíquico ($Z=-2,366$; $p=0,018$); distúrbios psicossomáticos ($Z=-2,201$; $p=0,028$) e o total da saúde geral ($Z=-2,366$; $p=0,018$). No entanto, não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho e no distúrbio de sono, após a intervenção da MCC (Tabela 2).

DISCUSSÃO

De acordo com as análises qualitativas foi possível observar que as duas primeiras sessões foram fundamentais para a melhoria do vínculo e da entrega dos participantes para o trabalho com a MCC. De acordo com Calegari (2007), a participação ativa e cooperativa do cliente é necessária para que o trabalho corporal aconteça. Somente por meio do trabalho corporal consciente é que pode haver a retomada da pulsação energética dos anéis e a consequente a liberação do circuito energético. Com o desenvolver do trabalho, verificou-se um aumento de energia na carga dos participantes o que favoreceu o desenvolvimento do ego

adulto nos mesmos. Simultaneamente observou-se que ficaram mais evidentes os sentimentos negativos e as resistências.

O afrouxamento das tensões musculares levam à consciência das lacunas preenchidas com crenças infantis e distorcidas como, por exemplo, a da condição de vítima. Muitos sintomas foram percebidos como forma dos participantes expressarem sua resistência: dor de cabeça, enjoos, dor no estômago e tonturas, o que corrobora com a teoria de Calegari (2001). O *grounding*, a respiração e a liberação das tensões musculares resultam em uma melhora da pulsação energética e em uma abertura da consciência com o objetivo de fortalecer o ego adulto.

Na sequência das sessões percebeu-se a ampliação da consciência, as crenças distorcidas foram identificadas e resignificadas, o que possibilitou a melhora relativa do *locus* de controle interno, da responsabilidade e da autonomia das participantes. Com o trabalho de respiração e *grounding*, observou-se também uma melhor capacidade de perceber a realidade, assim como, lidar com o aumento de carga energética. As expressões de “nãos” passaram a acontecer espontaneamente. De acordo com Calegari (2007), o trabalho de liberação das tensões corporais libera a rigidez física e mental e auxilia o indivíduo a expressar integralmente suas emoções e sentimentos positivos ou negativos. O bom desenvolvimento acontece quando o indivíduo permite-se sentir tanto as emoções negativas como as positivas e sente liberdade e segurança em expressá-las.

De acordo com as análises quantitativas observou-se que a intervenção com MCC demonstrou ser significativa estatisticamente em relação a melhoria do estresse psíquico, dos distúrbios psicossomáticos e do total da saúde geral. De acordo com Lowen (1977) e Weigand (2006) a forma que é estruturada cada sessão possibilita aos participantes desenvolverem melhores estratégias de enfrentamento para lidar com as situações adversas do PRMS e assim, acionar o processo de autoregulação conscientemente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Qualitativamente foi possível observar que houve mudança na percepção do participante quanto aos fatores que levam ao estresse e maior conscientização dos mecanismos de defesas utilizados por eles. Assim foi possível, por meio da MCC, reestabelecer o fluxo energético e conseqüentemente a melhora da qualidade do sono, do humor e da vitalidade nestes participantes, resultando em maior produtividade, melhor aprendizagem e maior tranquilidade nos trabalhos dentro da equipe multidisciplinar. Além disso, constatou-se que a MCC melhorou a habilidade de perceber o próprio corpo, ampliando o nível de segurança, o que resultou na diminuição do sentimento de medo e insegurança por parte do residente multiprofissional da área da saúde.

Quantitativamente observou-se que a intervenção por meio da MCC levou o residente multiprofissional da área da saúde a melhorar o estresse psíquico, os distúrbios psicossomáticos e a saúde geral como um todo. No entanto, não apresentou melhora, nem piora em relação ao desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbio do sono, fases do estresse, reações fisiológicas do estresse e cortisol. Embora, os resultados apontem melhora significativa somente em três aspectos, isso pode ter acontecido pelo número reduzido de participantes da amostra. Assim, sugere-se a partir deste estudo uma ampliação desta pesquisa, com residentes de todos os hospitais de Goiás e do Brasil.

Este estudo possibilita ter como tese que a intervenção da Movimentação Consciente do Corpo é uma técnica importante para minimizar os efeitos do estresse.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o levantamento feito para esta revisão, verificou-se que o estresse está presente nas atividades da área da saúde, tanto no trabalho como, como também nas residências médicas e multiprofissionais. A realidade do estresse no trabalho em saúde é complexa e seus trabalhadores estão expostos a condições que são consideradas negativas tanto fisicamente como psicologicamente. As situações adversas e estressantes encontradas nas pesquisas são comuns a todas as profissões da saúde e no âmbito dos programas de residência, a questão do estresse vem se arrastando desde os primórdios da residência médica. Assim pode-se observar que os efeitos do estresse são mais frequentes para os médicos e enfermeiros, sendo estes últimos, os que mais produzem pesquisas. A proximidade com os pacientes e seus familiares (suas dores, doenças e morte) associados à sobrecarga de trabalho e a privação de sono são os estressores mais citados na literatura. Considerando as limitações citadas pelos estudos como o tamanho reduzido das amostras, as mesmas estarem concentradas em apenas um hospital ou região e os estudos serem todos transversais, seus resultados não podem ser generalizados mas podem contribuir para esclarecer como o trabalho dos profissionais de saúde. Dessa maneira, espera-se estar contribuindo para reforçar outros estudos e colaborando para consolidar esse referencial teórico.

Constatou-se, a partir desta revisão integrativa da literatura que a psicoterapia corporal tem contribuído com a clínica, pois atende uma grande diversidade de pacientes, atingindo todas as faixas etárias, disfunções e suas comorbidades, uso de drogas, e com a facilidade do trabalho poder ser adaptado para qualquer um deles. Não foram encontrados programas de intervenção ou grupos de movimento para o manejo do estresse, o que chama a atenção para a carência de estudos neste campo tão importante na vida do trabalhador contemporâneo.

Sugere-se também que os estudos possam ser feitos com rigor metodológico, o que contribuiria para elaboração de programas de intervenção mais precisos e eficientes.

Este estudo objetivou identificar o perfil sociodemográfico de uma amostra de Residentes Multiprofissionais da Saúde de um Hospital/escola em Goiânia. Os resultados mostraram que o perfil do residente multiprofissional dessa amostra é predominantemente jovem (20 a 25 anos), do sexo feminino, solteiras e sem filhos e com tempo de formada entre um a dois anos e cursando o primeiro ano de residência. Quanto a presença de estresse, a maioria apresentou algum nível de estresse para lidar com situações adversas durante o PRMS. A maioria encontra-se na fase de resistência evidenciando que os residentes multiprofissionais da saúde estão expostos a situações estressoras que interferem tanto na capacitação como no serviço prestado por estes residentes. Este artigo corrobora com os já publicados sobre essa temática evidenciando que o ambiente do PRMS é estressante resultando, na maioria das vezes, em desequilíbrio físico e psicológico nos residentes multiprofissionais da área da saúde.

Considerou-se limitação para esse estudo a dificuldade de trazer o residente multiprofissional da saúde para responder os instrumentos, pois, os mesmos ficaram com medo de que seus preceptores passassem a encará-los como fracos e vulneráveis. Outra limitação a ser citada foi o tamanho reduzido da amostra e o fato de ser um estudo limitado a uma instituição, por isso esses resultados não podem ser generalizados, mas podem contribuir para esclarecer como o PRMS pode ser percebido como estressante, contribuindo negativamente para a vida pessoal e profissional do residente multiprofissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adib, J.A.D. (2009). Epistemologia Pluralizada e História da Psicologia. *SCIENTIA STUDIA*. São Paulo, 7(2), 195-208.
- Afecto, M. C. P. & Teixeira, M. B. (2009). Avaliação do estresse e da síndrome de burnout em enfermeiros que atuam em uma unidade de terapia intensiva: um estudo qualitativo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 8(1).
- Akbar, R. E., Elahi, N., Mohammadi, E. & Khoshknab, M. F. (2016). What Strategies Do The Nurses Apply to Cope With Job Stress?: A Qualitative Study . *Global Journal of Health Science*. 8(6), 55-64.
- Al-Dubai, S. A. R., Ganasegeran, K., Perianayagam, W. & Rampal, K. G. (2013). Emotional Burnout, Perceived Sources of Job Stress, Professional Fulfillment, and Engagement among Medical Residents in Malaysia. *The Scientific world journal*, 1-9.
- Albertini, P. & Freitas, L.V. (2009). *Fundamentos de Psicologia Jung e Reich: articulando conceitos e práticas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Aminazadeh, N., Farrokhyar, F., Naeeni, A., Naeeni, M., Reid, S., Kashfi, A. & Kahnamoui, K. (2012). Is Canadian surgical residency training stressful?. *Canadian Journal Surgical*. 55(4), 145-151.
- Andrade, A. N. M., Albuquerque, M. A. C. & Andrade, A. N. M. (2011). Avaliação do Nível de Estresse do Anestesiologista da Cooperativa de Anestesiologia de Sergipe. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 61(4), 486-494.
- Andrade, J. B. C., Sampaio, J. J. C., Farias, L. M., Melo, L. P., Sousa, D. P., Mendonça, L. B., Moura Filho, F. F. A. & Cidrão, I. S. M. (2014). Contexto de Formação e Sofrimento Psíquico de Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 38(2), 231-242.
- Angst, R. (2009). Psicologia e Resiliência: Uma revisão da Literatura. *Psicologia Argumento*, 27(58), 253-260.
- Ansoleaga, E. (2015). Indicadores de Salud Mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Rev. Med, Chile*, 143, 47-55.
- Asaiag, P. E., Perotta, B., Martins, M. A. & Tempski, P. (2010). Avaliação da Qualidade de Vida, Sonolência Diurna e Burnout em Médicos Residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 34(2), 422-429.
- Atanes, A. C. M., Andreoni, S., Hirayama, M. S., Montero-Marin, J., Barros, V. V., Ronzani, T. M., et al. (2015) Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals. *BMC Complementary & Alternative Medicine*, 15, 1-7.
- Auger, K. A., Landrigan, C. P., Rey, J. A .G., Sieplinga, K. R., Sucharew, H. J. & Simmons, J. M. (2012). Better Rested, but More Stressed? Evidence of the Effects of Residence Work Hours Restriction. *Academic Pediatric Association*. 12(4), 335-343.

- Azevedo, C.E.F., Oliveira, L.G.L., Gonzalez, R. K. & Abdalla, M.M. (2013) *Estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo*. EnEPQ 2013: Brasília.
- Barlach, L., França, A. C. L. & Malvezzi, S. (2008). O Conceito de Resiliência Aplicado ao Trabalho nas Organizações. *Revista Interamericana de Psicologia / Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), 101-112.
- Barros, A. S., & Oliveira, S. M. (2014). De corpo e alma: a análise bioenergética na promoção da saúde do paciente oncológico.
- Batista, K. M. & Bianchi, E. R. F. (2006). Estresse do Enfermeiro em Unidade de Emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(4), 534-539.
- Batista, K. M. & Bianchi, E. R. F. (2013). A relação stress, hardiness e turno de trabalho em enfermeiros de um hospital de ensino. *Revista eletrônica trimestral de Enfermeria*, 29, 281-287.
- Belancieri, M. F. (2011). Estresse, Resiliência e Qualidade de Vida dos Trabalhadores da Área da Enfermagem da Rede Pública de Saúde. *Extensão em Foco*, 7, 21-30.
- Berardinelli, L. M. M. & Santos, M. L. S. C. (2007). Oficina Pedagógica de Enfermagem: uma experiência da convergência cuidado-educação. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(3), 430-438.
- Bombassaro, L.C. (1992). *As Fronteiras da Epistemologia*. Petrópolis: Vozes.
- Botelho, L. L. R, Cunha, C. C. A., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5(11), 121-136.
- Brandão, J. M., Mahfoud, M. & Gianordoli-Nascimento, I. F. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia*, 21(49), 263-271.
- Broussard, L. & Myers, R. (2010). School Nurse Resilience: Experiences After Multiple Natural Disasters. *The Journal of School Nursing*, 26(3), 203-211.
- Browning, A. M. (2016). Moral Distress and Psychological Empowerment in Critical Care Nurses Caring for Adults at End of Life. *American Journal of Critical Care*. 22(2), 143-151.
- Cahú, R. A. G., Santos, A. C. O., Pereira, R. C., Vieira, C. J. L. & Gomes, S. A. (2014). Estresse e Qualidade de Vida em Residência Multiprofissional em saúde. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 10(2), 76-83.
- Calegari, D. (2001). *Da Teoria do Corpo ao Coração: uma visão do homem a partir da energia cósmica*. São Paulo: Summus.
- Camelo, S. H. H. & Angerami, E. L. S. (2004). Sintomas de Estresse nos Trabalhadores Atuantes em Cinco Núcleos de Saúde da Família. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 12(1), 14-21.

- Campos, J. A. D. B., Jordani, P. C., Zucolo, M. L., Bonafé, F. S. S. & Maroco, J. (2012). Síndrome de Burnout em graduandos de Odontologia. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(1), 155-165.
- Cañizares, P. N. (2002). Grupos de movimento: uma nova tecnologia em promoção de saúde e autocuidado para pessoas idosas. *A Terceira Idade*, 14(26), 8-25.
- Casanova, I. A., Batista, N. A. & Ruiz-Moreno, L. (2015). Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS HEALTH SCIENCES*, 40(3), 229-233.
- Castiel, L. D. (2005). O Estresse na Pesquisa Epidemiológica: O Desgaste dos Modelos de Explicação Coletiva do Processo Saúde-Doença. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, 15, 103-120.
- Campos, J. A. D. B., Jordani, P. C., Zucolo, M. L., Bonafé, F. S. S. & Maroco, J. Síndrome de Burnout em Graduandos de Odontologia. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(1), 155-165.
- Cecil, J., McHale, C., Hart, J. & Laidlaw, A. (2014). Behavior and burnout in Medical Students. *Medical Education Online*. 19, 1-9.
- Chamon, E. M. Q. O. (2006). Estresse e Estratégias de Enfrentamento: o uso da escala Toulousaine no Brasil. *rPOT*. 6(2), 43-64.
- Chan, C. K. L., So, W. K. W. & Fong, D. Y. T. (2009). Hong Kong Baccalaureate Nursing Students' Stress and Their Coping Strategies in Clinical Practice. *Journal of Professional Nursing*, 25(5), 307-313.
- Chan, A. O. M., Chan, Y. H. & Kee, J. P. C. (2012). Exposure to crises and resiliency of health care workers in Singapore. *Occupational Medicine*, 63, 141-144.
- Contorno, E. C., Amaral, D. C. & Silva, S. L. (2011, Setembro). *Roteiro para revisão bibliográfica sistemática: aplicação no desenvolvimento de produtos e gerenciamento de projetos*, Apresentado no 8º Congresso Brasileiro de Gestão de Desenvolvimento Produtivo, Porto Alegre, RS, 12.
- Cruz, R. M., Sherer, C. G. & Peixoto, C. N. (2004). Estresse Ocupacional e Carga de Trabalho. In Sardá Jr., J., Legal, E. J. & Jablonski Jr., S. Estresse: conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, Y. F. F., Vieira, A. & Roquete, F. F. (2013, outubro). *Impacto da residência multiprofissional na formação profissional em um hospital de ensino de Belo Horizonte*. Trabalho apresentado no X Simpósio de Excelência em gestão e Tecnologia. Resende, RJ.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2013). Estatística sem matemática para psicologia. Porto Alegre: Ed Penso.

- Demir, S., Demir, S. G., Bulut, H. & Hisar, F. (2014). Effect of Mentoring Program on Ways of Coping with Stress and Locus of Control for Nursing Students. *Asian Nursing Research*, 8(2014), 254-260.
- Dias, B. A., Pereira, M. N., Sousa, I. F., & Almeida, R. J. (2016). Qualidade de vida de médicos residentes de um hospital escola. *Scientia Medica*. 26(1), 1-9.
- Dolan, E. D., Mohr, D., Lempa, M., Joos, S., Fihn, S. D., Nelson, K. M., *et al.* (2014). Using a Single Item to Measure Burnout in Primary Care Staff: A Psychometric Evaluation. *Journal of General Internal Medicine*, 30(5), 582-587.
- Dorrivan, J., Paterson, J., Dawson, D., Pincombe, J., Grech, C. & Rogers, A. E. (2011). Sleep, stress and compensatory behaviors in Australian nurses and midwives. *Revista de Saúde Pública*, 45(5), 922-930.
- Ebling, M. & Carlotto, M. S. (2012). Burnout Syndrome and Associated factors among health professionals of a public hospital. *Trends Psychiatry Psychother*, 34(2), 93-100.
- Farias, F. R. (1985). Sobre o Conceito de Estresse. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 38(4), 97-105.
- Farias, S. M. C., Teixeira, O. L. C., Moreira, W., Oliveira, M. A. F. & Pereira, M. O. (2011). Caracterização dos Sintomas Físicos de Estresse na Equipe de Pronto Atendimento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 722-729.
- Farnè, M. (2003). *O estresse: às vezes é positivo, mas pode ser transformado em um aliado*. São Paulo: Paulinas: Edições Loyola.
- Faro, A. & Pereira, M. M. (2013). Estresse: revisão narrativa da evolução conceitual, perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14 (1), 78-100.
- Ferreze, M. V. G., Ferreira, G. & Carvalho, A. M. P. (2006). Percepção do Estresse entre Enfermeiros que Atuam em Terapia Intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(3), 310-315.
- Ferreira, R. C., Varga, C. R. R. & Silva, R. F. (2009). Trabalho em Equipe Multiprofissional: a Perspectiva dos Residentes Médicos em Saúde de Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 1421-1428.
- Fernandes, M. A., Sousa, F. K., Santos, J. S., Rodrigues, J. A. & Marziale, M. H. P. (2012). Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem do Serviço de Atendimento móvel de Urgência. *Revista de pesquisa: cuidado é Fundamental Online*, 4(4), 3125-3135.
- Fernández, J. M. D., Claveero, F. H., Gutiérrez, M. C. V., Segura, I. P., Bagur, M. L. M. & Fernández, J. D. (2012). Síndrome de desgaste profissional em trabajadores de atención ala salud em el área sanitaria de Ceuta. *Atención Primaria*, 44(1), 30-35.
- Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage.

- Figueiras, P. T. (2013). *Grounding: concepto y usos em danza movimento terapia*. Tese. Universidade Àutonoma de Barcelona, Barcelona.
- Filgueiras, J. C. & Hippert, M. I. S. (1999). A Polêmica em Torno do Conceito de Estresse. *Psicologia Ciência e Profissão*, 19(3), 40-51.
- Fonseca, E. P, A. M. & Queirós, P. J. P. (2012). Estudantes de Enfermagem ortugueses: Resilientes e Auto-eficases. *INFAD Revista de Psicologia*. 1(2), 1-7.
- Flach, L. Grisei, C. L. I., Silva, F. M. & Manfredini, V. (2009). Sofrimento Psíquico no Trabalho Contemporâneo: Analisando uma Revista de Negócios. *Psicologia & Sociedade*, 21(2), 193-102.
- Fontes, R. C. C. & Brandão, M. R. F. (2013). A resiliência no âmbito esportivo: uma perspectiva bioecológica do desenvolvimento humano. *Motriz*, 19(1), 151-159.
- França, F. M. & Ferrari, R. (2012). Síndrome de Burnout e os Aspectos Sócio- Demográficos em Profissionais de Enfermagem, *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(5), 743-748.
- França, F. M., Ferrari, R., Ferrari, D. C. & Alves, E. D. (2012). Burnout e os aspecto laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, 20(5), 1-9.
- Franco, G. P., Barros, A. L. B. L., Nogueira-Martins, L. A. & Zeitoun, S. S. (2011). Burnout em Residentes de Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 12-18.
- Fridner, A., Belkié, K., Marini, M., Seden, G. M. & Schenck-Gustafsson, K. (2012). Por que não medicos acadêmicos procuram ajuda profissional necessária para aflição psicológica? *Swiss Medical Weekly*, 142, 1-11.
- Galvão, T. F., & Pereira, M. G. (2014). Revisões Sistemáticas da Literatura: passos para a sua elaboração. *Epidemiologia do Serviço de Saúde*, 23(1), 183-184.
- Gama, M. E. R, & Rego, R. A. (1996). *Grupos de Movimento*. Cadernos Reichianos: Instituto Sapientae.
- Garcia, J. G. S. (2010). A couraça como currículo-oculto: um estudo da relação entre a rotina escolar e o funcionamento encouraçado. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo.
- Gianasi, L. B. S. & Oliveira, D. C. (2014). A Síndrome de Burnout e a suas Representações entre Profissionais de Saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(3), 756-772.
- Giurgiu, D. I., Jeoffrion, C., Grasset, B., Dessomme, B. K., Moret, L., Roquelaure, Y., et al. (2015). Psychosocial and occupational risk perception among health care workers: a Moroccan multicenter study. *BMC Reaserch Notes*. 8:408, 1-10.
- Goldhagen, B. E., Kingsolver, K., Stinnett, S. S. & Rosdahl, J. A. (2015). Stress and Burnout in residents: impact of mindfulness-based resilience training. *Advances in Medical*

Education and Practice. 6, 525 - 532.

- Goulart, C. T., Silva R. M., Bolsan, M. E. O. & Guido, L. A. (2012). Perfil Sóciodemográfico e Acadêmico dos Residentes Multiprofissionais de uma Universidade Pública. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 13(1), 178-186.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. & Braga, F. (2009). Influencia de Factores Personales, Profesionales y Transaccionales em el Síndrome de Burnout em Personal sanitario Hispanoamericano y Español. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 215-230.
- Greenberg, J. S. (2002). *Administração do Estresse*. São Paulo: Manole.
- Grotberg, E. H. (2005). Introdução: Novas Tendências em Resiliência. Em A. Melillo, E. N. S. Ojeda & colaboradores (Orgs.), *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas* (pp.15-22). Porto Alegre: Artmed.
- Guerra, A., Soares, R. M., Pezzi, F., Karkow, F. J. & Faintuch (2015). Correlações Metabólicas e Cardiovasculares do Cortisol Matutino em Profissionais da Saúde de um Serviço de Gastroenterologia. *Arq Gastroenterol*, 52(2), 1-9.
- Guido, L. A., Silva, R. M., Goulart, C. T., Bolzan, M. E. O. & Lopes, L. F. D. (2012). Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 46(6), 1477-1483.
- Guillard, C. R., Precoma, D. C. & Silva, E. R. (2012). Eustresse, Distresse e Burnout um estudo do estresse no ambiente de trabalho. *Revista Alumni*, 2, 1-17.
- Gunasigan, N., Burns, K., Edwards, J., Dinh, M. & Walton, M. (2015). Reducing stress and burnout in juniors doctors: the impact of debriefing sessions. *Postgrad Medical Journal*, 91, 182-187.
- Hanzelmann, R. S. & Passos, J. P. (2010). Imagens e Representações da Enfermagem acerca do Stress e sua Influência na Atividade Laboral. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 694-701.
- Hespanhol, A. (2005). Burnout e Stress Ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1-2), 153-162.
- Heller, M.C. (2012). *BodyPsychotherapy: Histhory, Concepts, Methods*. New York: WW Norton & Company.
- Hochberg, M. S., Berman, R. S., Kalet, A. L., Zabar, S.R., Gillespie, C. & Patchter, H. L. (2013). The stress of residency: recognizing the signs of depression and suicide in you and in your fellow residents. *The American Journal of surgery*, 205, 141-146.
- Holmes, E. S., Santos, S. R., Farias, J. A. & Costa, M. B. S. (2014). Síndrome de burnout em enfermeiros na atenção básica: repercussão na qualidade de vida. *Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental Online*. 6(4), 1384-1395.

- Hyman, S. A., Michaels, D. R., Berry, J. M., Shildcrout, J. S., Mercaldo, N. D. & Weinger, M. B. (2011). Risk of Burnout in Perioperative Clinicians. *Anesthesiology*, 114, 194-204.
- Infante, F. (2005). A Resiliência como Processo: uma revisão da literatura recente. Em A. Melillo, E. N. S. Ojeda & colaboradores (Orgs.), *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas* (pp.15-22). Porto Alegre: Artmed
- Jaques, J. P. B., Ribeiro, R. P., Martins, J. T., Rizzi, D. S. & Schmidt, D. R. C. (2015). *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 36(1), 25-32.
- Johnson, J. R., Emmons, H. C., Rivard, R. L., Griffin, K. H. & Desek, J. A. (2015). Resilience Training: A Pilot Study of a Mindfulness-Based Program With Depressed Healthcare Professionals. *EXPLORE*, 11(6), 433-444.
- Kang, S. H., Boo, Y. J., Lee, J. S., Han, H. J., Jung, C. W. & Kim, C. S. (2015). High Occupational Stress and Low Career Satisfaction of Korean Surgeons. *Journal of Korean Medical Science*, 30, 133-139.
- Katsurayama, M., Gomes, N. M., Becker, M. A. A. B., Santos, M. C., Makimoto, F. H. & Santana, L. L. O. (2011) Avaliação dos Níveis de Estresse Psicológico em Médicos Residentes e Não Residentes de Hospitais Universitários. *Psicologia Hospitalar*, 9(1), 75-96.
- Khamisa, N., Ooldenburg, B., Peltzer, K. & Ilic, D. (2015). Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 12, 652-666.
- Kim, M. & Windsor, C. (2015). Resilience and Work-life Balance in First-line Nurse Manager. *Asian Nursing research*, 9(2015), 21-27.
- Kirchhof, A. L. C., Magnago, T. S. B. S., Camponogara, S., Griep, R. H., Tavares, J. P., Prestes, F. C. & Paes, L. G (2013). Condições de Trabalho e Características Sócio-Demográficas Relacionadas à Presença de Distúrbios Psíquicos Menores em Trabalhadores de Enfermagem. *Texto Contexto de Enfermagem*, 18(2), 215- 223.
- Kilimnik, Z. M., Bicalho, R. F. S., Oliveira, L. C. V. & Mucci, C. B. M. R. (2012). Análise do Estresse, Fatores de Pressão do Trabalho e Comprometimento com a Carreira: Um Estudo com Médicos de Uma Unidade de Pronto Atendimento de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Revista Gestão e Planejamento*, 12(3), 668-693.
- Knezevic, J. H., Maglica, B. K. & Krapic, N. (2011). Personality, Organizational Stress, and attitudes toward work as prospective predictors of professional burnout in Hospital nurses. *Public Health*, 52, 538-549.
- Koreki, A., Nakagawa, A., Abe, A., Ikeuchi, H., Okubo, J., Oguri, A., et al. (2015). Mental Health of Japanese psychiatrists: the relationship among level of occupational stress, satisfaction and depressive symptoms. *BMC Research Notes*, 8(96), 1-9.
- Kushnir, T., Greenberg, D., Madjar, N., Hadari, I., Yermiahu, Y. & Bachner, Y. G. (2013). Is

burnout associated with referral rates among primary care physicians in community clinics?. *Family Practice*. 31(1), 44-50.

- Larrabee, J. H., Wu, Y., Persily, C. A., Simoni, P. S., Johnston, P. A., Marcischak, T. L., et al. (2010). Influence of Stress on RN Job Satisfaction and Intent to Stay. *Western Journal of Nursing Research*, 32(1), 81-102.
- Leal-Costa, C., Díaz-Agea, J. L., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J & Hofstadt, C. J. V. (2015). Las habilidades de comunicación como fator preventivo del síndrome de Burnout em los profesionales de la salud. *Anales del Sistema Sanitário de Navarra*, 38(2), 213-223.
- Lee, K. J., Forbes, M. L., Lukasiewicz, G. J., Williams, T., Sheets, A., Ficher, K. & Niedner, M. F. (2015) Promoting Staff Resilience in the Pediatric Intensive Care Unit. *American Journal of critical Care*, 24(5), 422-430.
- Leitão, I. M. T. A., Fernandes, A. L. & Ramos, I. C. (2008). Saúde Ocupacional: Analisando os Riscos Relacionados à Equipe de Enfermagem numa Unidade de Terapia Intensiva. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7(4), 476-484.
- Lilimnik, Z. M., Bicalho, R. F. S., Oliveira, L. C. V. & Rocha e Mucci, C. B. M. (2012). Análise do Estresse, Fatores de Pressão do Trabalho e Comprometimento com a Carreira: um estudo com médicos de uma unidade de pronto atendimento de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Revista Gestão e Planejamento*, 12(3), 668-693.
- Lima, G. F., Bianchi, E. R. F. & Kobayashi, R. M. (2012). Caracterização do Estresse de Enfermeiros que atuam em Hospital Especializado em Cardiologia. *Enfermeria Global*, 28, 105-119.
- Lima, M. B., Silva, L. M. S., Almeida, F. C. M., Torres, R. A. M. & Dourado, H. H. M. (2013). Agentes Estressores em Trabalhadores de Enfermagem com Dupla ou mais Jornadas de Trabalho. *Revista de Pesquisa: cuidado é Fundamental Online*, 5(1), 3259-3266.
- Lima, V. R. & Buys, R. (2008). Educação para a morte na formação de profissionais da saúde. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(3), 1-12.
- Lin, H., Weng, S., Lin, H., Hsu, C., Wang, J., Su, S., et al. (2015). Úlcera Péptica em Trabalhadores da Saúde: um estudo de coorte nacional de Base Populacional. *PLOS ONE*, 10(8), 1-6.
- Linch, G. F. C. & Guido, L. A. (2011). Estresse de Enfermeiros em Unidade de Hemodinâmica no Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Gaúcha de enfermagem*, 32(1), 63-71.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para adulto de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2003). *O stress está dentro de você*. São Paulo: Contexto.

- Lipp, M. E. N. (2005). *Relaxamento para Todos. Controle o seu stress*. Campinas: Papyrus.
- Lipp, M. E. N. (2007). Controle do Estresse e Hipertensão Arterial Sistêmica. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 14(2), 89-93.
- Lipp, M. E. N. (2010). *Mecanismos Neurofisiológicos do Stress: Teoria e aplicações Clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lisboa, C., Koller, S. H., Ribas, F. F., Bitencourt, K., Oliveira, L., Porciuncula, L. P. & De Marchi, R. B. (2002). Estratégias de Coping de Crianças Vítimas e Não Vítimas de Violência Doméstica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 345-362.
- Lorenz, V. R., Benatti, M. C. C. & Sabino, M. O. (2010). Burnout e Estresse em Enfermeiros de um Hospital Universitário de Alta Complexidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 1-8.
- Lourenção, L. G., Moscardini, A. C. & Soler, Z. A. S. G. (2010). Saúde e Qualidade de Vida de Médicos Residentes. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(1), 81- 91.
- Lowen, A. (1977). *O Corpo em Terapia: a abordagem bioenergética*. São Paulo: Summus.
- Lowen, A. (1982). *Bioenergética*. São Paulo: Summus.
- Machado, A. P. O. (2009). Resiliência: Conceituação e Discussão. *Revista Virtú – ICH*, 9, 1-12.
- Maia, E. C., Miranda, M. C., Caetano, J. A., Carvalho, Z. M. F., Santos, M. C. L. & Caldini, L. N. (2012). Avaliação do Nível de Estresse de Equipe de Enfermagem de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Revista Pesquisa: cuidado é Fundamental Online*, 4(4), 3060-3068.
- Maissiat, G. S., Lautert, L., Pai, D. D. & Tavares, J. P. (2015). Contexto de Trabalho, Prazer e Sofrimento na Atenção Básica em Saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 36(2), 42-49.
- Maluf Jr., N. (2000). *Reich: o corpo e a clínica*. São Paulo: Summus.
- Martins, E. & Szymanski, H. (2004). A Abordagem Ecológica de Urie Brofenbrenner em Estudos com Famílias. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 4(1), 63-77.
- Matos, I. B., Toassi, R. F. C. & Oliveira, M. C. (2013). Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. *Athenea Digital*, 13(2), 239- 244.
- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbaum, B. & Moss, M. (2011). The Presence of Resilience is associated With a Healthier Psychological profile in ICU Nurses: Results of a National Survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 292-299.
- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B. & Moss, M. (2014). Feasibility and Acceptability of a Resilience Training Program for Intensive Care Unit Nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(6), e97-e105.

- Meleiro, A. M. A. S. (1998). Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44(2), 135-140.
- Melillo, A., Ojeda, E. N. S. & Cols. (2005). *Resiliência: descobrindo as próprias fortaleza* (V. Campos, trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Mendes, S. S., Ferreira, L. R. C. & De Martinho, M. M. F. (2011). Identificação dos Níveis de Stress em Equipe de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel. *Estudos de Psicologia*, 28(2), 199-208.
- Minayo, M.C.S. & Sanches, O. (1993). Quantitative and Qualitative Methods: opposition or complementarity? *Caderno De Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9 (3), 239-262.
- Minayo, M.C.S. & Minayo-Gómez, C. (2003). Dífceis e Possíveis Relações entre Métodos Quantitativos e Qualitativos nos Estudos de Problemas da Saúde in org. Goldenberg, F. (2003) *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Minayo, M.C.S., Assis, S.G. & Souza, E.R. (2005). *Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programa sociais*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Minello, I. F. & Birrer, J. A. (2012). Da Adversidade À Reflexão: O Comportamento Resiliente de Multiprofissionais da Saúde. *Revista da Administração da UFSM*, 5(2), 354-372.
- Miranda, H., Gore, R. J., Boyer, J., Nobrega, S. & Punnet, L. (2015). Health Behavior and Overweight in Nursing Home Employees: Contribution of Workplace Stressor and Implications for Worksite Health Promotion. *The Scientific World Journal*, 2015, 1-10.
- Msaouel, P., Keramaris, N. C., Tasoulis, A., Kolokythas, D., Syrmos, N., Pararas, N., Thireos, N. & Lionis, C. (2010). Burnout and Training satisfaction of medical residentes in Greece: will the European Work Time Directive Make a Difference?. *Human Resource for Health*, 8(16), 1-11.
- Mogentale, A. P. & Vizzoto, M. M. (2011). Estresse e Reajustamento Social em Auxiliares de Enfermagem. *Psicólogo inFormação*, 15(15), 83-98.
- Molina, O. F. (1996). *Estresse no Cotidiano*. São Paulo: Pancast.
- Moraes, C.R.B. & Fadel, B. (2008). Perspectivas Metodológicas para o estudo da gestão da informação em ambientes informacionais das organizações. *Ibersid*. 33-41. ISSN 1888 – 0967.
- Moreira, A. P., Patrizzi, L. J., Accioly, M. F., Shimano, S. G. N. & Walsh, I. A. P. (2016). Avaliação da qualidade de vida, sono e Síndrome de Burnout dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde. *Revista USP*, 49(5), 393-402.
- Montanholi, L. L., Tavares, D. M. S. & Oliveira, G. R. (2006). Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 661- 665.
- Monteiro, J. K., Oliveira, A. L. L., Ribeiro, C. S., Grisa, G. H. & Agostini, N. (2013).

Adoecimento Psíquico de Trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 33(2), 366-379.

- Nascimento, P. D. (2012). Análise Bioenergética do Sofrimento orgânico: diagnóstico e eficácia do tratamento. Tese de doutorado em Psicologia Clínica. PUC de São Paulo, São Paulo.
- Nascimento, D. D. G. & Oliveira, M. A. C. (2010). Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde de Família. *Saúde Sociedade de São Paulo*, 19(4), 814- 827.
- Negromonte, M. R. O. & Araújo, T. C. C. F. (2011). Impacto do Manejo clínico da dor: avaliação de estresse e enfrentamento entre profissionais de Saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), 1-7.
- Nogueira-Martins, L. A. & Jorge, M. R. (1998). Natureza e Magnitude do Estresse na Residência Médica. *Revista Assistência Médica Brasileira*, 44(1), 28-34.
- Nogueira-Martins, L. A. (2003). Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 1(1), 56- 68.
- Nogueira-Martins, L. A. (2010). Qualidade de Vida dos Médicos Residentes: Revisão de Estudos Brasileiros. *Cadernos ABEM*, 6, 12-18.
- Nogueira, T. V., Barros, T. A. V. & Pinto, F. R. (2013). Resiliência dos Profissionais da Saúde. *SIMPOI ANAIS 2013*, 1-14.
- Nogueira-Martins, L. A. (1998). Residência Médica: estresse e crescimento. *Psychiatry Online Brasil*, 3(10), 1-7.
- Nogueira-Martins, L. A. & Jorge, M. R. (1998). Natureza e Magnitude do Estresse na Residência Médica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44(1), 28-34.
- Ogundipe, O. A., Olagunju, A. T., Lasebikan, V. O. & Coker, A. O. (2014). Burnout Among doctors in residency training in a tertiary hospital. *Asian Journal of Psychiatry*, 10, 27-32.
- Olivares-Faúndez, V. E., Gil-Monte, P. R., Mena, L., Jélvez-Wilke, C. & Ferraz, H. F. (2014). Burnout Y su relación com la ambigüedad, conflicto de rol y absentismo laboral em trabajadores de la salud. *Terapia Psicológica*, 32(2), 1-11.

- Oliveira, M. A., Reis, V. L., Zanelato, L. S. & Neme, C. M. B. (2008). Resiliência: Análise das Publicações no Período de 2000 a 2006. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 28(4), 754-767.
- Panunto, M. R. & Guirardello, E. B. (2013). Ambiente da Prática Profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(3), 1-8.
- Pasquali, L., Gouveia, V. V., Andriola, W. B., Miranda, F. J. & Ramos, A. L. M. (1996). *QSG Questionário de Saúde Geral de Goldberg*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pereira, C. A., Miranda, L. C. S. & Passos, J. P. (2009). O Estresse Ocupacional da Equipe de Enfermagem em Setor Fechado. *Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental Online*, 1(2), 196-202.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N. & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e Proteção: Em Busca de Um Equilíbrio Promotor de Resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143.
- Pitiá, A. C. A. (2002). Acompanhamento Terapêutico sob o enfoque da psicoterapia corporal: uma clínica em construção. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Pitiá, A. C. A. (2006). Um olhar sobre o acompanhamento pelo conceito reichiano de autorregulação social. *Psichê*, 18, 141-150
- Preciado-Serrano, M. L. & Vásquez-Goni, J. M. (2010). Perfil de Estrés y Síndrome de Burnout em estudantes mexicanos de odontologia de uma Universidade Pública. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 48(1), 11-19.
- Poletto, M. & Koller, S. H. (2008). Contextos Ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 405-416.
- Poupart, J. et al. (2008) *A Pesquisa qualitativa – enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Rasch, S. S., & S. S., & Garcia, M. L. T. (2004). O corpo e a droga: o grupode movimento como estratégia de redução de danos para usuários de drogas. Em: *Convenção Brasil Latino América, Congresso Brasileiro e encontro Paranaense de Psicoterapias Corporais*. Centro Reichiano, Foz do Iguaçu.
- Rieder, K., Faedi, J. & Elke, R. (2012). Work Stressors and Resources in Swiss Orthopaedic Clinic and Their Relationship With employees' Health and the Patients' Orientation of employees. *Swiss medical Weekly*, 142, 1-10.
- Rio, R. P. (1995). O fascínio do stress. Belo Horizonte: Del Rey.
- Rissardo, M. P. & Gasparino, R. C. (2013). Exaustão Emocional em Enfermeiros de um Hospital Público. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17(1), 128-132.

- Rodrigues, R. T. S., Barbosa, G. S. & Chiavone, P. A. (2013). Personalidade e Resiliência como Proteção contra o Burnout em Médicos Residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(2), 245-253.
- Rodrigues, A. S. & Gonze, G. G. (2013). O Projeto da Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto: novas Perspectivas. Em M. S. T. Filgueiras, G. G. Gonze & R. A. N. D. Villela (Orgs.), *Residência em Psicologia: Novos Contextos e Desafios para a Formação em Saúde* (p.29-43). Petrópolis: Editora Vozes.
- Rodrigues, A. L. & França, A. C. L. (2010). Uma Perspectiva Psicossocial em Psicossomática via Estresse e Trabalho. In Mello Filho, J. & Burd, M. *Psicossomática Hoje*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rooke, M. I. (2015). Aspectos conceituais e metodológicos da resiliência psicológica: uma análise da produção científica brasileira. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(2), 671-687.
- Rosa, S. D. & Lopes, R. E. (2010). Residência Multiprofissional em Saúde e Pós- Graduação *Lato Sensu* no Brasil: Apontamentos Históricos. *Trabalhos em Educação e Saúde*, 7(3), 479-498.
- Rushton, C. H., Batcheller, J., Schroeder, K. & Donohue, P. (2015). Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings. *American Journal of Critical Care*. 24(5), 412-420.
- Salles, A., Cohen, G. L. & Mueller, C. M. (2014). The Relationship between grit and Resident well-being. *The American Journal of Surgery*, 207,251-254.
- Salyers, M. P., Hudson, C., Morse, G., Rollins, A. L., Monroe-De Vita, M., Wilson, C. & Freeland, L. (2011). Respirar: um estudo piloto de um retiro de um dia para reduzir Burnout em profissionais de saúde. *Psychiatric Service*, 62(2), 214-217.
- Sanfay, H., Fromson, J. A., Mellinger, J., Rakinic, J., Willians, M. & Willians, B. (2015). Residents in distress: an exploration of assistance-seeking and reporting behaviors. *The American Journal of Surgery*, 210,678-684.
- Sangi-Haghpeycar, H., Ambani, D. S. & Carson, S. A. (2009). Stress, Workload, Sexual Well-being and Quality of Life among Physicians residents in training. *The International Journal of Clinical Practice*, 63(3), 462-467.
- Santana, L. L., Miranda, F. M. D., Karino, M. E., Baptista, P. C. P., Felli, V. E. A. & Sarquis, L. M. M. (2015). Cargas e Desgastes de Trabalho Vivenciados entre Trabalhadores de Saúde em um Hospital de Ensino. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 94(1), 64-70.
- Santos, A. M. & Castro, J. J. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, 4(XVI), 675-690.
- Santos, A. F. O. & Cardoso, C. L. (2010). Profissionais da Saúde Mental: Estresse, Enfrentamento e Qualidade de Vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 543- 548.

- Santos, R. A. & Moreira, M. C. N. (2014). Resiliência e Morte: o profissional de enfermagem frente ao cuidado de crianças e adolescentes no processo de finitude da vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12), 4869-4878.
- Sardá Jr., J. J., Legal, E. J. & Jablonski Jr., S. J. (2004). *Estresse: conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Schneider, S., Kingsolver, K. & Rosdahl, J. (2014). Physician Coaching To Enhance Well-being: A Qualitative Analysis of a Pilot Intervention. *EXPLORE*, 10(6), 372- 379.
- Seaward, B. L. (2009). *Stress – aprenda a lidar com as tensões do dia-a-dia e melhore sua qualidade de vida*. Trad. Maria da Graça da Silva. São Paulo: Editora Novo Conceito.
- Sel, M. (2004). Aquecendo o coração grounding e emoção. Em: *Convenção Brasil Latino América, Congresso Brasileiro e encontro Paranaense de Psicoterapias Corporais*. Centro Reichiano, Foz do Iguaçu.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw Hill.
- Severino, A.J. (2007). *Metodologia do Trabalho Científico – 23 edição revisada e atualizada – São Paulo: Cortez*.
- Shanafelt, T. D., Gradishar, W. J., Kosty, M., Satele, D., Chew, H., Horn, L., et al. (2014). Burnout and Career Satisfaction Among US Oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, 32(7), 678-686.
- Silva, M. C. M. & Gomes, A. R. S. (2009). Stress Ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*. 14(3), 239-248.
- Silva, M. R. M. S. & Mendonça, H. (2013). (In)Satisfação dos Valores Laborais e Estresse: Análise de um modelo Moderacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(1), 41-49.
- Shi, M., Liu, L., Wang, Z. Y. & Wang, L. (2015). The Mediating Role of Resilience in the Relationship Between Big Five Personality and Anxiety among Chinese Medical Students: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*, 10(3), 1-8.
- Shoorideh, F. A., Ashktorab, T., Yaghmaei, F. & Majd, H. A. (2015). Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nursing etics*, 22(1), 64-76.
- Silva, M. C. M. & Gomes, A. R. S. (2009). Stress Ocupacional em Profissionais da Saúde: um estudo com médicos e enfermeiro portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248.
- Silva, J. M. & Caldeira, A. P. (2010). Modelo Assistencial e Indicadores de Qualidade da Assistência: Percepção dos Profissionais da Atenção Primária. *Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro*, 26(6), 1187-1193.
- Silva, A. M. B., & Enumo, S. R. F. (2014). Estresse, auto-regulação e estratégias de enfrentamento. Em: *Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro, Convenção Brasil-Latino América de psicoterapias corporais, XIX, XI, III*, Centro Reichiano, Curitiba.

- Silva, G. C. C., Souza, E. G., Nogueira-Martins, L. A., Buys, R. C., Santos, A. A. S. M. D. & Koch, H. A. (2011). A Importância do Apoio Psicológico ao Médico Residente e Especializando em Radiologia e Diagnóstico por Imagem. *Radiologia Brasileira*, 44(2), 81-84.
- Silva, M. R. M. S. & Mendonça, H. (2013). (In)Satisfação dos Valores Laborais e Estresse: Análise de um Modelo Moderacional. *Psicologia Teoria e Pesquisa*. 29(1), 41-49.
- Silva, R. M., Goulart, T. G., Lopes, L. F. D., Serrano, P. M. & Guido, L. A. (2014). Estresse e Hardiness entre Residentes Multiprofissionais de uma Universidade Pública. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 4(1),87-96.
- Silva, A. M. & Guimarães, L. A. M. (2016). Estresse Ocupacional e Qualidade de Vida em Profissionais de Enfermagem. *Paidéia*, 23(63), 1-10.
- Silveira, M. M., Stumm, E. M. F. & Kirchner, R. M. (2009). Estressores e Coping: enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(4), 894-903.
- Silveira, L. M. C. & Afonso, D. H. (2012). Relação Preceptor Residente: aspectos pedagógicos. *Revista Hospital Universitário Pedro Hernesto*, 11(1), 97-101.
- Simonetti, S. H., Dedini, M. F. A., Bianchi, E. R. F. & Kobayashi, R. M. (2013). Avaliação do Estresse de Enfermeiros assistenciais no ensino à distância. *Journal of Health Informatics*, 5(3), 86-90.
- Siril, H., Hirschhorn, L. R., Hawkins, C., Garcia, M. E., Li, M. S., Ismail, S., Mdingi, S. G., Chalamilla, G., Fawsi, W. & Kaaya, S. (2011). Stress, Motivation, and Professional Satisfaction Among Health Workers in Hiv Care and Treatment Centers in Urban Tanzania: a Cross Sectional Study. *East Afr J Public Health*, 8(1), 17-24.
- Sliwinski, Z., Starczynska, M., Kotela, I, Kowalski, T., Krysz-Noszczyk, K., Lietz-Kijak, D., et al. (2014). Life Satisfaction and Risk of Burnout Among Men and Women Working as Physiotherapist. *International Journal of Occupational Medicine and Enviromental Health*. 27(3), 400-412.
- Soares, R. S. (2012). Estresse e Demais Fatores de Risco para Hipertensão Arterial Entre Profissionais Militares da Área de Enfeermagem. *Revista Pesquisa: cuidado é Fundamental Online*, 45-48.
- Souza, M. D. (2004). Grupo de movimento: uma abordagem criativa para a terceira idade. Em: *Convenção Brasil Latino América, Congresso Brasileiro e encontro Paranaense de Psicoterapias Corporais*. Centro Reichiano, Foz do Iguaçu.
- Sousa, V. F. S. & Araújo, C. C. F. (2015). Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais da Saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 35(3), 900-915.
- Souza, M. T. S. & Ceverny, C. M. O. (2006). Resiliência Psicológica: Revisão da Literatura e Análise da Produção Científica. *Revista Interamericana de Psicologia*, 40(1), 119-126.

- Stacciarini, J. M. R. & Tróccoli, B. T. (2001). O Estresse na Atividade Ocupacional do Enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(2), 17-25.
- Sposito, F. V. (2008) *Psicoterapia corporal com crianças*. Monografia. Centro Reichiano, Curitiba.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Trad. Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed.
- Taboada, N. G., Legal, E. J. & Machado, N. (2006). Resiliência: em busca de um conceito. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16(3), 104-113.
- Taets, G. G. C., Borba- Pinheiro, C. J., Figueiredo, N. M. A. & Dantas, E. H. M. (2013). Impacto de um Programa de Musicoterapia sobre o Nível de Estresse de Profissionais de Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(3), 385-390.
- Thon, B. M. (2012). Consciência Corporal e autoregulação: um caminho para libertação. Disponível em: www.centroreichiano.com.br/artigos.htm.
- Torres, O. Y., Areste, M. E., Mora, J. R. M. & Soler-González, J. (2015). Associação entre sick leave práticas de prescrição e Burnout Médico e Empatia. *PLOS ONE*, 10(7), 1-7.
- Trindade, L. L., Lautert, L & Beck, C. L. C. (2009). Mecanismos de Enfrentamento Utilizados por Trabalhadores Esgotados e não Esgotados da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(5), 1-7.
- Umann, J., Guido, L. A. & Silva, R. M. (2014). Estresse, *Coping* e Presenteísmo em Enfermeiros que Assistem Pacientes Críticos e Potencialmente Críticos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(5), 891-898.
- Velho, M. T. A. C., Haeffner, L. B., Santos, F. G., Silva, L. C. & Weinmann, A. R. M. (2012). Residência Médica em um Hospital Universitário: a visão dos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(3), 351-357.
- Vesel, L., Waller, K., Dowden, J. & Fotso, J. C. (2015). Psychosocial support and Resilience Building Among Health Workers in Sierra Leone: Interrelations Between Coping Skills, Stress Levels and Interpersonal Relationships. *BCM Health Services Research*, 15(1), 1-8.
- Vieira, L. M., Sgavioli, C. A. P. P., Simonato, E. M. R. S., Inoue, E. S. Y., Heubel, M. T. C. D., Conti, M. H. S. D. & Saes, S. O. (2016). Formação Profissional e Integração com a Rede Básica de Saúde. *Trabalhos de Educação e Saúde*, 14(1), 293- 304.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Volpi, J. H. & Volpi, S. M. (2009). Dinâmicas da Psicologia Corporal aplicada a grupos. Curitiba: Centro Reichiano.

- Zis, P., Anagnostopoulos, F. & Sykioti, P. (2014). Burnout in Medical Residents: A Study Based on the Job Demands-Resources Model. *The Scientific World Journal*, 2014, 1-10.
- Wang, Y., Chang, Y., Fu, J. & Wang, L. (2012). Work-family conflict and burnout among Chinese female nurses: The mediating effect of psychological capital. *BMC Public Health*, 12, 1-8.
- Weigand, O. (2006). *Grounding e autonomia: a terapia corporal bioenergética*. São Paulo: Edições e Produções Person.
- Whitemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 52(5), 546-553.

Anexos

Anexos I

**Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa
Universidade Católica de Goiás**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa sobre: **O Manejo do Estresse como Fator de Resiliência: um Estudo da Movimentação Consciente do Corpo – Estudo I e Estudo II**. Após ler a descrição da pesquisa, se você aceitar participar, assine no final deste documento em duas cópias. Uma cópia é sua e a outra é do pesquisador responsável. Caso você não queira participar não haverá nenhuma consequência e agradecemos a sua atenção.

A pesquisa tem como objetivo principal: Estudo I - identificar, descrever e analisar o processo de estresse e residentes multiprofissionais da saúde e Estudo II - avaliar se a movimentação consciente do corpo é capaz de reduzir o estresse e de propiciar mais vitalidade para os mesmos. A pesquisadora responsável pela pesquisa é a psicóloga Valéria Moraes Katopodis - Fone: 62 41090075.

Você fará parte de uma entrevista que colherá mais informações sobre si mesmo e os tipos de situações que causam estresse em sua vida e como você lida com elas. Em seguida responderá a uma questionário chamado QSG – Questionário de Saúde Geral, um Inventário de reações Fisiológicas – EBEL e ao ISSL de Lipp para adultos. Juntos, estes três instrumentos vão mostrar o seu nível de estresse, seus sintomas físicos e psicológicos e se os mesmos seriam causados pela sobrecarga de trabalho e outras tensões do dia-a-dia.

Se o resultado desses testes combinarem com o que pretende a pesquisa, você será

convidado para o Estudo II, que é a próxima etapa. Caso não combine, a pesquisadora lhe explicará o porquê da sua não continuidade na pesquisa.

Caso você seja selecionado aceite participar do Estudo II, participará de três coletas de cortisol sérico (a primeira antes da intervenção, a segunda após a sexta sessão e a última no final da intervenção), de doze sessões de Movimentação Consciente do Corpo e responderá, ao final da intervenção ao Inventário de Reações Fisiológicas – EBEL, ISSL de Lipp para adultos e ao QSG – Questionário de Saúde Geral. A movimentação consciente do corpo visa desbloquear as tensões, liberar a sua respiração, aumentar a sua expressividade e autoconfiança. Serão doze sessões de exercícios com 2 horas de duração cada uma e que ocorrerão uma vez por semana. As sessões serão compostas de três momentos: na primeira hora serão executados os exercícios de movimentação consciente, na segunda hora serão feitos os exercícios mais específicos para as tensões corporais que estejam relacionadas com o quadro de estresse de cada participante e na terceira hora será o momento para compartilhar as experiências o que vai ajudá-lo na tomada de consciência de suas sensações, pensamentos e lembranças.

Normalmente as pessoas não relatam nenhum tipo de sofrimento, constrangimento ou dor por participarem das atividades propostas nesta pesquisa. De qualquer forma você tem o direito de indenização nas formas da lei caso venha a sentir-se, de alguma forma prejudicado pela sua participação na pesquisa. Você também pode desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo por isso. Caso precise de informações sobre seus direitos, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFG pelo telefone: 62 32698338 e 62 32698426.

Como benefício da sua participação nessa pesquisa, podemos citar uma maior consciência do seu nível de estresse e de como ele está interferindo no seu bem-estar. A qualquer momento você poderá esclarecer suas dúvidas acerca dos procedimentos, riscos,

benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa com a pesquisadora. Sua participação na pesquisa é confidencial e seu nome não aparecerá em momento algum e nem qualquer outra informação que possa identificá-lo como participante da mesma. Depois que a pesquisa terminar, os dados coletados serão guardados em lugar seguro, por cinco anos, e depois desse período serão destruídos. As informações dadas por você não serão utilizadas para nenhuma outra pesquisa sem o seu consentimento.

Eu _____, RGnº _____

acredito ter sido suficiente informado a minha participação na pesquisa “**O Manejo do Estresse como Fator de Resiliência: um Estudo da Movimentação Consciente do Corpo.**” Discuti com o Sra. Valéria Moraes Katopodis sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo, sem remuneração, e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Nome: _____

Endereço: _____

e-mail: _____

RG: _____

Fone: () _____ celular: () _____

Data ____ / ____ / ____

Assinatura do participante

Testemunha

Anexo II

Questionário Sócio Demográfico e Dados Clínicos

Nome: _____
Sexo: () masculino () Feminino Tempo de formado: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____
Cep: _____ CI: _____
Procedência: _____
Fone: _____ Data de Nasc: ____/____/____
Fone celular: _____ Fone comerc: _____
e-mail: _____
Est. Civil: _____ Profissão: _____
Você toma algum remédio? () Sim () Não
Se sim _____
Já fez algum tipo de cirurgia? () Sim () Não
Se sim _____
Você é alérgico? () Sim () Não
Se sim _____
Você é alérgico a algodão? () Sim () Não
Se sim _____
Tem problema de coração? () Sim () Não
Se sim _____
Tem algum tipo de problema de saúde? () Sim () Não
Se sim _____

Anexo III

REAÇÕES FISIOLÓGICAS DO ESTRESSE					
Faça um círculo em torno do número que melhor representa a frequência de ocorrência dos seguintes sintomas físicos					
Sintomas	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Constantemente
Dores de cabeça (cefaléia) por tensão	1	2	3	4	5
Enxaqueca (cefaléia vascular)	1	2	3	4	5
Dores de estômago	1	2	3	4	5
Aumento na pressão sanguínea	1	2	3	4	5
Mãos frias	1	2	3	4	5
Acidez estomacal	1	2	3	4	5
Respiração rápida e superficial	1	2	3	4	5
Diarréia	1	2	3	4	5
Palpitações	1	2	3	4	5
Mãos trêmulas	1	2	3	4	5
Arrotos	1	2	3	4	5
Gases	1	2	3	4	5
Maior urgência para a micção	1	2	3	4	5
Transpiração nas mãos ou nos pés	1	2	3	4	5
Pele oleosa	1	2	3	4	5
Fadiga / sensação de exaustão	1	2	3	4	5
Respiração ofegante	1	2	3	4	5
Boca seca	1	2	3	4	5
Tremor nas mãos	1	2	3	4	5
Dores lombares	1	2	3	4	5
Rigidez no pescoço	1	2	3	4	5
Mascar chicletes	1	2	3	4	5
Ranger de dentes	1	2	3	4	5
Constipação	1	2	3	4	5
Sensação de aperto no peito/coração	1	2	3	4	5
Tontura	1	2	3	4	5
Náusea / vômito	1	2	3	4	5
Dor menstrual	1	2	3	4	5
Manchas na pele	1	2	3	4	5
Extra-sístoles	1	2	3	4	5
Colite	1	2	3	4	5
Asma	1	2	3	4	5
Indigestão	1	2	3	4	5
Pressão sanguínea alta	1	2	3	4	5
Hiperventilação	1	2	3	4	5
Artrite	1	2	3	4	5
Erupção cutânea	1	2	3	4	5
Bruxismo / dor na mandíbula	1	2	3	4	5
Alergia	1	2	3	4	5
Interpretação:					
40-75: baixos sintomas fisiológicos de resposta ao estresse					
76-100: sintomas moderados de resposta ao estresse					
101-150: altos sintomas fisiológicos de resposta ao estresse					
Mais de 150: sintomas excessivos de resposta ao estresse.					