

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA

**Estresse e Estratégia de Enfrentamento Psicológico de
Residentes Multiprofissionais da Área da Saúde**

Valéria Moraes Katopodis

Goiânia – Goiás

Setembro de 2012

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA

**Estresse e Estratégia de Enfrentamento Psicológico de
Residentes Multiprofissionais da Área da Saúde**

Valéria Moraes Katopodis

Dissertação apresentada ao Mestrado de Psicologia da
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como
Requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia.
Orientador: Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto.

Goiânia – Goiás

Setembro de 2012

Katopodis, Valéria Moraes.

Estresse e Estratégia de Enfrentamento Psicológico de Residentes Multiprofissionais da Área de Saúde [manuscrito] / Valéria Moraes Katopodis. – 2012.

91 f.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Departamento de Psicologia, 2012.

“Orientador: Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto”.

1. Saúde, estresse e corpo na visão Reichiana e da Bioenergética. 2. Método. 3. Resultados e Discussões. 4. Conclusão. 5. Considerações Finais.



Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em
Psicologia

Folha de Avaliação

Valéria Moraes Katopodis

Estresse e Estratégia de Enfrentamento Psicológico de Residentes Multiprofissionais da Área da Saúde

Esta dissertação foi apresentada à Banca como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia do Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Goiânia, Setembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto / PUC-GOIÁS (Presidente da Banca)

Profª. Dra. Vannuzia Leal Andrade Peres / PUC GOIÁS (Membro Interno)

Profª. Dra. Regina Sueli Sousa / UFG (Membro Externo)

Profª. Dra. Renata Pegoraro / PUC GOIÁS (Membro Externo Suplente)

Prof. Dr. Fábio Jesus Miranda / PUC GOIÁS (Membro Interno Suplente)

Agradecimentos

A Deus e aos meus pais, João de Deus e Bartira, pela oportunidade da vida, pelo cuidado amoroso e pelo incansável apoio.

Ao meu marido, pelo companheirismo, cumplicidade e amorosidade que temos vivido sempre.

Aos meus filhos, por me apoiarem, incentivarem e acompanharem nos meus sonhos.

Ao meu orientador, pelo apoio, dedicação e pela generosidade de abrir o espaço para incluir a psicoterapia corporal nesse projeto.

Aos meus irmãos, sempre incentivadores do meu crescimento.

Àqueles que participaram dividindo comigo o seu conhecimento sempre possibilitando a melhoria desse projeto: Dimas Calegari, Marize Eterna Nunes.

Às participantes, pelo envolvimento e disponibilidade em contribuir.

A todos cujo convívio e troca de experiências possibilitaram a conclusão desse estudo.

Resumo

Este estudo objetivou avaliar o estresse de residentes multiprofissionais de saúde, de um hospital universitário, em Goiânia. Dez residentes do sexo feminino, do segundo ano (R2), foram avaliadas, individualmente e em local previamente preparado, por meio do Questionário de Saúde Geral de Goldberg – QSG, do ISSL de Lipp e Inventário de Reações Fisiológicas de Estresse Ebel (validados para o Brasil), durante o segundo semestre de 2011. Verificou-se que as reações fisiológicas ao estresse encontravam-se num nível alto (N=4), seguido pelos níveis moderado (N=3) e baixo (N=2). A dosagem de cortisol salivar mostrou-se na normalidade e a leitura corporal indicou encorajamento diafragmático sugestivo de estresse. A qualidade de vida mostrou-se comprometida, principalmente, por apresentarem indicadores de estresse, sendo que duas árticipantes estavam na fase de exaustão. Conclui-se pela necessidade de um programa de enfrentamento ao estresse, orientado pelas técnicas de psicoterapia corporal.

Palavras-chave: estresse, residência multiprofissional, psicologia da saúde, psicoterapia corporal, estratégias de enfrentamento psicológico.

Abstract

This study aims at analyzing the impact of stress in health multiprofessionals residents life in an university hospital in Goiânia. Ten female residents, from the second year (R2), were evaluated, individually and in a previously organized place, by Goldberg General Health Questionnaire - QSG, from ISSL of Lipp and an Ebel Stress Physiologic Reaction Inventory (validated for Brazil), during the second semester of 2011. It was verified that the physiologic reactions to stress were in a high level (N=4), followed by a moderate level (N=3) and a low level (N=2). The salivary cortisol dose showed a level of normalcy and the body reading indicated a diaphragmatic armoring that suggests stress. Life quality showed to be compromised, specially, for showing stress indicators and two being in an exhaustion stage. In conclusion we see the need for a stress coping program oriented by body psychology techniques.

Keywords: stress, multiprofessional residence, health psychology, body psychotherapy, psychological coping strategies.

Sumário

Apresentação	8
Introdução	10
Capítulo I – Saúde, estresse e corpo na visão Reichiana e da Bioenergética.	20
Capítulo II – Método	51
Capítulo III - Resultados e discussões.....	57
Conclusão	72
Considerações Finais	73
Referências	75
Anexo I	81
Anexo II	85
Anexo III	86
Anexo IV	88
Anexo V	89

Apresentação

O estresse e seus efeitos na saúde física e emocional têm sido um dos assuntos mais discutidos e estudados da atualidade. As doenças de estilo de vida como as coronarianas e o câncer oneram o Sistema Único de Saúde e mostram que cada vez mais as pessoas demonstram que suas habilidades de enfrentamento estão vulneráveis a uma série de mudanças e pela velocidade com que elas acontecem tanto no pessoal como no social.

Desde a graduação em Psicologia e da especialização em Psicologia Transpessoal com Abordagem Corporal, foi possível observar como o estresse fica registrado corporalmente, gerando contrações e diminuindo a vitalidade do corpo e de como o trabalho corporal, com base na Movimentação Consciente do Corpo, ajuda a liberar tais tensões, aumentando a vitalidade e o bem-estar da pessoa.

Foi a partir dessas observações que se iniciou a elaboração de um método que possibilitasse a verificação científica dos efeitos do estresse no corpo e de como a Movimentação Consciente do Corpo seria eficaz no enfrentamento do estresse aumentando a resiliência na pessoa. Muitos são os estudos relacionando estresse e seus efeitos, no entanto são poucos os estudos que relacionam a psicologia com abordagem corporal, estresse e estratégias de enfrentamento ou *coping*.

Este estudo, “Estresse e Estratégias de Enfrentamento Psicológico de Residentes Multiprofissionais da Área da Saúde” especificamente, é parte de um projeto maior denominado “Estresse, Terapia Corporal e Resiliência de Residentes Multiprofissionais da Área de Saúde” que foi registrado no Comitê de Ética de Pesquisa do Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Goiás, sob o nº 100/2010 e que tem por objetivo avaliar o impacto da Movimentação Consciente do Corpo sobre o estresse e o processo de resiliência de profissionais da área da saúde.

O objetivo do estudo “Estresse e Estratégias de Enfrentamento Psicológico de Residentes Multiprofissionais da Área da Saúde” é identificar, descrever e analisar, à luz da Teoria Corporal, o processo de estresse em residentes multiprofissionais da área de saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

Este estudo foi constituído por uma Introdução, que apresenta o problema de pesquisa e a justificativa, seguida de uma revisão bibliográfica que se inicia com a psicanálise Reichiana, relacionando tensão muscular e resistência psíquica. Segue a revisão da literatura da bioenergética, sobretudo no que se refere a aspectos da intervenção clínica, e estudos sobre estresse e sua relação com a qualidade de vida. Tal revisão constitui o capítulo I denominado “Saúde, estresse e corpo na visão Reichiana e da Bioenergética”.

No capítulo II, apresenta-se o Método, destacando-se os referenciais metodológicos, o tipo de estudo, a definição dos participantes com os critérios de inclusão e de exclusão, a definição dos instrumentos e do procedimento.

O terceiro e último capítulo, denominado “Resultados e discussões“, mostra todos os resultados, análises e interpretações dos mesmos.

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

Introdução

O ser humano tem estudado, segundo Wilber (2001), o conceito de saúde e de doença e a relação mente-corpo desde a antiguidade. Na busca de compreender o seu desenvolvimento, o homem criou paradigmas na tentativa de encontrar explicações para a sua realidade por meio dos modelos de compreensão da mesma que tinha a seu dispor. Os modelos têm características próprias como produção econômica, forma de tecnologia, visão moral, tipo de religiões e visões de homem. A partir do desenvolvimento das suas capacidades cognitivas, o homem vê a si e às coisas de forma diferente. Esses diferentes olhares são os paradigmas.

Segundo Castro (2006), a ciência médica está passando por uma troca lenta de paradigma. O conceito de saúde e doença tem se modificado no decorrer da história, sofrendo influência desses paradigmas, sempre buscando superar as deficiências do paradigma anterior. Há 16.000 anos, a cura das doenças era feita pelo xamã, que era um mediador entre as forças cósmicas e o doente. De 2600 a 323 a. C., a doença era aceita como um castigo e para compreendê-la era necessário descobrir o pecado cometido pelo doente. Na Grécia antiga, a medicina começou a ser encarada de maneira diferente, ou seja, na observação do doente. Com a prática da dissecação de animais, iniciou-se o conhecimento de anatomia, que mais tarde, foi autorizada para ser praticada em humanos.

Segundo Hypócrates de Cós (460 a.C.-377 a.C.), grego considerado “Pai da medicina”, o indivíduo estava enfermo quando acontecia um estado de desequilíbrio entre os quatro fluidos, ou humores, que existiam no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue, o ambiente e sua alimentação. A medicina hipocrática dava ênfase às forças naturais da pessoa, pois esta tinha papel formativo, construtivo e curativo para o indivíduo restabelecendo os ritmos e equilíbrios próprios da saúde. O médico era um auxiliar da

natureza, pois apenas essa podia trazer a cura através do restabelecimento da perfeita proporção entre os quatro humores. Defendeu a importância da relação médico-paciente no processo de cura. Para ele a função principal do médico era identificar o comportamento global do indivíduo, sua hereditariedade e interferência que sofria do ambiente. A partir dessa compreensão de como a doença evoluía ele poderia interferir para restabelecer a saúde. Defendia uma medicina humanizada. Na mesma época, em Cnide, cidade grega ao norte da Ilha de Rodes, outra forma de medicina era praticada. Muito parecida com o modelo biomédico atual, essa medicina baseava seus estudos na doença em si, priorizando o diagnóstico das lesões e dos órgãos perturbados (Reis, 1998).

Na idade média, a doença era ligada ao pecado e o corpo era considerado o autor desse pecado, ao contrário da alma que era sede da racionalidade e da espiritualidade. Andreas Vesalius (1514-1564), segundo Reis (1998), através de suas observações na tarefa da dissecação humana, percebeu que a anatomia proposta por Galeno (129-217) continha muitos erros e propôs, então, a observação direta como metodologia para a medicina.

De acordo com Castro (2006), foi a partir de Descartes e das ciências naturais que se deu a separação total entre mente e corpo. No paradigma denominado mecanicista, a mente passou a ser objeto de estudo da religião e da filosofia e o corpo a ser objeto de estudo da medicina. O paradigma mecanicista, também chamado de modelo reducionista, considerou o universo como uma máquina passível de ser reduzida em suas partes. Concentrou-se nos sintomas de disfunção sendo os médicos preparados para reparar essas disfunções com drogas ou cirurgias, tirando do paciente a responsabilidade de cura (Seaward, 2009).

Pasteur (1822-1895), que corroborava com o pensamento do modelo reducionista, acreditava que saúde ou doença não era resultado da integridade do sistema imune, mas da

força do micróbio invasor. A Teoria dos Germes abriu o caminho para a descoberta dos antibióticos, vacinas e para a força que a indústria farmacêutica tem atualmente. Claude Bernard (1813-1878), fisiologista francês, discordava de Pasteur na idéia de que os micróbios eram a causa da morte iminente. Segundo ele não eram os germes que causavam a doença, mas a condição do corpo e seu estado de saúde que destruía o germe ou se deixava ser destruído por ele. Bernard assim como Hipócrates de Cós (460 a.C.-377 a.C.) acreditava que uma vida saudável, incluindo uma nutrição saudável, criava um lugar infértil e inóspito para os germes. Sua teoria foi ignorada e a Teoria dos Germes de Pasteur deu origem a Teoria da Etiologia Específica. Nessa mesma época, Franz Alexander (1891-1964) defendia que havia uma sólida conexão entre estado mental e emocional e que a saúde era uma consequência dessa conexão. Foram quase duas décadas para que a comunidade médica reconhecesse as complicações resultantes dessa conexão (Seaward, 2009).

A Psicologia, de acordo com Testa (2008), tem no seu início grande influência do paradigma mecanicista, e para se firmar como ciência natural objetivou se desligar da religião, passando a conceber o homem como um organismo, priorizando como seu objeto de estudo as estruturas físicas e biológicas e ignorando os eventos psíquicos.

No início do século XX, o paradigma predominante era o positivismo que entendia o seu objeto sob o paradigma das ciências físicas e naturais. As ciências humanas e sociais eram vistas como metafísicas, discursivas e abstratas. Freud inicia a psicanálise, partindo do positivismo, pois concebeu o aparelho psíquico a partir de um modelo termodinâmico, no qual quantidades de energia circulam no interior e no sistema. Apresentou a pulsão como objeto de estudo valendo-se de significantes da biologia como as fases de desenvolvimento da libido. Definiu a pulsão como uma energia de origem orgânica situada na fronteira entre o somático e o psíquico (Oliveira, 2008).

A pesquisa de Freud, no entanto, difere do comportamentalismo americano e se orienta para o estudo do caráter oculto do conflito no desenvolvimento da patologia. Para isso, elaborou uma metodologia interpretativa para a construção do conhecimento. Assim, desenvolveu uma metodologia implícita diferente da sustentada pelo positivismo. Essa forma de produção qualitativa do conhecimento, com base no caráter interpretativo, tem o sujeito como produtor do conhecimento (Rey, 2002).

A partir da teoria de Freud, Reich passa a compreender que a teoria psicanalítica das zonas erógenas poderia evoluir para uma perspectiva fundada, também, em uma base fisiológica (Reich, 1990). A Vegetoterapia-caractero-analítica mostra-se uma metodologia com implicações com a qual, Reich, pretendia transformar a condição da sociedade, que para ele, era a responsável por toda repressão da natureza humana e das patologias. A partir da repressão o homem foi perdendo a percepção social do contato com o próprio corpo e com as necessidades ligadas a ele. A vegetoterapia, que teve suas bases biológicas, permitia ao indivíduo a relação e a valoração do mundo por meio de uma visão de homem natural.

Einstein (1879-1955), também no início do século XX introduziu a teoria da relatividade. Segundo a teoria toda matéria é energia que está conectada em nível subatômico, ou seja, nenhuma entidade pode ser afetada sem que todas as partes conectadas sejam afetadas da mesma maneira. A visão de Einstein diferia da visão mecanicista, pois já não compreendia o universo como uma máquina, mas como uma rede viva. Esse entendimento é chamado de Teoria Geral dos Sistemas (Capra, 2006).

De acordo com Dahlke (1983), a medicina ortodoxa perdeu de vista a totalidade do ser humano em consequência da importância dada à especialização. Atualmente, Castro (2006) descreve um retorno à postura holística, destacando como a relação mente-corpo

volta a ser compreendida como uma relação de inseparabilidade e interdependência dos aspectos psicológicos e biológicos. A qualidade do estilo de vida tem interferido na saúde das pessoas sendo o estresse a síndrome de adaptação entre mente e corpo que mais tem afetado a população. Dele derivam as doenças de estilo de vida mostrando que as estratégias de enfrentamento do indivíduo estão cada vez mais vulneráveis à velocidade e à quantidade de mudanças tanto no pessoal como no social.

A medicina atual tem reconhecido, segundo Seaward (2009), a conexão entre estado mental/emocional e a saúde física do indivíduo, atuando tanto como efeito patológico quanto como efeito reparador. O estresse é uma dessas condições que em um determinado momento pode ser considerado como efeito reparador, ajudando o indivíduo a garantir sua sobrevivência e em outro momento, quando se torna crônico, fazer com que esse mesmo indivíduo fique vulnerável e adoça. Outros fatores que contribuem para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo são chamados de fatores de resiliência.

Para Seaward (2009), estudos atuais mostram que o estresse pode ser causa de vários tipos de doenças chamadas de doenças de estilo de vida, pois enfraquece os sistemas fisiológicos do corpo. As principais doenças são as autoimunes. Esses mesmos estudos mostram que o indivíduo com estresse tem habilidades de enfrentamento fracas em virtude da velocidade com que ocorrem as mudanças pessoais, sociais e globais em suas vidas. Isso faz com que todo o sistema de saúde seja colocado em risco e bilhões sejam gastos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com doenças relacionadas com estilo de vida e também com o estresse.

Benedicto (2006) relata que a adaptação aos avanços tecnológicos tem provocado, no indivíduo, um desgaste emocional que pode resultar em sintomas como depressão, ansiedade patológica, pânico, fobia e doenças psicossomáticas. Segundo ele, esse

indivíduo não responde mais à demanda de trabalho, apresentando-se, geralmente, irritável, deprimido e em sofrimento. O estresse é a resposta a esse desgaste, mas também é o caminho para a sua cura.

A partir da consciência de que o organismo não está sendo mais capaz de gerenciar suas demandas internas e externas é que se elabora o conceito de *coping* como sendo os esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelo indivíduo para lidar com as situações estressantes. Ribeiro (2009) traz o conceito de *coping*, ou estratégia de enfrentamento, como uma idéia de resposta do Sistema Nervoso Simpático (luta e fuga) perante situações percebidas como ameaçadoras à segurança física e emocional. Hans Selye, no início do século XX, designava esse mesmo processo de Síndrome de Adaptação Geral e classificava em três fases: alarme, resistência e exaustão. Também, no início do séc. XX, Freud passou a classificar os processos inconscientes utilizados para lidar com ameaças internas ou conflitos, de mecanismos de defesa (Castro,2006).

Antoniazzi (1998) relata que, nesse período, os pesquisadores vinculados à psicologia do ego compreendiam *coping* como relacionado aos mecanismos de defesa sendo a melhor forma de lidar com os conflitos sexuais do indivíduo. Assim, *coping* era entendido como estável, num paradigma que levava em conta saúde *versus* doença.

Com o passar do tempo, Antoniazzi (1998) relata que algumas distinções começaram a ser feitas no sentido de diferenciar mecanismo de defesa e *coping*. A segunda geração de pesquisadores do *coping* passou a classificá-lo como comportamentos mais flexíveis e propositais, adequados à realidade e orientados para o futuro, ao contrário dos mecanismos de defesa que se apresentavam rígidos e inadequados à realidade externa. Dessa maneira *coping* passava a ser determinado por fatores cognitivos e situacionais.

Para Antoniazzi (1998), a terceira geração de pesquisadores do *coping* tem se voltado para a convergência entre *coping* e personalidade. Os traços de personalidade mais estudados são otimismo, auto-estima e locus de controle.

De acordo com Ribeiro (2009), atualmente, os conflitos ameaçadores são denominados de estressores e os mecanismos de defesa são denominados estilos de *coping*, classificados em primários e secundários, podendo ser adaptativos e não-adaptativos.

Antoniazzi (1998) diferencia estratégia de *coping* de estilo de *coping*. Para ela, estilo de *coping* está relacionado à personalidade e estratégia de *coping* está relacionado com ações cognitivas de adaptação aos estressores. São conceitos distintos, porém, observa-se que os estilos de *coping* influenciam as estratégias de *coping*, podendo refletir a tendência que o indivíduo tem de responder às situações de estresse.

Carvalho (2009) ao avaliar a relação entre traços de personalidade e estratégia de enfrentamento psicológico, baseado em Santos (2004), sustenta que:

A percepção de *stress* no sistema nervoso central gera uma resposta que depende das soluções individuais do sujeito. As limitações individuais condicionam o tipo de resposta às ameaças experimentadas (...). Para esse processo de interpretação (*coping*), contribuem vários fatores individuais, entre os quais os traços individuais de personalidade, que afetam grandemente o impacto emocional que as ameaças têm no indivíduo. Daqui resultam vários níveis de relação com estados de doença, em geral, e de doença cardíaca, em particular. Esta modulação de comportamento e das reações em situações muito variadas pode, ainda, afetar a recuperação e o ajustamento social no período após a doença. (Carvalho, 2009, p.24)

O desgaste físico e o sofrimento psíquico, usualmente, interferem no desempenho dos profissionais da área da saúde, o que leva as entidades formadoras a se preocuparem

com o tema. Por exemplo, na tentativa de compreender a vulnerabilidade psicológica de estudantes e médicos inerentes à tarefa médica, a Associação Médica Americana, em 1979, publicou *Beyond Survival – The Challenge of the Impaired Student and Resident Physician*.

Especificamente, a residência na área da saúde, segundo Nogueira-Martins (1998), é uma forma eficiente de capacitação profissional baseada em um treinamento sob supervisão, porém muito criticada na sua natureza estressante referente à sobrecarga assistencial, excessiva carga de trabalho e privação de sono.

O estresse causado pelo sentimento de vulnerabilidade na responsabilidade de cuidar e curar e na sensação de desamparo que o residente tem em relação ao sistema assistencial é classificado, de acordo com Nogueira-Martins (1998), em três categorias: o estresse profissional, o estresse situacional e o estresse pessoal. O primeiro se refere aos processos de profissionalização e desenvolvimento do papel do médico na sociedade como administrar a responsabilidade profissional, lidar com pacientes difíceis, situações problemáticas com pacientes, supervisionar os profissionais mais jovens, gerenciar conhecimento e planejar a carreira. O segundo, o situacional, se refere ao treinamento, privação do sono, fadiga, excessiva carga assistencial, pacientes difíceis, excesso de trabalho administrativo, corpo auxiliar insuficiente, problemas relativos à qualidade de ensino e ao ambiente educacional. A última categoria, o estresse pessoal, se refere às características individuais, sexo, características de personalidade, vulnerabilidades psicológicas, situação socioeconômica, problemas familiares e eventos da vida.

Colford e McPhee (1989, citados por Nogueira-Martins, 1998) classificam os estressores em inerentes aos jovens profissionais (tais como: autonomia, conflito entre trabalho e lazer e relacionamentos afetivos), estressores inerentes à tarefa médica (tais como: responsabilidade profissional, desgaste ligado ao trabalho do médico, pacientes

díficeis e dilemas éticos) e estressores ligados à residência (tais como: a natureza do treinamento, estrutura educacional, estresse peculiar às mulheres e estresse ocupacional). Esses autores (1989) relatam ainda que a partir dessas observações foi elaborado um quadro sindrômico de estresse nos residentes denominado de *The House Officer Stress Syndrome* com as seguintes características: distúrbios cognitivos episódicos, raiva crônica, ceticismo, discórdia familiar, uso abusivo de drogas, depressão, ideação suicida e suicídio. Os fatores etiológicos para essa síndrome são privação de sono, excessiva carga de trabalho, responsabilidade profissional, mudanças frequentes nas condições de trabalho e competição entre residentes.

Em novembro de 2005, a portaria interministerial do Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde do Brasil, nº 2.117, instituiu a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), que tem, também, por objetivo desenvolver estratégias para a construção da multidisciplinaridade, visando atender o preceito constitucional da integralidade na assistência à saúde. Assim, na capital do estado de Goiás, Goiânia, foram criados, no ano de 2010, três programas de RMS nas áreas de Urgências e Emergências, Unidade de Terapia Intensiva e Saúde Materno-Infantil. Os residentes, incluindo os de Psicologia, recebem uma bolsa de estudos de 24 meses, correspondente a cerca de R\$ 2.300,00, tendo que cumprir uma jornada de 60 horas de atividades semanais, distribuídas em atividades teóricas e práticas. O conjunto de atividades tem sido considerado pelos residentes como excessivo e gerador de estresse físico e emocional (Costa Neto & Katopodis, 2012).

Considerando o efeito negativo do estresse contínuo na qualidade de vida de residentes da área de saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, questiona-se: qual a relação entre o tipo de estressor e o caráter dos residentes da área da saúde? Qual a relação entre o estresse psicológico e o fisiológico dos residentes da área de

saúde? Qual a relação entre as estratégias de enfrentamento e o caráter dos residentes da área da saúde?

Sendo assim, o objetivo principal desse estudo é identificar, descrever e analisar o processo de estresse e refletir sobre as contribuições da movimentação consciente do corpo como fator protetor e de resiliência.

Capítulo I – Saúde, estresse e corpo na visão Reichiana e da Bioenergética

“A consciência corporal é o primeiro passo para se reconhecer e reduzir o estresse”

(Davis, Eshelman & McKay, 1996, p. 23)

Para Reich, tudo que acontecia na mente acontecia simultaneamente no corpo e vice-versa, determinando para o indivíduo saúde ou doença. Um corpo sem movimento é um corpo sem vida. O estresse gera tensões corporais que quando crônicas limitam os movimentos, e segundo Reich, provocam perturbações funcionais dando origem ao processo de adoecimento (Navarro, 1995).

Segundo Dahlke (1983), saúde corresponde a um modelo onde funções corporais se desenvolvem de maneira harmoniosa, sendo a doença a perda relativa dessa harmonia. O corpo nunca está só saudável ou só doente. É a partir das informações que a consciência envia para o corpo que o padrão de funcionamento se manifesta. Assim,

O corpo é a apresentação ou o âmbito de concretização da consciência e, conseqüentemente, também de todos os processos e modificações que nela ocorrem. (...) Disso se conclui que se a consciência de uma pessoa se desequilibra, o fato se torna visível e palpável na forma de sintomas corporais. (Dahlke, 1983, p.14).

O sintoma põe em risco o fluxo natural dos processos revelando que não há mais harmonia no sistema, no entanto, ele é um indicador eficaz para auxiliar a pessoa a descobrir o que lhe falta para ser saudável. Só assim é possível ir além de lutar contra a doença, pois o sintoma não é a doença. O sintoma é o indicador do caminho no qual a harmonia pode ser retomada. É a compreensão do que falta para que o sistema volte ao seu equilíbrio perfeito (Dahlke, 1983).

O estresse é uma síndrome constituída por uma variedade de sintomas específicos e não específicos; é uma atitude biológica útil, resultante do esforço adaptativo do indivíduo a uma nova situação na sua vida. Taboada (2006) descreve essa resposta adaptativa como resultado da maneira como a pessoa dá sentido e lida com os eventos próprios e do mundo tornando-os parte de sua configuração subjetiva. Sendo assim, divide o estresse em dois tipos, o saudável e o patológico. O estresse saudável propicia a vitalidade, entusiasmo, otimismo, disposição física, possibilitando que o organismo entre em ação para se adaptar ao agente estressor e garanta a sua sobrevivência. O outro tipo é o estresse patológico, que é resultado de um processo de adaptação prolongado a um estado de alerta, levando o indivíduo ao esgotamento e ao adoecimento. Dessa maneira, a resposta adaptativa vai depender da percepção da situação, interpretação e o sentido a ela atribuído.

O conceito de estresse tem sido utilizado para descrever o nível de tensão para executar ou lidar com algumas tarefas ou atividades. A sociedade ocidental valoriza a alta demanda de trabalho, a produtividade e a competição. Assim, ser estressado, atualmente, é símbolo de status para alguns indivíduos determinando o seu perfil produtivo. Outro conceito distorcido é o de relaxamento. A sociedade ocidental também distorceu esse conceito como um luxo possível para poucos. O “estilo de vida estressado” tem sido determinante no déficit de saúde (Seaward, 2009).

De acordo com Abrahão (2008), os trabalhadores podem ser compreendidos pelo seu perfil produtivo, pelo modelo de gestão e pelo comprometimento com a organização. Para o trabalhador acompanhar o desenvolvimento das novas tecnologias, ele precisa desenvolver novas competências, ou seja, um novo saber, fazer e pensar. Outro importante fator é o modelo de gestão que se baseia no capitalismo, ou seja, na competitividade e no individualismo. Finalmente observa-se o comprometimento com a organização como um ponto vulnerável, pois anteriormente o trabalhador era recompensado pela possibilidade de

uma carreira na instituição. Hoje, esse vínculo é precário, pois a concorrência é que vai determinar o seu sucesso.

O estresse no trabalho resulta do excesso de mobilização exigida ao indivíduo para adaptar-se às demandas como: fatores intrínsecos ao trabalho; jornada e ritmo de trabalho; riscos potenciais à saúde do trabalhador, sobrecarga de trabalho; introdução de novas tecnologias; o papel do indivíduo na organização; inter-relacionamentos; fatores ligados ao progresso da carreira; o clima e a estrutura da organização; a interface do trabalho com os problemas pessoais fora do trabalho. A mobilização vai resultar do compromisso do trabalhador em sofrer e utilizar estratégias de defesa desenvolvidas por ele para lidar com as situações de conflito no trabalho. As estratégias de defesa podem ser coletivas, ou seja, refletem a cooperação entre trabalhadores, ou podem ser individuais, consequência do tipo de organização e das situações particulares vividas pelos mesmos. O trabalho, então, pode favorecer a criação de uma identidade e saúde para o trabalhador ou pode contribuir para que ele sofra e adoça (Abrahão, 2008).

Segundo Cruz, Scherer e Peixoto (2004), os trabalhadores expostos a um grande número de estressores podem apresentar comprometimentos biopsicossociais. Ambientes de trabalho muito dinâmicos exigem sempre uma diversidade de estratégias com o objetivo de facilitar o enfrentamento dos novos desafios. Fatores estressantes com excesso de atividades, longa jornada de trabalho, pressões levam a reações de estresse psicológicas e físicas. A carga de trabalho, que é o conjunto de esforços para atender as exigências da tarefa, no seu aspecto físico, refere-se às exigências de desempenho corporal para realização da tarefa e no seu aspecto mental envolve as condutas cognitivas e afetivas associadas à tomada de decisão. Se o trabalhador é colocado em estado permanente de esforço para dar conta da realidade, entra em sofrimento sendo o estresse, o resultado dessa mobilização.

Na residência multiprofissional, que segundo Nogueira-Martins (1998) é uma forma de capacitação profissional baseada em um treinamento sob supervisão, o estresse é caracterizado pela sobrecarga assistencial, excessiva carga de trabalho e privação de sono, sentimento de vulnerabilidade na responsabilidade de cuidar e curar e na sensação de desamparo que o residente tem em relação ao sistema assistencial. A residência multiprofissional em saúde (RMS) sofre os mesmos problemas. Tal programa foi instituído em novembro de 2005, por meio da portaria interministerial do Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde, n. 2.117, tendo, também, por objetivo desenvolver estratégias para a construção da multidisciplinaridade, visando atender o preceito constitucional da integralidade na assistência à saúde. No programa de RMS segue-se o mesmo modelo de supervisão da residência médica, destacando-se que o conjunto de atividades tem sido considerado pelos residentes como excessivo e gerador de estresse físico e emocional (Costa Neto & Katopodis, 2012).

Selye (1956) foi quem primeiro abordou o tema do estresse, descrevendo a síndrome de adaptação. Seu estudo teve base na dimensão biológica o que contribuiu muito para o desenvolvimento da psicossomática. De acordo esse entendimento do estresse, as respostas de adaptação aos eventos ambientais se dão a partir de um modelo trifásico: a primeira fase é classificada como fase de alarme na qual o organismo se adapta entrando em alerta para garantir a sua sobrevivência, podendo agir com comportamentos de luta/fuga gerando tensão, sudorese e palpitação. Na segunda fase, que é classificada como a fase da resistência ou do estresse contínuo, o estímulo estressor permanece e o indivíduo vai perdendo a sua capacidade de auto-regulação, mantendo o estado de alerta. A terceira fase é a da exaustão. Nela, o organismo não consegue se auto regular e sucumbe, iniciando o processo de adoecimento físico e psicológico.

A fase do alarme se subdivide em choque e contrachoque. Conforme Ballone (1999), a fase de choque é o momento em que ocorre a estimulação estressante aguda, quando o hipotálamo ativa o sistema nervoso simpático, mobilizando respostas físicas, mentais e psicológicas ao estresse. Desaparecendo o estressor, todas as alterações regridem até o ponto de homeostase ou fase de contrachoque, período de restabelecimento do organismo.

Ballone (1999) caracteriza a fase de resistência com o aumento da atividade do sistema nervoso simpático, quando os períodos de restabelecimento são menores e mais raros. Os estímulos estressores tornam-se crônicos fazendo com que o organismo entre na resistência. Nessa fase, a ansiedade supera o medo, pois não há mais necessidade de contato com os estressores: a pessoa apenas imagina que vai sentir medo. Na fase de exaustão, o organismo sofre uma exposição prolongada ao agente estressor, perdendo a capacidade de se auto regular, podendo ir à morte. Conseguindo adaptar-se emocional e fisicamente com comportamentos de enfrentamentos adequados, os efeitos estressores são minimizados. Porém, se os efeitos são crônicos, o organismo sofre alterações fisiológicas, de início funcional e depois anatomicamente, que levam a sintomas somáticos e psicossomáticos. Os sintomas somáticos e psicossomáticos ficam mais exuberantes nessa fase.

O estresse de acordo com Lipp (2003) é uma reação do organismo com componentes psicológicos e físicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que quebre a sua homeostase. O estresse é um processo e não uma reação única. Sua manifestação se dá, inicialmente, de maneira universal, com a função de garantir a sobrevivência, porém quando o processo se desenvolve, as diferenças relativas às predisposições genéticas são potencializadas pelo enfraquecimento gerado pelo estresse durante a vida.

Lipp (2003) modificou o modelo de Selye acrescentando mais uma fase: a fase de quase exaustão. No modelo quadrifásico, Lipp (2003) descreve a primeira fase, ou fase de alarme, como uma fase positiva, pois é caracterizada pela ação tornando o indivíduo mais atento, forte e motivado. Os principais sintomas dessa fase são: tensão ou dor muscular, azia, problemas de pele, irritabilidade sem causa aparente, nervosismo, sensibilidade excessiva, ansiedade e inquietação. Quando o estressor cessa, os sintomas desaparecem não deixando seqüelas. Na segunda fase, a fase de resistência, a produtividade diminui e a imunidade é rebaixada deixando o indivíduo vulnerável aos vírus e bactérias. Dois sintomas se destacam na fase de resistência, dificuldades com a memória e muito cansaço. A terceira fase ou fase de quase exaustão que foi acrescentada ao modelo trifásico, seria o momento em que a resistência física e emocional começa a se quebrar; as atividades que antes eram executadas normalmente começam a ser executadas com esforço e as defesas imunológicas são destruídas. Os problemas que podem aparecer nessa fase são: cansaço mental, dificuldade de concentração, perda da memória imediata, apatia, indiferença emocional, impotência sexual, perda da libido, herpes simplex, corrimento, infecções ginecológicas, aumento da prolactina, tumores, problemas de pele, queda de cabelo, gastrite, perda ou ganho de peso, desânimo, auto dúvidas, crises de pânico, pressão alta, alteração do colesterol e triglicérides, distúrbio na menstruação e queda na qualidade de vida. Na quarta fase, a fase de exaustão, o desequilíbrio interno do organismo é muito grande o que caracteriza essa fase como patológica, aparecendo doenças como depressão, úlceras, pressão alta, diabetes, psoríase e vitiligo.

Ao estado interno de equilíbrio do indivíduo dá-se o nome de homeostase. O esforço de homeostase é uma resposta adaptativa do ser humano ao elemento estressor, que pode ser dividida em fontes externa – que vêm de fora – e interna – o modo de agir da

pessoa, os valores e as crenças. Para voltar ao estado de homeostase, o indivíduo lança mão de reservas energéticas, tanto físicas quanto mentais (Lipp, 2003).

Segundo Pereira (2004), a homeostase é a manutenção das condições internas do indivíduo para a garantia da sobrevivência. Todos os órgãos e tecidos corporais estão envolvidos na garantia desse equilíbrio homeostático. Para lidar com as mudanças físicas e ambientais, ou seja, estressores internos e externos, que ameaçam a homeostasia, o indivíduo promove respostas moleculares e comportamentais que permitem o restabelecimento do estado funcional interno do organismo.

De acordo com Lipp (2003) o estresse se divide em positivo, negativo e ideal. O estresse positivo é aquele que acontece na fase inicial. Nela o organismo produz adrenalina fazendo a pessoa ter mais energia, ser mais produtiva e mais criativa. Equivale a estar na fase de alerta. O estresse é negativo quando acontece em excesso e continuamente, ultrapassando limites e esgotando a capacidade de adaptação. Equivale a estar nas fases de resistência, quase exaustão e exaustão. O estresse ideal é aquele onde a pessoa aprende seu manejo e gerencia a fase de alerta, alternando estar em alerta e sair dela. Entrar em alerta, se auto-regular e voltar para a homeostase. Esse é o processo ideal para utilizar o estresse como aliado.

O processo de homeostase é feito pelo sistema nervoso autônomo que se divide em simpático e parassimpático. Calegari (2001) explica que o sistema nervoso evoluiu a partir de três neurônios: o sensitivo, o efetor e o de associação. Os neurônios efetores ligados às glândulas e aos músculos lisos formam o Sistema Nervoso Autônomo. Nos seres vivos mais complexos a musculatura lisa e o Sistema Nervoso Autônomo são responsáveis pela pulsação.

Segundo Calegari (2001), os movimentos de expansão são responsáveis por mandar a energia do centro do corpo para a periferia num processo chamado de emoção,

no qual os vasos sanguíneos se dilatam fazendo com que a pele fique avermelhada, quente e seca. Ao contrário, acontecem os movimentos de contração que fazem recuar a energia da periferia do organismo para o centro, fazendo recuar o sangue tornando a pele fria, pálida e úmida.

Volpi (2002) descreve como Federico Navarro relaciona terreno biológico (o ambiente bioquímico interno do indivíduo) com as estruturas caracterológicas e seu patrimônio energético, considerando as fases de desenvolvimento. Durante o desenvolvimento, o indivíduo sofre interferências internas e externas que ameaçam seu equilíbrio psíquico. São frustrações que não podem ser expressas e que contribuem para a fixação da libido e formação da armadura muscular: a couraça. A estrutura de caráter é determinada pela fase em que aconteceu a fixação da libido, ou seja, a fase onde a energia foi bloqueada.

Essas fases podem ser descritas, segundo Volpi (2002), em quatro etapas, sendo a primeira etapa o período de gestação, parto e seus primeiros dez dias. O bloqueio ocorrido nessa fase pode interferir na vida física, energética e emocional gerando um patrimônio energético hipoorgonótico (pouca energia) e um terreno biológico alcalino oxidável que permite a formação de biopatias primárias, tais como AIDS, câncer, doenças sistêmicas e ou degenerativas do sistema nervoso.

Na segunda etapa, período de amamentação e desmame, que vai do nascimento até o nono mês, o bloqueio pode contribuir para a formação da estrutura *borderline*, cujo patrimônio energético é desorgonótico (energia mal distribuída no organismo), permitindo a formação de biopatias secundárias como diabetes, obesidade secundária, alergias, hipertensão, arterosclerose, asma bronquial, artrite reumatóide e doenças crônicas da pele (Volpi, 2002).

Na terceira etapa, período de controle dos esfíncteres, do conflito edípico não resolvido e da aquisição da neuromuscularidade intencional, que vai do desmame até a puberdade, o bloqueio permite a formação da estrutura psiconeurótica (masoquismo ou obsessivo-compulsiva) cujo patrimônio é hiperorgonótico desorgonótico (muita energia mal distribuída pelo corpo) e terreno biológico ácido reduzido, responsável pelas doenças somatopsicológicas, gastrite, úlcera, angina *pectoris*, infarto cistites, prostatites, mioma e outras (Volpi, 2002).

A quarta e última etapa, período que vai da puberdade em diante, cujo patrimônio energético é hiperorgonótico (muita energia), o bloqueio permite a formação das estruturas neuróticas e com terreno biológico do tipo alcalino reduzido com tendências a somatizações, doenças funcionais e limitadas no tempo. Falta-lhe potência orgástica (Volpi, 2002).

Sintomas e sinais do estresse como desgaste físico e mental, falhas da memória, questionamento da própria competência, apatia e desinteresse pelo que antes dava prazer, representam o limite da resistência do indivíduo sendo essencial levar em conta a frequência com que eles aparecem (Lipp, 2003).

De acordo com Calegari (2001), os seres vivos, através da evolução, precisaram desenvolver estruturas mais complexas e especializadas para garantir a sua sobrevivência. Nos répteis, essa evolução acontece com o aparecimento do cérebro reptiliano que se apresenta como um córtex primitivo recobrando o tronco encefálico e os núcleos da base. Com os mamíferos, surge o cérebro límbico, responsável por regular as relações entre indivíduos. A partir dos primatas aparece o neocórtex, que sobrepõe o cérebro límbico e o cérebro reptiliano, com a função de regular comportamentos intensionais e papéis dentro do grupo.

Segundo Sanvito (1982), essa concepção triúnica do cérebro foi proposta por MacLean, em 1970, que considerava o cérebro humano organizado hierarquicamente em cérebro reptiliano, paleomamífero ou cérebro límbico e em neomamífero ou neocórtex. O cérebro reptiliano, porção mais antiga do cérebro, é responsável pela procriação, predação e regulação interna do organismo. Dotado de um aparelho destinado a manter o estado de vigília e sono, funciona sob o comando de uma programação inata.

Calegari (2001) descreve o cérebro reptiliano como capaz de ativar as ações de busca, ataque e fuga, com raciocínio concreto e objetivo. No corpo predominam os movimentos fortes, amplos e adrenérgicos de ataque e fuga, aumento do pulso, aumento da respiração, tensões musculares, tremores, ativação do simpático e do parassimpático, em situações de estresse. O cérebro reptiliano é o responsável pela sobrevivência garantindo ao organismo uma carga para luta e fuga. Outra função do cérebro reptiliano é reconhecer que a ameaça acabou e que toda a carga mobilizada pode ser descarregada. Quando o organismo não consegue descarregar começa a produzir sintomas como válvula de escape para o alto nível de excitação. A ansiedade também é uma consequência da ativação energética que não é descarregada e mantém o organismo em perigo constante. Essa tensão crônica leva ao estresse e aos sintomas psicossomáticos como paralisias, dores crônicas nas costas, fadiga crônica, alterações gastrointestinais, enxaquecas etc. Nas situações de estresse, as supra-renais liberam glicogênio do fígado para o sangue como suporte energético para a ação. Se a ação não se desenvolve e permanece apenas a sensação de perigo, o glicogênio será transformado em gordura que ficará acumulada nos vasos sanguíneos.

O cérebro límbico, segundo Sanvito (1982), se sobrepõe ao cérebro reptiliano e tem a função de regular o comportamento emocional do indivíduo, com base em

experiências imediatas. Nem o cérebro reptiliano e nem o cérebro límbico têm a capacidade de verbalizar suas ações ou sentimentos.

Os sentimentos de amor, ternura, união, compaixão e doação são regulados pelo cérebro límbico que possibilita um processo de aprendizagem emocional na convivência com o outro. As manifestações do estado emocional podem ocorrer como reação afetiva ou vertente psicológica, reação autônoma ou visceral e reações somatomotoras. Na vertente afetiva estão as sensações agradáveis ou desagradáveis, cólera, felicidade, depressão e excitação. A reação autônoma afeta o sistema nervoso autônomo simpático e parassimpático que são antagônicos e que, muitas vezes, trabalham juntos um completando o outro. O predomínio do simpático prepara o organismo para ação, sendo que a estimulação do parassimpático prepara o organismo para o repouso. Na síndrome geral de adaptação de Selye, modificações corporais ocorrem nos estados emocionais, ativando o simpático. Quando a ameaça passa é ativado o parassimpático, porém quando a ameaça é crônica o simpático age de maneira excessiva gerando os sintomas (Calegari, 2001).

O neocórtex que se sobrepõe aos outros dois cérebros é responsável pela capacidade de operações lógicas. Segundo Calegari (2001), o neocórtex é responsável pela percepção objetiva da realidade e pelas sensações desencadeadas por elas. Nele são formadas as crenças, valores, preconceitos e auto-imagens, ou seja, a máscara que é a camada superficial da personalidade.

Strelau (1998, citado por Ito & Guzzo, 2002), diferencia temperamento de personalidade da seguinte forma: o temperamento é biologicamente determinado e a personalidade é um produto do ambiente social; os traços temperamentais podem ser identificados desde cedo na criança e a personalidade é compartilhada em períodos posteriores do desenvolvimento; diferenças individuais nos traços de temperamento como

ansiedade, extroversão, são também observadas em animais, enquanto a personalidade é prerrogativa do humano; o temperamento apresenta aspectos estilísticos, se referindo a características formais de comportamento, já a personalidade contém aspectos relativos a conteúdos do comportamento; e, temperamento se relaciona com traços ou mecanismos e personalidade se relaciona ao funcionamento integrativo do comportamento humano. Para ele personalidade é um conceito mais amplo que o temperamento sendo influenciada pelos estágios de desenvolvimento.

De acordo com Lipp (2003) o conjunto de características que compõem a personalidade pode ser adaptativo ou desadaptativo, influenciando no modo de lidar com o estresse. Cada pessoa tem seu modo de lidar com o estresse, estratégias de enfrentamento e características próprias de personalidade, que podem funcionar como fontes internas de estresse.

Para Carvalho e Trovisqueira (2009), a formação da personalidade decorre de um processo gradual, complexo e único a cada indivíduo, influenciado por fatores hereditários, influências do meio e experiências anteriores da pessoa, sendo sua construção dinâmica e interativa. São diversas as teorias da personalidade que buscam explicar um estilo geral de comportamento. Para esse estudo destaca-se a Teoria Psicanalítica de Sigmund Freud, que considera que as principais características da personalidade adulta têm origem no modo como os conflitos infantis foram subjetivados e enfrentados.

Zanchetta (2004) desenvolve a ideia de que “(...) as situações estressantes vividas na infância acarretam em tensões musculares crônicas (courageiras), que inibem a motilidade, a respiração e a emoção” (p. 2). Relata também que toda pressão gera um estado de tensão no corpo e quando o estresse desaparece, essa tensão é aliviada. No entanto, se ela for crônica, o corpo assume uma atitude de endurecimento muscular que perturba a saúde emocional e diminui a sua energia.

De acordo com Lowen (1977), foi a partir do pensamento de Ferenczi, Abraham e Reich que o estudo da ligação entre psiquismo e o somático foi se aprimorando. Reich aprofundou no campo somático e estabeleceu uma relação entre tensão muscular e função psíquica (identidade funcional). Caráter e atividade muscular eram funcionalmente idênticos e serviam a mesma função energética. Assim, o padrão de comportamento era revelado a nível somático pela forma do corpo, resultado de suas tensões, e da manifestação dos movimentos corporais. Para Lowen (1977), as tensões musculares, quando crônicas, têm efeito deletério sobre o corpo, exigindo do mesmo uma reação, ou seja, a síndrome geral de adaptação que se resume na tentativa do indivíduo em se adaptar. A existência dessas tensões limita o fluxo de energia disponível do indivíduo para o enfrentamento das pressões diárias.

Se a couraça de caráter podia ser expressa pela couraça muscular, e vice-versa, então a unidade do funcionamento psíquico e somático havia sido entendida em princípio e podia ser influenciada de maneira prática. Daí em diante, eu podia fazer uso prático dessa unidade sempre que necessário. Se uma inibição de caráter não correspondia a uma influência psíquica, eu recorria a uma correspondente atitude somática. Inversamente, se encontrava dificuldade em alcançar uma atitude somática perturbadora, trabalhava com sua expressão no caráter do paciente e conseguia libertá-la (Reich, 1990, p.232)

Lowen (1982) afirma que o indivíduo opera em dois níveis: no mental (psíquico ou ego) e no físico (somático ou corpo). O ego é o mediador entre o mundo externo e o interno. Para isso elabora uma imagem do mundo exterior, ao qual o indivíduo deve se adaptar, moldando também uma imagem para si mesmo, que nem sempre corresponde à realidade. A partir dessa autoimagem, passa a controlar sua musculatura e o seu corpo vai se definir através das contrações ou relaxamentos crônicos, diminuindo a possibilidade de contato com as emoções. Assim, o corpo, que é funcionalmente um sistema energético

aberto, vai se tornando um sistema com bloqueios com a função de restringir a energia para se proteger.

Como um sistema aberto, Navarro (1995) mostra que o corpo recebe energia do meio, em forma de carga, aumentando o campo energético e transforma-a em tensão. Para que não haja o rompimento do sistema por excesso de carga, o organismo conta com um mecanismo de descarga com a função de diminuir o nível de energia acumulado, para que a homeostase e a pulsação sejam mantidas. Esse fluxo contínuo de carga e descarga promove o que Lowen (1982) chama de vibração, que é uma manifestação da motilidade do organismo, responsável pela espontaneidade, liberação emocional e funcionamento interno; não está sob o controle do ego, pois é involuntária.

A essa energia, que faz com que o corpo vibre, dá-se o nome de orgone, que Calegari (2001) considera ser responsável pelos movimentos de carga e descarga, garantindo a motilidade do sistema. Por motilidade, entende-se a capacidade que a pessoa tem de pulsar. A pulsação é constituída de movimentos corporais internos e externos feitos pelos músculos estriados e lisos. Respectivamente, são os movimentos de contração (sistema nervoso simpático) e expansão (sistema nervoso parassimpático), carga e descarga de energia, alternados.

Calegari (2001) acrescenta que, para lidar com os estressores, o ego lançará mão de mecanismos de defesa inconscientes, limitadores da pulsação vital, que geram a sensação de proteção, mas produzem um endurecimento muscular e uma diminuição do campo de percepção e da consciência. Esses mecanismos são denominados couraças que, nas situações de desprazer se contraem e nas situações de prazer se expandem. As couraças estão dispostas no corpo em sete segmentos ou sete anéis: visual, oral, cervical, torácico, diafragmático, peitoral e o pélvico e têm a função de evitar a desorganização do ego. É nas fases de desenvolvimento do ego que aparecem os bloqueios ou as couraças e se

organizam as defesas básicas de caráter: a esquizoidia, a oralidade, o masoquismo, a rigidez e a psicopatia.

As couraças, também, são mecanismos limitadores da pulsação utilizados pelo ego para garantir a preservação da identidade. Esses mecanismos de proteção podem ser conscientes e inconscientes. As couraças são constituídas por mecanismos inconscientes, portanto, são automáticas. O encouraçamento pode ocorrer, segundo Calegari (2001), em quatro níveis: pulsação energética, vivência corporal, vivência psíquica e na organização final da consciência. As couraças podem ser de quatro tipos. O primeiro é a couraça vegetativa do cerne que limita a pulsação energética e está ligada ao sistema nervoso autônomo (SNA) e às vísceras. Tem a função de diminuir a energia dificultando a respiração, evitando a excitação energética ou interrompendo a descarga energética. Todos esses mecanismos têm a tarefa de diminuir a vitalidade do indivíduo. A reativação de uma couraça vegetativa do cerne pode reativar um núcleo biopático (Calegari, 2001).

O segundo tipo, a couraça muscular (paralisias como falhas autoperceptivas), limita a vivência corporal muscular. O comportamento muscular é a expressão física da defesa de caráter, ou seja, do inconsciente reprimido. A couraça muscular se organiza nos primeiros anos de vida e é o resultado de uma fixação em uma determinada fase de desenvolvimento que definirá a defesa de caráter a ser utilizada (Calegari, 2001).

A couraça caracterológica (crenças/racionalização), terceiro tipo, ocorre na vivência psíquica restringindo a percepção e o pensamento. A neurose de caráter é o resultado da couraça muscular e da couraça caracterológica (Calegari, 2001).

Por fim, a couraça vegetativa visual acontece no plano cerebral e é responsável pela organização da auto-percepção como as desconexões, ligadas a capacidade de perceber do

olho e as cisões que se instalam precocemente, estruturando os núcleos psicóticos e separando as vivências corporais das psíquicas (Calegari, 2001).

Quaisquer que sejam as couraças, sua função é a de diminuir a vitalidade, limitar o movimento, diminuir a percepção e limitar o pensamento. Todo esse processo tem a função de manter a consciência dentro de limites que preservem a identidade egóica. A relação entre couraças, com o objetivo de garantir a vida, é uma relação dinâmica e econômica energética (Calegari, 2001).

De acordo com Cipullo (2002) a leitura corporal, enquanto instrumento para a avaliação da estruturação das couraças, segundo a visão de Bioenergética, tem o objetivo de compreender a dinâmica estrutural da pessoa e a leitura caracterológica tem a função de compreender suas principais defesas. Mesmo sendo este um instrumento baseado num modelo de doença e saúde e que tende a rotular determinando padrões, ainda assim tem muito a contribuir para o entendimento dessa experiência subjetiva, que é a couraça, e sua capacidade funcional.

Reich deu início a identificação de características físicas comuns nos tipos caracterológicos, mas foi Lowen que avançou em seus estudos permitindo generalizações mais efetivas no campo do psicodiagnóstico, classificando as pessoas em cinco tipos básico de defesa: o esquizóide, o oral, o masoquista, o rígido e o psicopata que atualmente é denominado deslocamento superior para não ser confundido com o transtorno de psicopatia do DSM-IV. Cipullo (2002) considera importante a compreensão do que é mostrado pelo corpo, porém sem perder de vista suas particularidades, ou seja, o que existe de único em cada um.

Cipullo (2002) acredita que diagnosticar é fazer uma leitura da realidade através de um determinado quadro específico. Kurtz e Prestera (1989) fazem essa leitura com o

objetivo de compreender padrões físicos musculares que revelam a maneira da pessoa ser no mundo. Seu corpo, personalidade, movimento, fala, atitudes, sonhos, percepções, posturas, são todas expressões de um todo. A observação das diferentes partes do corpo revela padrões estruturais, mentais e emocionais.

Calegari (2001) divide o corpo em sete segmentos: visual, oral, cervical, peitoral, diafragmático, abdominal e pélvico. A combinação dos bloqueios físicos nesses anéis é chamada de couraça. O primeiro segmento da couraça é o visual que engloba a cabeça limitando-se na linha inferior pelo dorso do nariz, maçã do rosto e na parte de trás da nuca. Kurtz e Prester (1989) consideram que é através dos olhos que o indivíduo recebe o mundo. O olho esquerdo reflete a essência e o olho direito reflete o ego. As sobrancelhas também expressam o humor e o caráter. Erguidas revelam surpresa, perplexidade, medo, dor, terror. Franzidas revelam raiva, rancor, ódio, falta de capacidade de sentir além dos sentimentos imediatos.

De acordo com Stolkiner (2008) a função energética do segmento ocular é a corporificação da energia. É o processo de perceber o mundo. O conjunto olho, testa e sobrancelha revela algumas possibilidades expressivas. Toda contração muscular tem a função de guardar sensações e emoções. Levantar a testa revela medo, perplexidade e insegurança. É um bloqueio repressivo. Franzir a testa revela agressão. É uma tentativa de evitar o perigo com o controle da percepção. É um bloqueio insatisfeito. O bloqueio repressivo tem a função de guardar muita irritação e incômodo.

Kurtz e Prester (1989) descrevem o grupo de estruturas relativas ao segmento oral começando pela mandíbula que pode aparecer projetada para frente revelando agressividade. Mandíbulas presas têm a função de guardar emoções como rancor e cólera. Mandíbulas fracas revelam falta de afirmação. Outro elemento é a boca que pode se

apresentar com lábios finos, repressiva, e lábios grossos, vivos e carnudos, como insatisfeita. A couraça nesse segmento pode se apresentar, segundo Baker (1980), como o movimento de engolir, mudar de voz, tossir, ter a sensação de bolo na garganta e sufocação.

Stolkiner (2008) explica que a oralidade pode acontecer em dois processos importantes: a incorporação e a expressão. A maneira como o mundo entra em nós e como nós entramos no mundo é o processo de incorporação e o inverso, ou seja, como as coisas saem de nós e vão para o mundo é o processo de expressão. Todos dois podem ser usados como defesa.

O segmento cervical, segundo Stolkiner (2008), é um lugar de passagem, um esfíncter. A expressão é uma função do pescoço e um bloqueio nessa passagem é um bloqueio entre o mental e o afetivo. Se o bloqueio é na parte anterior do pescoço, a energia vai para o exterior em expressão em forma exagerada (oral). Se o bloqueio vai na direção oposta, então a energia vai no sentido de ser engolida, ou seja, engole-se todas as emoções (masoquista).

De acordo com Stolkiner (2008) o segmento torácico é o centro da pulsação e o centro da identidade. A coluna vertebral é outra estrutura desse segmento e é a estrutura que nos sustenta no mundo. Uma corcunda significa que coisas muito graves estão guardadas lá. São pessoas que suportam o mundo com coisas muito pesadas. A posição rígida revela muita agressividade e excesso de controle. A fraqueza na coluna também revela falta de respaldo e controle. A identidade também é relacionada ao timo. O estresse atrofia o timo e significa que o sentimento é de medo e angústia nesse nível. As mamas têm a função de nutrir tanto no homem como na mulher. Os braços têm a função de manipular os objetos. Quando os ombros estão puxados para cima revelam que estão

contendo agressividade. Quando se abaixa a escápula a contenção é de ternura e acontece o medo de sentir dor. Ombros para frente significam que a contenção acontece no sentido de dar e receber amor. Ombros para trás significa a falta de capacidade de receber suporte, é uma posição de auto-suficiência. O ângulo posterior das omoplatas é a parte que dá suporte à ação e na frente do peito, no esterno, é a parte que dá suporte ao ser.

O segmento diafragmático tem a função de dar limite ao fluxo que passa por esse esfíncter. Para Calegari (2001) o diafragma pode direcionar energia para o centro das costas, centro de ação. Sua contração pode também bloquear a raiva separando os sentimentos da sexualidade. Os mecanismos de luta e fuga são possibilidades de ação, e para acioná-los é necessário utilizar mecanismos mais primitivos, como por exemplo os mecanismos oculares dissociativos e os mecanismos de anorgonia, que são mecanismos diafragmáticos. A anorgonia é a diminuição da energia do indivíduo até o colapso. Esse é um mecanismo que muitos animais utilizam, quando se vêem impossibilitados de lutar, pois as possibilidades de oposição ao adversário são nulas. É uma reação normal de sobrevivência, porém se acontece no cotidiano pode ser considerada uma defesa anorgonótica com a função de diminuir a respiração e conseqüentemente o nível de vitalidade. A outra forma de encorajamento diafragmático é o hiper-orgonótico, que leva ao estresse. O estresse e as doenças psicossomáticas também são conseqüência do encorajamento crônico desse segmento. Para evitar fazer contato com as emoções negativas, sensações e dificuldades, lança-se mão de mecanismos para agüentar, tolerar. É esse mecanismo que leva a pessoa a resistir e não ceder. Quando esse mecanismo é utilizado para garantir a sobrevivência está sendo usado da maneira correta, mas quando ele é utilizado porque o estressor se tornou crônico então vira patologia. Essa couraça está envolvida no controle das ações do indivíduo. Quando a couraça se mostra hipotônica, significa que o indivíduo acredita que é completamente impossível qualquer ação no

sentido de solucionar o problema. Quando a couraça é hipertônica o mecanismo utilizado será o de agüentar o máximo possível, pois ceder significa fracassar. (Stolkiner, 2008).

O segmento abdominal tem a função de guardar os sentimentos não vivenciados pelo ego. Calegari (2001) explica que o segmento abdominal é o caminho natural do fluxo para posterior eliminação. O cólon ascendente é reservatório de raiva e ódio e o descendente retém dor e desgosto. O abdome ajuda o ego a não inundar, normalmente quem apresenta inundação e pânico apresenta também paralisação abdominal.

O segmento pélvico, de acordo com Calegari (2001), vai da pelve até os pés e é responsável pelas vivências emocionais de segurança, estar enraizado, pertencer a algum lugar, fazer contato com a realidade, ter equilíbrio. É responsável pelo processo de descarga como no orgasmo e também na eliminação de fezes e urina. As pernas são responsáveis pela independência e autonomia. Para Stolkiner (2008), as pernas são a capacidade de movimento enraizado, ou seja, aquele que favorece que o indivíduo se sinta seguro e dominante da sua experiência presente.

Calegari (2001) descreve como principais bloqueios do segmento pélvico a pelve pequena e apertada, significando infantilidade sexual (psicopatia), pelve grande e desproporcional em relação ao restante do corpo é retenção masoquista, pelve puxada para trás é pelve com alta carga e medo da sexualidade, pelve fixada para frente gera intenso medo da sexualidade e dificuldade para descarregar, pelve larga com gorduras na coxa acontece em mulheres com forte impulso maternal, nádegas contraídas com tensão nos músculo posteriores da coxa revelam medo da sexualidade, nádegas relaxadas, frias e com acúmulo gorduroso também guardam medo e retirada da sexualidade.

Para Calegari (2001), coxas espásticas abertas em U têm baixa carga nos genitais, coxas apertadas com tensão nos adutores indicam temores em relação a sexualidade.

Joelhos travados para trás e em X revelam traços de oralidade e fragilidade, dores nos joelhos estão ligadas a contenção de sentimentos amorosos. Pernas espásticas e estacadas revelam rigidez e temor de se soltar revelando descrença na relação (“só posso contar comigo”). Panturrilha volumosa e tensa expressa contenção emocional. Tornozelos finos e frágeis estão ligados à oralidade. Pés sem arco estão em colapso e denotam baixo contato com a segurança e falta de base. Pés com arcos altos indicam que a pessoa quer voar, sair do chão.

A compreensão da economia energética é de fundamental importância para o terapeuta, pois além de ajudar o paciente a liberar suas contenções, deve também auxiliá-lo a integrar suas vivências à sua identidade. Calegari (2001) explica que o afrouxamento de qualquer couraça conduz sempre a um aumento de fluxo energético e a uma ampliação da consciência. Se essa ampliação não for integrada, atualizará o medo da desorganização e na terapia ocorrerá o aumento da resistência. Se a resistência for quebrada e não houver integração, poderá ser ativada uma forma de couraça mais paralisante. A patologia está na rigidez e na inconsciência dos mecanismos de defesa.

Os bloqueios das defesas se expressam na consciência na forma de crenças, emoções, sentimentos e na maneira de percepção de si e do mundo. Tais bloqueios podem aparecer nos sete anéis, destacando-se o cervical, diafragmático e pélvico – diafragmas que regulam a passagem do fluxo energético (Calegari, 2001).

De acordo com Stolkiner (2008), esses diafragmas são limites para as três cavidades principais: cefálica, torácica e abdômino-pelviana; e têm a função de exercer uma resistência natural para a passagem do fluxo de energia entre elas, dando origem a um campo energético. Como na lâmpada, a resistência do filamento que faz acontecer a

produção da luz. A resistência que o diafragma exerce no fluxo entre as cavidades torácica e abdômino-pelviana produz um campo energético em torno do seu centro.

Stolkiner (2008) destaca que a resistência exercida pelo anel diafragmático é a mais importante no caso do estudo do estresse. Essa resistência pode se manifestar de duas maneiras: a anorgonia ou hipo-orgonia e a hiper-orgonia, sendo que o estresse manifesta-se patologicamente nas duas. Na hipo-orgonia, a resistência do diafragma é muito pequena e quase não existe, conseqüentemente, não tem tensão para manter o campo energético. A reação anorgonótica é uma reação patológica que impede a pessoa de experimentar as emoções e sentimentos, rebaixando sua energia até um estado de fadiga crônica. Nesse estado, qualquer atividade física faz a pessoa se cansar. As defesas anorgonóticas podem se formar próximo ao nascimento e são mais primitivas que as defesas da couraça muscular, que acontecem durante as fases de desenvolvimento do ego. Todos os órgãos do anel diafragmático, quando em disfunção, geram estados de baixa energia como depressão e cansaço. Eles podem acontecer nas hepatites, câncer de pâncreas e, especificamente, no caso do estresse que resulta do esgotamento das supra-renais. Se a respiração for diminuída, também resultará em estado de rebaixamento da energia da pessoa.

Dentro do pensamento de Stolkiner (2008), a resistência pode aparecer, também, como hiper-orgonia, ou seja, o diafragma aumenta a tensão fazendo com que o fluxo energético aumente, consumindo mais do que a energia natural para a manutenção do nível energético. Nesse estado, ocorre o estresse, pois para suportar tantas solicitações externas, a pessoa precisa de mais energia para manter um nível energético maior, gastando mais energia do que o normal para mantê-lo. Como o diafragma é o centro e também um limite para o fluxo de energia e para a pulsação, o nível energético acumulado a partir dele, causa na pessoa a sensação de peso: o peso de estar carregando outro maior do que o naturalmente necessário. O mecanismo diafragmático é o de aguentar esse peso, pois nele

estão as ansiedades que foram originadas por algum tipo de medo, mas que agora perpetuam como possibilidades imaginárias. O estresse é a resposta adaptativa a esse peso, contaminada pela ansiedade, sentida pela pessoa.

O pensamento de Stolkiner é confirmado por Lowen (1982) que considera 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. A couraça neurótica que, inicialmente, tinha a função de proteger, agora já não é mais recurso resiliente, mas continua influenciando o comportamento desse indivíduo.

É importante ressaltar que ninguém se organiza com apenas uma das defesas básicas de caráter, mas sempre uma ou duas predominam e aparecem no corpo em forma de couraça. As couraças, de acordo com Lowen (1982), podem ser compreendidas nos seus fatores etiológicos, correlatos psicológicos, características físicas e condição bioenergética.

O esquizóide faz pouco contato consigo mesmo, ou seja, com seu corpo e sentimentos. Sentiu-se rejeitado pela mãe na gravidez ou nos dez primeiros dias de vida gerando um sentimento de medo e insegurança. A experiência básica do esquizóide é a rejeição. Seu corpo é estreito e contraído apresentando grande tensão na base do crânio, nas articulações dos ombros, nas articulações pélvicas e ao redor do diafragma. O Olhar é frio, vazio e inexpressivo. Falta identificação com o próprio corpo resultando em movimentos mecânicos. É possível perceber a cisão entre a cabeça e o resto do corpo. Evita relacionamentos íntimos e afetuosos. Tem dificuldade em lidar com as pressões vindas de fora e isso faz e baixa capacidade de realizar ações (Lowen, 1982).

O oral é caracterizado por apresentar baixa carga energética demonstrando fraqueza. Está sempre dependendo do outro para resolver seus problemas. De acordo com Lowen (1982), a experiência básica do oral é a carência afetiva. Seu corpo é esguio e fino como o do esquizóide, porém apresentando uma musculatura subdesenvolvida, flácida. Os joelhos são travados e as pernas frágeis. O corpo parece colapsar em forma de “S” apresentando cifose no tórax e lordose na lombar. A pelve é subdesenvolvida, o pelo é esparsa no corpo e a respiração é superficial, o que explica o baixo nível energético do oral. São características do oral a dificuldade de se sustentar nos próprios pés, tendo sempre que se apoiar em alguém. Devido ao baixo nível de energia sofre as alternâncias de humor entre depressão e euforia, porém tendendo mais a depressão. Essa defesa muitas vezes apresenta a defesa rígida mais superficialmente.

O masoquista tem como experiência básica a submissão. Foi educado por uma mãe amorosa, porém severa, dominadora e sufocadora, por isso sente-se culpado por querer se libertar do controle materno porque isso pode significar também a perda do amor. Lowen (1982) relata que o masoquista tem alta carga energética, que se encontra fortemente contida no organismo limitando as ações expressivas do mesmo e permitindo apenas queixas e lamentos. Seu fluxo de energia é estrangulado no pescoço e na cintura levando-o a experimentar ansiedade. Seu corpo não se desenvolveu ampliando-se, ou seja, no sentido de buscar algo fora de si, pois não lhe foi permitido ser autônomo. Assim, seu corpo apresenta-se curto, grosso e musculoso, principalmente pescoço e cintura. Apresenta um crescimento acentuado de pelos no corpo e a pelve é projetada para frente com as nádegas achatadas. As nádegas e coxas apresentam-se pesadas, soalho pélvico é encolhido para cima e a pele apresenta uma tonalidade mais escura. Tendem a ser servis, submissos e extremamente disponíveis. Faz tudo com muito esforço e com severa contenção da agressividade. A atitude de protestar foi inibida pelos pais muito cedo fazendo com que o

masoquista agüente e tolere mais que as outras estruturas. Dizer não, para o masoquista, pode significar a perda do amor dos pais e por isso ele se submete.

Os rígidos apresentam seus corpos mais eretos revelando orgulho. Têm medo de ceder. Sua frustração básica ocorreu na busca de gratificação erótica e na rejeição das suas buscas de prazer erótico e sexual sentindo-se traídos na sua ânsia de amar. O corpo do rígido é proporcional mostrando harmonia entre as partes, leveza de gestos e movimentos, brilho na pele e nos olhos. Quanto maior for a rigidez mais comprometido em cada uma dessas características. São inteligentes e têm grande capacidade de ação e realização. Devido ao encouraçamento do diafragma separam os sentimentos da sexualidade. Os rígidos podem ser mais ambiciosos, competitivos e agressivos. São perseverantes e não abrem mão da sua liberdade (Lowen, 1982).

A estrutura psicopática tem como característica básica a negação dos sentimentos e a necessidade de dominar e controlar, seja pela crueldade, seja pela sedução. Seu corpo apresenta um desenvolvimento desproporcional da metade superior onde pode se observar rigidez e com a parte inferior mais estreita apresentando uma fraqueza parecida com o oral. Espasticidade acentuada do diafragma e tensões no segmento ocular. São inteligentes, presentes e focados no que fazem e com boa capacidade de liderar e envolver a pessoas. Separam os sentimentos da sexualidade através do bloqueio do diafragma. Tem necessidade de controlar todas as ações, pois o medo de fracassar faz com que fique vulnerável (Lowen, 1982).

Diversas terapias corporais têm sido utilizadas para lidar com as defesas que marcam o corpo e expressam lacunas no desenvolvimento psíquico das pessoas, dentre as quais se destaca a Movimentação Consciente do Corpo (MCC). Um corpo em constante movimento é um corpo vivo e saudável. Por meio da MCC, 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. O estresse interfere no corpo, especificamente no sistema nervoso autônomo (simpático e parassimpático), interferindo na motilidade da pessoa e afetando a forma de pulsar da mesma (Lowen, 1985).

Ribeiro (2009) traz o conceito de *coping*, ou estratégia de enfrentamento, como uma idéia de resposta do Sistema Nervoso Simpático (luta e fuga) perante situações percebidas como ameaçadoras à segurança física e emocional.

De acordo com Zakir (2003), as situações estressoras evocam respostas que podem ser classificadas como estresse ou como *coping*. Quando surgem de forma espontânea caracterizam o estresse. Por outro lado, quando são evocadas por estes mesmos estímulos, mas mantidas por suas consequências, denominam-se *coping*. Esta modalidade vai acontecer quando os recursos naturais do indivíduo forem mobilizados com a finalidade de lidar com a situação estressora.

Ao longo do desenvolvimento da teoria, pesquisadores vinculados à psicologia do ego compreendiam *coping* como relacionado aos mecanismos de defesa sendo a melhor forma de lidar com os conflitos sexuais do indivíduo. Assim, *coping* era entendido como estável, num paradigma que levava em conta saúde *versus* doença (Antoniazzi, 1998).

Com o passar do tempo, Antoniazzi (1998) relata que algumas distinções começaram a ser feitas no sentido de diferenciar mecanismo de defesa e *coping*. A segunda geração de pesquisadores do *coping* passou a classificá-lo como comportamentos mais flexíveis e propositais, adequados à realidade e orientados para o futuro, ao contrário dos mecanismos de defesa que se apresentavam rígidos e inadequados à realidade externa. Dessa maneira *coping* passava a ser determinado por fatores cognitivos e situacionais.

Para Antoniazzi (1999), a terceira geração de pesquisadores de *coping*, a mais recente, busca estudar a relação entre *coping* e personalidade e compreender como *coping* é preditor de adaptabilidade social e moderador entre estresse e saúde. Segundo as pesquisas, duas maneiras de lidar com o estressor são a aproximação e a evitação. As estratégias de aproximação são baseadas na busca de informação e planejamento sendo mais adaptativas e funcionais. As estratégias de evitação dificultam o ajuste psicológico. Os traços de personalidade mais estudados por esses pesquisadores são o otimismo, a rigidez e o neuroticismo. São muitas as discordâncias entre os pesquisadores de *coping* e por isso a dificuldade de chegar a um método e instrumentos de *coping* universalmente aceitos.

Os estilos de *coping*, segundo Antoniazzi (1999), estão mais relacionados com a personalidade e as estratégias de *coping* são mais relacionadas com as ações cognitivas. Os estilos de *coping* podem influenciar as estratégias de *coping*, pois apresentam uma certa estabilidade em suas manifestações, quando em situações de estresse. São estratégias preferenciais, ou seja, tendências a responder de particular a uma série de eventos estressantes. As estratégias de *coping* dependem de demandas objetivas, de avaliações subjetivas e de interação entre a pessoa e o ambiente. O *coping* situacional pode ser dividido em focado no problema (esforço de atuar na situação de estresse na tentativa de mudá-la) e focado na emoção (esforço de regular o estado emocional causado pelo estresse).

A avaliação de *coping* pode ser disposicional e situacional. A avaliação disposicional considera os diferentes estilos de *coping* como disposições de personalidade que transcendem a influência de contextos situacionais ou do tempo. A avaliação situacional considera *coping* como um processo ativo e consciente de avaliação e resposta ao estresse. Supõe-se que o melhor modelo de *coping* é o que integra a abordagem

disposicional com a situacional para o enfrentamento das situações de estresse (Antoniazzi, 1999).

De acordo com Ribeiro (2009), atualmente, os conflitos ameaçadores são denominados de estressores e os mecanismos de defesa são denominados estilos de *coping*, classificados em primários e secundários, podendo ser adaptativos e não-adaptativos. Gimenes (1997) explica que o enfrentamento é um comportamento que busca fazer a mediação entre o que a sociedade espera do indivíduo e o bem-estar do mesmo. Quanto a sua natureza, pode ser classificado como: estilo e como processo. O enfrentamento como estilo é o enfrentamento como uma característica da personalidade. O enfrentamento como processo caracteriza-se por lidar com o estresse a partir de contextos particulares que exigem adaptação. A característica de personalidade influencia ações e reações, ou seja, a disposição para determinados comportamentos de enfrentamento. Assim, um traço pode ser uma tendência estável a partir da qual se pode fazer uma previsão de como o indivíduo irá se comportar frente aos estressores. Esse é um conceito da tradição psicanalítica do eu, que se interessa pelo papel das defesas na psicopatologia e entende o enfrentamento como um estilo característico para lidar com o estressor. Alguns estilos são considerados mais saudáveis e menos regressivos que outros. Para essa autora (1997) os estilos de *coping* são apenas parte de um conceito de enfrentamento mais amplo, devendo levar em conta o contexto, suas exigências, recursos e limitações.

Antoniazzi (1998) diferencia estratégia de *coping* de estilo de *coping*. Para ela, estilo de *coping* está relacionado à personalidade e estratégia de *coping* está relacionado com ações cognitivas de adaptação aos estressores. São conceitos distintos, porém, observa-se que os estilos de *coping* influenciam as estratégias de *coping*, podendo refletir a tendência que o indivíduo tem de responder às situações de estresse. Para Carvalho (2009, p.24):

A percepção de stress, no sistema nervoso central, gera uma resposta que depende das soluções individuais do sujeito. As limitações individuais condicionam o tipo de resposta às ameaças experimentadas. Para esse processo de interpretação (*coping*), contribuem vários fatores individuais, entre os quais os traços individuais de personalidade, que afetam grandemente o impacto emocional que as ameaças têm no indivíduo. Daqui resultam vários níveis de relação com estados de doença, em geral, e de doença cardíaca, em particular. Esta modulação de comportamento e das reações em situações muito variadas pode, ainda, afetar a recuperação e o ajustamento social no período após a doença. (Santos, 2004)

Como processo para a mobilização de recursos adaptativos de *coping*, o trabalho de Movimentação Consciente do Corpo, conforme Lowen (1982), busca aumentar a percepção e a consciência do indivíduo sem que o ego se desorganize. Para Maluf Jr. (2000), conhecer as marcas portadoras de historicidade do indivíduo, ou seja como os estressores influenciaram a forma do indivíduo, possibilita que a intervenção terapêutica produza uma flexibilização e um relaxamento dos mecanismos corporais e psíquicos que vão enrijecendo ao longo do tempo sendo fundamental para ampliar o campo de sensações, percepções, ações e pensamentos, ou seja, a consciência. Alivia as tensões crônicas geradas por estados de contração, fazendo com que o indivíduo recupere a vitalidade e bem-estar emocional. Aliado à terapia, os exercícios levam a pessoa a se perceber num processo de autoconhecimento que possibilitará o aumento da vibração corporal, aprofundamento da respiração, ampliação da autoconsciência e auto-expressão e *grounding que*, em linguagem bioenergética, designa o contato com o chão e, a partir desse contato, a conscientização do corpo embasado.

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. 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 a cura, pois, para Lowen, (1985) um corpo cheio de vida é capaz de experienciar, totalmente, prazeres, dores, alegrias e tristezas da vida cotidiana. A partir de um maior contato com sensações e emoções, é possível que o indivíduo amplie a percepção de como bloqueia o fluxo energético no corpo, a respiração, e movimentos, reduzindo sua auto-expressão, ou seja, de como diminui a vitalidade ficando vulnerável a situação de estresse. O trabalho de liberação da tensão disponibilizará mais energia e bem-estar reduzindo os níveis de estresse, flexibilizando crenças e amenizando os sintomas.

“A resiliência nos sujeitos depende da interação da pessoa com seu entorno humano.” (Melillo, 2005, pg.62). Para Melillo (2005), o que faz com que uma pessoa fique mais resiliente é consciência dos fatores que a protegem dos efeitos adoecedores resultantes das más condições do ambiente humano e social e a previna de doenças físicas e mentais. Logo, compreender como a estrutura de caráter se desenvolveu e como ela se apresenta muscularmente na atualidade, interferindo na motilidade e homeostase da pessoa é fator de proteção para as participantes, pois a partir da compreensão da natureza do bloqueio é possível através da Movimentação Consciente do Corpo, aumentar a percepção e a consciência e liberar a emoção adequada para garantir maior motilidade e flexibilidade nas respostas às situações.

Às condutas que auxiliam o indivíduo a passar por situações de estresse e ainda aprender com as mesmas, Grotberg (2005) denomina de resilientes. As condutas resilientes resultam de uma interação dinâmica entre os fatores resilientes ou de proteção e os fatores de risco ou adversidade. Qualquer fator pode ser de risco em determinada situação e protetor em outra dependendo da percepção do indivíduo, do contexto no qual está inserido e do momento em que a situação acontece (Carvalho, 2007).

De acordo com Infante (2005) a mudança da compreensão com base em um modelo de risco e doença para um modelo de prevenção e promoção de saúde com o objetivo de reduzir as fontes de estresse a partir da conscientização do indivíduo, permite ao indivíduo, por meio da sua autonomia, sair fortalecido da adversidade. “Um enfoque em resiliência permite que a promoção da qualidade de vida seja um trabalho coletivo e multidisciplinar.” (Infante, 2005, p.36)

Finalmente nesse estudo, questiona-se acerca de como se configura a saúde geral dos residentes multiprofissionais da área da saúde, bem como sobre quais são os principais estressores por eles vivenciados e as estratégias que utilizam para o enfrentamento dos estressores.

Sendo assim, o objetivo principal desse estudo é identificar, descrever e analisar o processo de estresse em residentes multiprofissionais da área de saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Os objetivos específicos são: 1) Caracterizar o perfil sócio demográfico das participantes; 2) Avaliar o estresse psicológico dos participantes; 3) Avaliar indicadores fisiológicos e bioquímicos do estresse (catecolaminas da saliva); 4) Identificar os principais estressores dos participantes; 5) Identificar os caracteres predominantes dos participantes por meio da leitura corporal; 6) Refletir sobre a relação de estratégia de enfrentamento psicológico e caráter; e, 7) Avaliar a saúde geral dos participantes.

Capítulo II – Método

Segundo Neves (1996), o conhecimento de um fenômeno se dá de diversas maneiras: pela sua descrição, medição, pela busca de nexos causais entre seus condicionantes, análise do contexto, pela distinção entre forma manifesta e essência, indicações de funções entre seus componentes e visão da estrutura. O método qualitativo é uma forma que propicia a compreensão sobre os fenômenos em sua processualidade, sobretudo na compreensão dos sentidos atribuídos. A pesquisa qualitativa, assim, se circunscreve em um conjunto de técnicas interpretativas para descrever e decodificar um sistema complexo de significados empregando a perspectiva de análise fenomenológica.

De acordo com Rey (2002), o conhecimento é uma produção construtiva - interpretativa que vai dando sentido ao indireto e implícito, sendo que a interpretação pode utilizar os diversos indicadores para dar sentido às constatações empíricas. Para Neves (1996, p.2) “O vínculo entre signo e significado, conhecimento e fenômeno, sempre depende do arcabouço de interpretação empregado pelo pesquisador, que lhe serve de visão de mundo e de referencial”.

A interpretação permite que os indicadores sejam tomados como constatação empírica. Dá sentido a diversas manifestações do objeto tanto na unicidade como na sua complexidade favorecendo o processo de construção teórica. Seu caráter interativo possibilita assimilar o imprevisto e os momentos informais como uma situação significativa para o conhecimento. A pesquisa qualitativa busca diferentes formas de produção de conhecimento em psicologia, na tentativa de compreender a realidade plurideterminada, diferenciada, irregular, interativa e histórica que representa a subjetividade humana. Para Rey (2002), a subjetividade é um sistema complexo de significações e sentidos subjetivos produzidos na vida cultural humana, podendo se

apresentar como individual e social. A pesquisa qualitativa da subjetividade busca explicar os processos complexos sem ter como objetivo predição, descrição e controle.

Tipo de estudo: descritivo, transversal e exploratório.

Participantes: Esse estudo englobou 10 (dez) residentes multiprofissionais da área de saúde (RMS), do sexo feminino, de 20 a 35 anos de idade, procedentes do estado de Goiás e de outros estados.

Considerando o período do início de coleta de dados, do conjunto de residentes, foram excluídos os residentes de primeiro ano (R1) por sua pouca familiaridade e convivência com a instituição. Desta forma, privilegiou-se os residentes de segundo ano (R2), sendo que dentre os mesmos, de um total de 24 R2, 14 foram voluntariamente avaliados, sendo que os dez com piores escores de estresse foram inseridos no programa de acompanhamento terapêutico previsto no projeto “ Estresse, Terapia Corporal e Resiliência de Residentes Multiprofissionais da Área de Saúde”. Dos quatro restantes, dois atendiam ao critério de exclusão ou por já estar em processo psicoterapêutico ou por fazer uso de medicação neuroléptica. Por fim, aos outros dois voluntários com menor grau de estresse, foi proposto que se inserissem num segundo grupo de apoio que seria formado.

Critérios de inclusão: Assinar o Termo de Consentimento livre e Esclarecido (Anexo I).

Critérios 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.

Materiais

Os materiais utilizados foram: folhas de papel, formulários, máquina fotográfica, tripé para máquina fotográfica, pen-drive 4Gb, lápis, Kit Salivette, cópias do termo de consentimento livre e esclarecido, material de resposta dos testes e inventários acima citados. A seleção foi realizada na sala de treinamento do Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Goiás.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação do nível de estresse:

Questionário sócio-demográfico e dados clínicos: o questionário teve como objetivo coletar os dados pessoais (média simples de frequência, nome, endereço, cidade/estado, idade, escolaridade, estado civil, procedência, profissão e tempo de formada) e clínicos dos participantes (uso de medicação, experiência com cirurgia, alergias e alergia a algodão, diagnóstico ou não de cardiopatias). Os dados clínicos dos participantes correspondem àqueles solicitados pelo Comitê de Ética de Pesquisa em função da coleta de material orgânico dos participantes - saliva. (Anexo II)

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 (1, 2, 3 e 4). Sua avaliação se dá através 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 do questionário. 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.

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 sendo que no primeiro grupo avalia-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.

Inventário de Reações Fisiológicas do Estresse Ebel (1993): adaptado por Greenberg (2002), que consiste em 39 sintomas relacionados ao estresse pontuado através de uma escala de likert (1, 2, 3, 4, 5) 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 abaixo: 40 – 75: baixos sintomas fisiológicos de resposta de estresse; 76 – 100: sintomas moderados de resposta ao estresse; e, 101 – 150: altos sintomas fisiológicos de resposta ao estresse. (Anexo III)

Roteiro de Entrevista Semi-estruturada: trata-se de um roteiro de entrevista, elaborado pela pesquisadora, composto por três questões relativas aos agentes estressores, bem como às estratégias de enfrentamento psicológico utilizadas pelos participantes. Uma quarta questão solicita comentários e sugestões acerca do tema estresse. (Anexo IV)

Roteiro para leitura corporal: trata-se de um conjunto de categorias descritivas à cerca dos segmentos corporais, segundo a descrição Calegari (2001), Cippulo (2002), Kurtz e Prester (1989) e Stolkiner (2008). Constituído de sete segmentos quais sejam: visual, oral, cervical, peitoral, diafragmática, abdominal e pélvico. Cada segmento é ainda avaliado por meio de cinco tipos de estratégias de defesa, quais sejam: esquizóide, oral, masoquista, rígido e psicopata. (Anexo V)

Procedimento

Após o projeto de pesquisa ter sido aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa do HC/UFG, 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). Neste encontro, após explicações sobre os objetivos do estudo e incentivo verbal para que participassem, os interessados assinaram uma lista, registrando nome e telefone para contato, para que fossem convidados a próxima fase do estudo: seqüência que constituiu na aplicação dos instrumentos de pesquisa na seguinte ordem: Questionário sócio-demográfico e dados clínicos, QSG – Questionário de Saúde Geral, ISSL – Inventário de Stress de Lipp, Ebel - Inventário de Reações Fisiológicas do Estresse e entrevista semi-estruturada. Para que o participante pudesse ser avaliado nesta fase assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os instrumentos foram avaliados pela pesquisadora. Seguiram na pesquisa os participantes que foram classificados como estressados por meio do QSG e ISSL. Os participantes selecionados foram, novamente, esclarecidos do teor da pesquisa, sigilo, horários e dias dos encontros. Na seqüência, foram tiradas fotos desses participantes em roupa de banho – frente, perfil, costas, para posterior leitura corporal. Todas as fotos foram avaliadas por meio do Roteiro de Leitura Corporal

(Anexo V). A dosagem do cortisol¹ pela saliva foi o último teste completando a etapa de coleta de dados do participante. O cortisol é um preditor do estresse. Este exame foi realizado pelo Laboratório Jarbas Dolles de análises clínicas, em Goiânia, com os rigores necessários. Foram respeitadas três horas após as principais refeições, três horas sem escovar os dentes e foram informados todos os medicamentos em uso pelas participantes. A coleta da saliva foi feita usando um tubo especial para coleta (Salivette) fornecido pelo laboratório. O tubo continha um algodão (Swab) que foi colocado debaixo da língua pelo tempo necessário para saturá-lo de saliva (em média dez minutos). Terminada a coleta, o swab foi colocado dentro do tubo, que foi tampado e enviado para o laboratório. Ao longo de toda a coleta de dados, não foram observadas intercorrências com os participantes.

¹ O cortisol é o principal hormônio glicocorticóide produzido pela córtex adrenal humana. Representa, aproximadamente, 80% dos 17-hidroxycorticosteróides do sangue, tendo uma ampla variedade de ações de efeitos antilínicos 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 através de um balanço com o ACTH e CRH da pituitária e o 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 da manhã e os menores mais tarde. Valores aumentados são preditores de estresse.

Capítulo III – Resultados e Discussão

Inicialmente, no que diz respeito à caracterização do perfil sócio-demográfico das participantes, segundo a Tabela 1, observa-se que todas as participantes eram do sexo feminino, com idade média de 24,1 anos (DP = 3,1764), tinham ao menos um curso superior completo e recebiam bolsa de estudo de quatro salários mínimos. Apenas uma delas era casada à ocasião da coleta de dados. Quanto ao tempo de formado, a média foi de dois anos e meio. No que se refere à procedência, observa-se que foram citadas Goiânia, interior do estado e outros estados. Todas as participantes relatam ter suporte por parte da família com exceção de P1, P5, P6, que não tiveram nenhum tipo de suporte para a mudança e nem para recebê-las na cidade de Goiânia; P6 mora com o marido, mas P1 e P5 moram sozinhas.

De acordo com Melillo (2005), estudos que identificavam pessoas resilientes revelaram que essas pessoas tinham pelo menos uma pessoa, um adulto, que as aceitavam de forma incondicional reconhecendo sua competência e estabelecendo uma relação carinhosa e íntima importante. P5 diz sentir falta desse apoio tanto no ambiente da residência como no círculo de relacionamento em Goiânia, relatando também sentimento de solidão e desamparo.

Tabela 1. Perfil sócio demográfico de residentes multiprofissionais de saúde (N=10).

P	IDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	PROCEDÊNCIA	TEMPO DE FORMADA
P1	22	SOLTEIRA	ENFERMEIRA	ANÁPOLIS	2 ANOS
P2	25	SOLTEIRA	NUTRICIONISTA	URUAÇU	1 ANO E MEIO
P3	23	SOLTEIRA	BIOMÉDICA	GOIÂNIA	1 ANO
P4	24	SOLTEIRA	CIR/DENTISTA	GOIÂNIA	3 ANOS
P5	27	SOLTEIRA	CIR/DENTISTA	JARAGUÁ	6 ANOS
P6	32	CASADA	ENFERMEIRA	PORTO ALEGRE	5 ANOS
P7	21	SOLTEIRA	FONOAUDIÓLOGA	MOZARLÂNDIA	1 ANO E MEIO
P8	22	SOLTEIRA	BIOMÉDICA	GOIÂNIA	2 ANOS
P9	24	SOLTEIRA	ASSIST. SOCIAL	GOIÂNIA	1 ANO
P10	21	SOLTEIRA	FISIOTERAPEUTA	GOIÂNIA	1 ANO

Quanto à avaliação do estresse psicológico das participantes, na Tabela 2, observa-se que seis delas estão classificadas na fase de resistência, duas na fase de quase-exaustão e duas na fase de exaustão. A maioria das participantes apresenta predominância de sintomas psicológicos, tais como sensibilidade emotiva excessiva, irritabilidade excessiva, apatia, ansiedade diária, sensação de incompetência em todas as áreas, vontade de fugir de tudo, dúvida quanto a si próprio, diminuição da libido e pensamento constante em apenas um assunto. Duas participantes apresentaram predominância de sintomas físicos, tais como cansaço constante, tensão muscular, problemas com a memória, desgaste físico, tontura, insônia, mal-estar generalizado sem causa específica e excesso de gases e uma apresenta, igualmente, a predominância dos dois tipos de sintomas.

Zanchetta (2004), em acordo com Calegari (2001), Lowen (1977) e Stolkiner (2008), relata que as tensões musculares crônicas inibem a motilidade, a respiração e a emoção, gerando um estado de tensão no corpo que perturba a saúde emocional e física. Essa tensão é resultado da Síndrome Geral de Adaptação pela qual o indivíduo passa no intuito de limitar o excesso de ansiedade causada pelo estressor. Calegari (2001) completa que o ego lançará mão de mecanismos inconscientes de defesa, couraças, que são limitadores da pulsação vital para garantir a sensação de proteção e para diminuir a percepção e a consciência e, assim, evitar emoções indesejadas. Assim, se supõe que os dados das participantes indicam a presença de couraça limitadora da vitalidade e da capacidade de cada uma para lidar com as suas emoções, uma vez que nenhuma delas apresentou escores compatíveis apenas com a fase de alerta. A maioria já se mostrou em fase de resistência, quase-exaustão e exaustão, caracterizando não conseguir restabelecer sua homeostase ou seu equilíbrio interno.

Tabela 2. Indicador da fase de estresse de residentes multiprofissionais de saúde segundo o ISSL de Lipp

P	Resistência	Quase- exaustão	Exaustão	Sintomas Psicológicos	Sintomas Físicos
P1	X			X	
P2	X			X	
P3			X	X	
P4		X		X	
P5			X	X	
P6	X				X
P7	X				X
P8	X			X	X
P9		X		X	
P10	X			X	
Total	6	2	2	8	3

P = participante

Foram avaliados indicadores fisiológicos e bioquímicos do estresse (catecolaminas da saliva). Na Tabela 3 pode ser observado que nove entre dez participantes responderam ao Questionário de Reações Fisiológicas ao Estresse. A maior frequência de reações fisiológicas ao estresse encontra-se no Nível Alto (N=04), seguido pelos níveis Moderado (N=03) e Baixo (N=02). Considerando-se a condição de vulnerabilidade das participantes, os níveis Moderado e Alto somam a maioria delas. Quanto ao indicador bioquímico (dosagem de cortisol salivar), resultados de três participantes (P1, P2, P3) foram descartados em função de material insuficiente para a respectiva análise. Para todas as demais participantes os resultados estavam dentro da normalidade.

Tabela 3 – Reações Fisiológicas e Indicadores bioquímicos do Estresse de Residentes Multiprofissionais da Saúde (N=09)

Participante	Nível Baixo *	Nível Moderado **	Nível Alto ***	Indicador Bioquímico ug/dL ¹
P1			113	
P2	73			
P3			108	
P4		86		0,06
P5		97		0,08
P6				0,13
P7		79		0,02
P8			114	0,07
P9			130	0,15
P10	57			0,16
Total	02	03	04	

*de 40 a 75 pontos; ** de 76 a 100 pontos; *** de 101 a 150 pontos

¹ No parâmetro de análise entre sete e nove horas pós coleta, valores até 0,69 ug/dL são considerados normais.

Os principais estressores dos participantes foram avaliados por meio do Roteiro de Entrevista Semi-estruturada que, por sua vez, foi analisado de acordo com a técnica de análise de conteúdo da Laurence Bardin seguindo as seguintes fases: Pré-análise – momento da escolha dos documentos a serem submetidos à análise, formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final; Exploração do material – momento das operações de codificação, decomposição e enumeração em função de regras previamente formuladas e, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Conforme a Tabela 4, os resultados referentes ao Roteiro de Entrevista Semi-estruturada esclarecem quais estressores aparecem com mais frequência e em que categorias eles figuram. Adotando-se a classificação de Nogueira - Martins (1998), que divide o estresse de residentes em três categorias (estresse profissional, situacional e pessoal), observa-se que as residentes relataram que na categoria Estressor Profissional (31,2%), figuram os seguintes itens: administrar a responsabilidade profissional, lidar com pacientes difíceis, gerenciar o conhecimento e planejar a carreira. Já nos Estressores Situacionais (26,6%) aparecem a privação de sono, a excessiva carga assistencial, o lidar com pacientes difíceis e o atuar com o corpo auxiliar insuficiente. Por fim, na categoria de Estressores Pessoais (42,2%), revelam-se as características de personalidade, as vulnerabilidades psicológicas, a situação sócio-econômica, os problemas familiares e os eventos da vida.

Quando se pensa na baixa frequência dos estressores profissionais, supõe-se que a proposta de uma residência multiprofissional na área da saúde, como modalidade de formação pós-graduada, tem uma assimilação satisfatória entre as participantes. Por outro lado, comparando-se as frequências de estressores situacionais com os pessoais, julga-se que as dificuldades próprias do desenvolvimento do processo de formação, as rotinas e as estratégias de treinamento – consideradas excessivas, exigentes, tensas e por vezes frustrantes – sobrepondo-se aos estressores pessoais (enfraquecimento da rede de suporte social, mudanças no ambiente ecológico da residente, aspirações pessoais, outras), criam uma condição de vulnerabilidade de difícil enfrentamento psicológico, tanto para as residentes, quanto, possivelmente, para os demais atores envolvidos.

Tabela 4 – Descrição e Frequência (f, %) das categorias temáticas de estressores de residentes multiprofissionais da saúde (N=10)

Categoria	Descrição	Exemplo	f	%
Estresse Profissional	Trata-se de estressores relacionados ao processo de profissionalização e desenvolvimento do papel de residente multiprofissional no sistema de saúde.	“(…) as relações pessoais e de poder me deixam angustiada, pelo fato de ainda não termos autonomia profissional e sermos cobrado o tempo todo” (P.9)	14	31,2
Estresse Situacional	Refere-se a estressores específicos do processo de treinamento no programa de residência multiprofissional na área da saúde.	“Carga horária elevada, lidando com situações de pacientes muito graves e sem recursos financeiros e humanos para atendê-los bem.” (P.1)	12	26,6
Estresse Pessoal	Relaciona-se aos estressores característicos aos recursos individuais ou à personalidade da residente.	“(…) preocupações com mudança de vida pessoal e profissional (mudança de casa, fazer concurso e futuro após a residência)” (P.2)	19	42,2
Total			45	100

No que concerne aos caracteres predominantes dos participantes, avaliada por meio da leitura corporal (Anexo V), na Tabela 5 encontram-se os principais resultados.

Tabela 5 – Fatores da leitura corporal das participantes (N=10), segundo a descrição de Calegari (2001), Cippulo (2002), Kurtz e Presteria (1989) e Stolkiner (2008).

<i>SEGMENTOS/ PARTICIPANTE</i>	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
<i>VISUAL</i>	R	E	M	E	O	P	O	O	P	R
<i>ORAL</i>	OI	OI	M	OI	OI	OI	O	OI	O	O
<i>CERVICAL</i>	R	OR	M	O	E	M	E	E	O	E
<i>PEITORAL</i>	R/P	O	R/P	O	O	R/P	O	R	O	R/P
<i>DIAFRAGMÁTICO</i>	R	R	R/P	R	R	R/P	R	R	P	R
<i>ABDOMINAL</i>	M	R/M	M	R/M	M	M	O/M	R	O	R
<i>PÉLVICO</i>	P	O	M	R	P	M	M	R	P	P
<i>PERNAS E PÉS</i>	OR	O	M	O	O	M/O	M/O	OR	O	O
<i>PREDOMINÂNCIA</i>	R/P	R/O	M/P/R	R/O	P/O	M/P	M/O	R/O	P/O	R/P

E-esquizóide; O- oral; OI- oral insatisfeito; OR- oral repressivo; M- masoquista; R- rígido; P- psicopata.

De acordo com Lowen (1977), as estruturas de caráter neuróticas: esquizóide, oral, masoquista, rígida e psicopata, são determinadas por experiências traumáticas no começo da vida com a função de evitar o desprazer e de estabelecer e manter o equilíbrio psíquico. O desenvolvimento de cada estrutura de caráter depende de muitos fatores sendo que as experiências mais precoces são as mais marcantes. As experiências posteriores vão proporcionar a sua configuração formal. Podem aparecer mais de um tipo de estrutura de caráter na mesma pessoa. As defesas predominantemente esquizóides e orais são subcarregadas - de pouca carga, e as defesas masoquistas, rígidas e psicopáticas são sobrecarregadas – alta carga.

A partir da observação feita nas fotos das participantes (Tabela 5), pode-se constatar que a contenção diafragmática aparece na maioria delas definindo suas defesas como sobrecarregadas. Segundo a caracterologia de Lowen (1982), cinco das participantes se classificaram com a predominância de caráter rígido, três delas com predominância de masoquismo e duas com predominância de psicopatia. Esses três tipos de caráter

sobrecarregados são de alta carga, ou seja, tem muita energia e vida. São indivíduos que têm capacidade de ação e realização e que buscam controlar seus sentimentos para que eles não atrapalhem na execução de suas tarefas. São estruturas com mais carga na periferia, ou seja, mais energia nos braços, mãos, pernas e pés o que permite maior movimentação e interação com o ambiente.

Assim, pode se observar que em P1 (Tabela 5) há predominância de **rigidez** com **psicopatia** e traços de oralidade e masoquismo. A contenção diafragmática impede que a energia desça para pelve e pés, impedindo a manifestação dos sentimentos e da criatividade, porém ela se desloca para cima nas costas, centro da vontade, com a finalidade de ir para a luta sem fazer contato com as dores da vida.

Em P2 (Tabela 5) há predominância de **rigidez** e **oralidade** com traços esquizóides e masoquistas. O estado de alerta faz com que P2 tenha dificuldade em comemorar suas conquistas levando-a a buscar cada vez mais atividades para não entrar em contato com a sua insatisfação. A contenção diafragmática impede que a energia desça para pelve e pés, impedindo a manifestação dos sentimentos e da criatividade, porém ela se desloca para cima nas costas, centro da vontade, com a finalidade de ir para a luta sem fazer contato com as dores da vida. Apresenta tendência a dissociar para se defender do acúmulo de tarefas.

Em P3 (Tabela 5) há predominância da defesa **masoquista** com traços de rigidez e psicopatia. A contenção diafragmática impede que a energia desça para pelve e pés, impedindo a manifestação dos sentimentos e da criatividade, porém ela se desloca para cima nas costas, centro da vontade, com a finalidade de ir para a luta sem fazer contato com as dores da vida, ou seja, o sentimento de traição e humilhação.

Em P4 (Tabela 5) há predominância de **rigidez** com **oralidade** e traços de esquizóidia e masoquismo. A contenção diafragmática impede que a energia desça para pelve e pés, impedindo a manifestação dos sentimentos e da criatividade, porém ela se desloca para cima nas costas, centro da vontade, com a finalidade de ir para a luta sem fazer contato com as dores da vida.

Em P5 (Tabela 5) há predominância de **psicopatia** e **oralidade** e traços de rigidez e masoquismo. A contenção diafragmática impede que a energia desça para pelve e pés, impedindo a manifestação dos sentimentos e da criatividade, porém ela se desloca para cima nas costas, centro da vontade, porém com desconfiança e rigidez autoritária. Apresenta tendência a deprimir para se defender do acúmulo de tarefas.

Em P6 (Tabela 5) há predominância de **masoquismo** e **psicopatia** e traços de oralidade. A contenção diafragmática impede que a energia desça para pelve e pés, impedindo a manifestação dos sentimentos e da criatividade, porém ela se desloca para cima nas costas, centro da vontade, com a finalidade de suportar a carga e a pressão. Tendência a ser autoritária.

Em P7 (Tabela 5) há predominância de **masoquismo** com **oralidade** e traços rígidos e esquizóides. A contenção diafragmática impede que a energia desça para pelve e pés, impedindo a manifestação dos sentimentos e da criatividade, porém ela se desloca para cima nas costas, centro da vontade, com a finalidade de ir para a luta. Há uma tendência em suportar muita carga e pressão.

Em P8 (Tabela 5) há predominância de **rigidez** com **oralidade** e traços de esquizoidia. Provavelmente cumpre o trabalho que deve ser feito de maneira passiva sem usar criatividade e nem agressividade.

Em P9 (Tabela 5) há predominância de **psicopatia** e **oralidade**. A contenção diafragmática impede que a energia desça para pelve e pés, impedindo a manifestação dos sentimentos e da criatividade, porém ela se desloca para cima nas costas, centro da vontade, com a finalidade de suportar a carga e a pressão. Tendência a ser autoritária.

Em P10 (Tabela 5) há predominância de **rigidez** com **psicopatia** e traços de oralidade. A contenção diafragmática impede que a energia desça para pelve e pés, impedindo a manifestação dos sentimentos e da criatividade, porém ela se desloca para cima nas costas, centro da vontade, com a finalidade de ir para a luta sem fazer contato com as dores da vida.

O encouraçamento diafragmático aparece nos caracteres sobrecarregados levando o indivíduo a controlar, tolerar e agüentar as condições determinadas pela residência multidisciplinar de saúde como: carga horária elevada, diminuição de horas de sono, administrar as novas responsabilidades da profissão, lidar com pacientes difíceis e contar com corpo auxiliar insuficiente. A contração no segmento diafragmático tem a função de direcionar mais carga para o centro da vontade, que fica posicionado entre as escápulas. Pode se observar, durante a leitura corporal que as participantes apresentavam o centro da vontade preenchido e com bom distanciamento entre as escápulas.

Pode se concluir, então, que o encouraçamento diafragmático é uma estratégia que ajuda as participantes a manterem o nível de energia, mas que ao mesmo tempo é adoecedor quando essa estratégia é usada de maneira crônica, aumentando a pressão da periferia para o centro e a partir disso desenvolvendo patologias como hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, cardiopatias, tendência à AVC. Outro prejuízo causado pelo encouraçamento diafragmático é que ele não deixa a energia descer para as

pernas e pés. Esse processo faz com que as participantes não façam muito contato com seus sentimentos, e também, com a criatividade e a segurança básica.

Percebe-se, ainda pela análise das fotos, que os tornozelos da maioria das participantes revelam que pouca energia está chegando aos pés, comprometendo a sua condição de *grounding*, ou seja, da condição de estar segura nessa realidade. Logo, a Movimentação Consciente do Corpo levará as participantes a terem melhor *grounding*, ou seja, mais segurança e melhor percepção de si e da realidade externa. Quanto à respiração pode-se inferir, que se existe encorçamento diafragmático, existe comprometimento na respiração. O oxigênio é o veículo da energia de vida. Para que as participantes melhorem seus desempenhos, devem trabalhar a respiração com o objetivo de liberar e criar um novo sistema de controle que incremente mais vitalidade interferindo benéficamente no funcionamento energético.

Para Melillo (2005), o que faz com que uma pessoa fique mais resiliente é compreender e conhecer os fatores que a protegem dos efeitos adoecedores resultantes das más condições do ambiente humano e social e a previna de doenças físicas e mentais. Logo, compreender como a estrutura de caráter se desenvolveu e como ela se apresenta muscularmente na atualidade, interferindo na motilidade e homeostase da pessoa é fator de proteção para as participantes, pois a partir da compreensão da natureza do bloqueio é possível através da Movimentação Consciente do Corpo, aumentar a percepção e a consciência e liberar a emoção adequada para garantir maior motilidade e flexibilidade nas respostas às situações.

Alguns estilos de enfrentamento são considerados mais saudáveis e menos regressivos que outros. No caso, os caracteres, esquizóide e oral, são mais regressivos, de baixa carga tendendo utilizar a evitação. O caráter esquizóide faz pouco contato com o

corpo, tem dificuldade de lidar com as pressões do meio e isso se reflete na sua baixa capacidade de realizar ações. O oral está sempre dependendo do outro para resolver seus problemas. Tem dificuldade de se sustentar nos próprios pés e sofre de variação de humor, porém tendendo à depressão, pois acredita que o mundo está devendo algo para ele. Para sobreviver, alguns indivíduos com caráter oral precisam desenvolver outro tipo de defesa para encobrir a oralidade. Essa defesa é a rígida. Três participantes desse estudo mostraram essa combinação (P2, P5, P8). A rigidez faz com que o indivíduo seja mais ambicioso, competitivo e agressivo. No entanto, para mudar a postura do oral de uma coluna vertebral parecendo um “S” para uma coluna vertebral reta, que é característica do rígido, o oral faz uma contração diafragmática e em consequência disso aumenta a potência da energia, disponibilizando mais energia para a cabeça, ou seja, para as atividades intelectuais, mas também separa sentimentos da sexualidade, com a função de baixar a ansiedade e melhorar o foco. Outro caráter que aparece para encobrir a oralidade é a psicopatia. Nesse estudo também apresentaram essa combinação P5 e P9. O processo na coluna vertebral é o mesmo, porém o psicopata tem menos conexão com a base, ou seja, com o chão. São inteligentes, presentes e focados, porém o medo de fracassar faz com que eles fiquem completamente vulneráveis. Para isso deslocam toda a sua energia para a cabeça e perdem o contato com o chão e com os sentimentos relativos à sexualidade. Perder o contato com a pelve significa perder o contato com a criatividade e espontaneidade.

Finalmente P3, P6 e P7 apresentaram o caráter masoquista, cuja principal contenção é a diafragmática. O masoquista não se permite sentir prazer, por isso faz a contenção diafragmática. Ao contrário de sentir prazer ele precisa agüentar qualquer coisa, sem poder fazer nada por isso. O encouraçamento diafragmático vai substituir o controle materno e assim, a única coisa a ser feita é agüentar, pois seria um sacrilégio romper com uma mãe tão preocupada e amorosa. Dessa maneira o masoquista é o caráter mais

disponível, submisso e servil. Dizer “não” para ele pode significar não ser mais amado, então esse estilo de *coping* vai levá-lo a se submeter. Conhecer, aqui, o que é disposicional, ou seja, relativo ao caráter e aos estilos de *coping*, contribui para que a intervenção seja mais eficiente.

Entende-se que a couraça caracterológica, tal como classificada por Lowen, é uma expressão de estratégia de enfrentamento focada na emoção. Assim, saber, por meio da consciência corporal, como as estruturas de caráter estão relacionadas aos estilos de *coping* (portanto, à parte mais estável do enfrentamento psicológico), e como tais estilos podem ser alterados, ajudam, num movimento dialético, a interferir na própria constituição do caráter e dos fatores ou condições que os mantêm. Então, o processo psicoterapêutico corporal, incluindo a leitura corporal, enquanto condição para mudança das estratégias de enfrentamento pode permitir a liberação dos bloqueios musculares aumentando, assim, a percepção e a consciência da pessoa, gerando mais motilidade, confiança e vitalidade. Desta forma, o processo psicoterapêutico pode ter a capacidade de desenvolver estratégias de enfrentamento psicológico mais processual, ainda que partindo de certas condições de *coping* mais estáveis, ou seja, do estilo de *coping*.

Especificamente, entre as residentes, observaram-se três tipos de caráter, quais sejam, rígido, masoquista e psicopata (Tabela V), que são indicadores de alta carga energética e tendem a utilizar estratégias de enfrentamento psicológico focados na resolução de problemas, portanto, obtendo condições de, na sua maioria, permanecer na fase de resistência ao estresse. Contudo, há de se supor que a presença constante dos estressores leva a uma contração diafragmática constante (ou seja, força o movimento de resistência) implicando, possivelmente, na redução de sua efetividade como estratégia de enfrentamento (ou seja, na sua falência). A contenção diafragmática impede que a energia desça para pelve e pés, impedindo a manifestação dos sentimentos e da criatividade, porém

ela se desloca para cima nas costas, centro da vontade, com a finalidade de ir para a luta sem fazer contato com as dores da vida. Isto pode explicar, do ponto de vista corporal, os resultados de muitas residentes que já estão em fase de quase-exaustão e de exaustão.

Finalmente, na Tabela 7, são apresentados os dados da saúde geral dos participantes (P1 a P10) para cada fator analisado (*Stress* psíquico, Desejo de morte, Desconfiança no desempenho, Distúrbio do sono e Distúrbios psicossomáticos). Também, são apresentados os percentis, segundo a Tabela de Normas da Amostra de Padronização. Assim, de posse do escore de cada participante, apresenta-se o Percentil correspondente.

A partir da análise da Tabela 7, pode-se afirmar que todas as participantes do grupo, com exceção de P7 apresentaram o fator *Stress* Psíquico com percentil maior que 90 e valores maiores que 3,00, revelando que todas apresentaram distúrbios menores em relação ao estresse. P5 apresentou todos os fatores acima do percentil de 90, com valores acima de 3,00, por isso foi a participante com maiores índices de estresse.

O fator Distúrbios Psicossomáticos, também, foi preocupante, pois, a maioria das participantes apresentou percentil maior que 90 e valores acima de 3,00. Por fim, o índice de Saúde Geral também apareceu com referencial acima dos limites aceitáveis, pois, todas as participantes apresentaram percentil maior que 90, com exceção de P7 que se estava no limite. Nesse estudo, nenhum protocolo ficou sem resposta. Conclui-se que todas as participantes estavam com sua saúde geral comprometida.

Tabela 7 – Indicadores do QSG das residentes multiprofissionais da área da saúde (N=10).

Fatores	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Stress Psíquico	3,3	3,1	3,2	3,8	3,8	3,0	2,8	3,8	3,1	3,3
Percentil	>90	>90	>90	>90	>90	>90	Lim	>90	>90	>90
Desejo de Morte	1,6	1,6	1,9	1,7	3,0	1,2	1,5	2,2	1,5	1,5
Percentil	<85	<85	Lim	<85	>90	<85	<85	>90	<85	<85
Desconfiança no Desempenho	2,8	2,5	2,6	3,0	3,4	2,9	2,6	3,3	3,2	2,9
Percentil	>90	Lim	Lim	>90	>90	>90	Lim	>90	>90	>90
Distúrbios do sono	1,7	2,0	3,6	2,7	3,5	2,5	2,2	2,0	1,5	2,2
Percentil	<85	<85	>90	Lim	>90	Lim	<85	<85	<50	<85
Distúrbios Psicossomáticos	3,3	2,6	3,0	2,8	3,1	3,2	2,3	3,2	2,9	3,2
Percentil	>90	>90	>90	>90	>90	>90	<85	>90	>90	>90
Saúde Geral	2,7	2,5	3,0	2,8	3,3	2,7	2,3	3,2	2,6	2,8
Percentil	>90	>90	>90	>90	>90	>90	Lim	>90	>90	>90

(*)Valores maiores ou iguais a 3,00 em qualquer um dos fatores são indicadores de presença de distúrbio. (**) Valores com percentil maiores que 90 são indicadores acima do limite aceitável.

Conclusão

O Programa de Residência Multiprofissional na área da Saúde circunscreve um ambiente estressante no qual as residentes sofrem ação de estressores tanto no âmbito profissional como no pessoal. Desde a sua seleção, as residentes percebem serem submetidas a uma grande pressão. Durante o curso, a carga horária de 60 h semanais, a falta de maturidade em relação a profissão e os problemas pessoais que essas jovens profissionais encontram são considerados estressores e complicadores da conduta das residentes, além de serem fatores de risco que potencializam uma condição de vulnerabilidade psicofísica expressa em seus corpos. Enfim, não há como negar que a proposição de um processo psicoterapêutico corporal contribuiria para o gerenciamento do enfrentamento dos fatores estressores pessoais, institucionais e relacionais, implicando em melhores resultados de qualidade de vida e de formação de recursos humanos para a área da saúde.

Considerações Finais

O presente trabalho possibilitou uma aproximação da realidade de trabalhadores da área de saúde dentro de um programa comprometido com uma formação para o trabalho em equipe de saúde. Por meio do estudo dos fatores estressores, do enfrentamento psicológico - sobretudo numa perspectiva da leitura corporal, e da saúde geral de Residentes do sexo feminino de uma instituição pública de saúde, pode-se observar o quanto tais temas são relevantes e necessitam serem submetidos a uma análise reflexiva constante.

Este estudo indica contribuições, ao menos, em três grandes áreas, quais sejam: a da saúde do trabalhador, a da formação de recursos humanos para a área da saúde e da psicologia da saúde numa contribuição da teoria de estresse e da terapia corporal.

Quanto a saúde do trabalhador, há de se destacar que tanto os aspectos de personalidade, quanto a organização e o funcionamento da instituição de saúde expõe o trabalhador a condições de estresse que quando mal gerenciadas levam a produção de sintomatologias diversas e, no limite, a doenças de natureza psicossomáticas.

No que se refere a formação de recursos humanos, o programa de residência multiprofissional na área da saúde, dado a sua pouca história na área formativa do Sistema Único de Saúde (SUS), tem lidado com diversas dificuldades na construção de um ensino em serviço para as práticas interdisciplinares, exigindo de seus atores o uso criativo de energia e o enfrentamento de problemas relativos aos diversos níveis relacionais na instituição. Neste sentido, este estudo apresenta-se como uma referência para a reflexão de tais práticas.

Por fim, para a psicologia da saúde enquanto especialidade, este estudo contribui com a articulação de temas mais usuais nas práticas dos psicólogos no hospital – tais como

o estresse e as estratégias de enfrentamento psicológico – com temas menos recorrentes, ainda que consagrados na psicologia clínica, tal como o conhecimento sobre as terapias corporais. Desta forma, o exercício aqui efetivado de integração desses diversos fenômenos, a partir da realidade das residentes multiprofissionais da área da saúde, demarca a possibilidade de um novo olhar acerca da relação saúde-doença.

Todas essas informações podem servir de subsídio para o Programa de Movimentação Consciente do Corpo que é uma proposta que contribui na redução dos níveis de estresse, trazendo benefícios para a saúde física, emocional e mental das residentes. A partir do autoconhecimento e da nova consciência, compreende-se que as pessoas poderão construir um senso de identidade mais real, o que lhes proporcionará mais segurança frente os eventos da vida.

Sugere-se, do ponto de vista metodológico, que este estudo seja ampliado ao grupo de residentes do primeiro ano (R1) para ser comparado aos resultados dos residentes de segundo ano (R2). Adicionalmente, o uso da técnica de análise bioquímica, por meio da saliva, poderia estender-se a análise de material do sangue, cuja literatura tem considerado mais promissora.

A comparação de indicadores de estresse, de estratégia de enfrentamento e das coudanças por meio da condução de um processo de terapia corporal (proposta maior desse projeto de pesquisa) poderá evidenciar tais fenômenos e suas interrelações, a partir de uma metodologia sistemática de pesquisa.

Referências

Abrahão, J., Cruz, R. M. (2008). Perspectivas de Investigação do mal-Estar no Trabalho com Base nos Modelos Teóricos do Estresse e da Psicodinâmica do Trabalho. Em A. Tamayo (Org.), *Estresse e Cultura Organizacional*. (PP. 107-125). São Paulo: Casa do Psicólogo: All Books

Andrews, S. (2003). *Stress a seu favor*. São Paulo: Ágora.

Antoniazzi, A. S., Aglio, D. D. D., Bandeira, D. R. (1998) O Conceito de *Coping*: Uma Revisão Teórica. *Estudos de Psicologia* 3 (2), 273-294.

Antoniazzi, A. S. (1999). *Desenvolvimento de Instrumentos para Avaliação de Coping em adolescentes Brasileiros*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Baker, E. F. (1980). *O Labirinto Humano: causas do bloqueio da energia sexual*. São Paulo: Summus.

Ballone, G. J. (1999). *Estresse*. Retirado do website <http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress1.html> no dia 08/01/2007.

Benedicto, S. C.; Abbud, E. L.; Penido, A. M. da S. & Pereira, W. D. (2006). Estresse e psicopatologias no ambiente de trabalho: conceitos, contextos, manifestações e consequências. *Seminários em Administração FEA-USP – IX SEMEAD R. H.*, São Paulo: USP.

Calegari, D. (2001). *Da teoria do corpo ao coração: uma visão do homem a partir da energia cósmica*. São Paulo: Summus.

Capra, F. (2006). *O TAO DA FÍSICA - Um paralelo entre a Física Moderna e o Misticismo Oriental* (J. F. Dias, trad.) (Rev. ed.), São Paulo: Cultrix.

Carvalho, F. T., Morais, N. A., Koller, S. H. & Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (9), 2023-2033.

Carvalho, S. P. M., Trovisqueira, A. M. (2009). A Personalidade na Etiologia e Progressão da Doença Física. *O Portal dos Psicólogos*, Retirado em 07/05/2010, do site: www.psicologia.com.pt.

Castro, M. G.; Andrade, T. M. R & Muller, M. C. (2006). Conceito mente e corpo através da História. *Psicologia em Estudo de Maringá*, 11 (1), 39-43.

Chamon, E. M. Q. de O. (2006). Estresse e estratégias de enfrentamento: o uso da escala toulousaine no Brasil. *Rev. Psicol., Organ. Trab.* [online]. 2006, vol.6, n.2, pp. 43-64. ISSN 1984-6657.

Cipullo, M. A. T. (2002). *Decifrando Posturas: corpo e existência na compreensão psicodiagnóstica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Costa Neto, S. B, Katopodis, V. M (2012) Avaliação de Estresse de Residentes Multiprofissionais de um Hospital Universitário no Centro Oeste brasileiro. *9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Livro de Resumos.

Dahlke, R.& Dethlefsen, T. (1983). *A Doença como Caminho* (Z. H. Schild, trad.) São Paulo: Cultrix.

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.

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.23-38). Porto Alegre: Artmed.

Ito, P. C. P. & Guzzo, R. S. L. (2002). Diferenças Individuais: Temperamento e Personalidade; Importância da Teoria. *Revista Estudo de Psicologia*, PUC-Campinas, 19 (1), 91-100.

Kurtz, R., Prester, H. (1989) *O corpo revela: um guia prático para leitura corporal*. São Paulo: Sumus.

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.

Lowen, A. (1977). *O corpo em Terapia*. São Paulo: Summus.

Lowen, A. (1982). *Bioenergética*. São Paulo: Summus.

Lowen, A. (1985). *Exercícios de bioenergética: o caminho para uma saúde vibrante*. São Paulo: Ágora.

Maluf Jr., N. (2000). *Reich: o corpo e a clínica*. São Paulo: Summus.

Melillo, A. (2005). Alguns Fundamentos Psicológicos do Conceito de Resiliência. Em A. Melillo, E. N. S. Ojeda & colaboradores (Orgs.), *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas* (pp.59-72). Porto Alegre: Artmed.

Navarro, F. (1995). *Somatopsicodinâmica: sistemática reichiana da patologia e da clínica médica*. São Paulo: Summus.

Navarro, F. (1996). *Metodologia da Vegetoterapia caracter-Analítica: sistemática, semiótica, semiologia, semântica*. São Paulo: Summus.

Neves, J. L. (1996). *Pesquisa Qualitativa – Características, usos e possibilidades*. *Caderno de Pesquisas em Administração*, 1 (3), 1-5.

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.

Oliveira, J. A. (2008). *O objeto a e o “positivismo de Freud”*. *Latusa digital* ano 5, 32, 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, A. et al. (2004). Envelhecimento, estresse e sociedade: uma visão psiconeuroendocrinológica. *Ciências & Cognição*, 1, 34-53.

Reich, W. (1990). *A Função do Orgasmo* (M. G. Novak, trad.). São Paulo: Círculo do Livro.

Reis, J. C. (1998). *O Sorriso de Hipócrates: A Integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Vega.

Rey, F. L.G. (2002). *Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Ribeiro, M. C. O., Sani, A. I. (2009). *Revista da Faculdade da ciência da Saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480.6, 400-407.

Santos, F. R. (2004). *Problemas Psicossociais no doente cardíaco. O papel da reabilitação cardíaca. Revista Portuguesa de Psicossomática*, Porto, 6 (1): 37-42.

Sanvito, W. L. (1982). *O cérebro: suas vertentes*. São Paulo: Panamed.

Seaward, B. L. (2009). *Stress – aprenda a lidar com as tensões do dia-a-dia e Melhore sua qualidade de vida* (M. G da Silva, trad.) (Rev. ed.). São Paulo: Editora Novo Conceito.

Selye, H. (1956). *Stress- a Tensão da Vida* (F. Branco, trad.), São Paulo: IBRASA.

Stolkiner, J. (2008). *Abrindo-se aos mistérios do corpo: seminários de ergonomia*. Porto Alegre: Alcance.

Taboada, N. G., Legal, E. J. & Machado, N. (2006). Resiliência: em busca de um conceito. *Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano*, 16 (3), 104-113.

Testa, A. L. (2008). A crítica de Reich sobre o paradigma mecanicista de ciência. In: *Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro, Convenção Brasil/Latino-América, XIII, VIII, II, 2008. Anais*. Curitiba: Centro Reichiano, 2008. CD-ROM. [ISBN – 978-8 5-87691-1 3-2]. Disponível em: www.centroreichiano.com.br. Acesso em: 25/01/2011.

Volpi, J. H. (2002). Ser Humano: um emaranhado químico, energético e caracterial. Em J. H. Volpi & S. M. Volpi (Orgs.), *Psicologia Corporal* (p.116-120). Curitiba: Centro Reichiano.

Wilber, K. (2001). *Uma breve história do universo: de Buda a Freud: religião e Psicologia unidas pela primeira vez* (I. Carvalho, trad.). Rio de Janeiro: Record: Nova Era.

Zakir, N. S. (2003) Mecanismos de *coping*. In: LIPP, M. E. N. (Org.). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 93-98.

Zanchetta, C., Barbieri, D. (2004). O estresse no seu corpo: aprenda a transformá-lo em energia. *Anais da Convenção Brasil Latino América, Congresso Brasileiro e Encontro Paranaense de Psicoterapias Corporais*. Foz do Iguaçu: Centro Reichiano. CD-ROM. [ISBN - 85-87691-12-0].

Anexo 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**. 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 pesquisadora tem como objetivo avaliar se a movimentação consciente do corpo é capaz de reduzir o estresse e de propiciar mais vitalidade para a pessoa. A pesquisadora responsável pela pesquisa é a psicóloga Valéria Moraes Katopodis - Fone: 62 35416707.

Você responderá primeiramente a um questionário chamado QSG – Questionário de Saúde Geral. Esse questionário faz algumas perguntas para saber se você tem os sintomas físicos e psicológicos que estariam relacionados aos sofrimentos causados pelas sobrecargas de trabalho e outras tensões do dia-a-dia. Se o resultado desse teste combinar com o que pretende a pesquisa, você será encaminhado para a próxima etapa. Caso não combine, a pesquisadora lhe explicará o porquê da sua não continuidade na pesquisa.

Vencida essa etapa 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.

Seguindo o cronograma de seleção, você será fotografado em roupa de banho. As fotos serão feitas com você em pé de frente, perfil e costas, e em *grounding* invertido de perfil. O seu rosto será protegido por uma tarja preta para que sua identidade seja protegida.

Na etapa final da seleção será feita a coleta do cortisol, no laboratório indicado pelas pesquisadoras. A coleta não causa dor nem desconforto. Você receberá um tubo do laboratório com um algodão dentro. Deverá colocar esse algodão na boca por três minutos e devolvê-lo ao tubo, que será enviado para o laboratório. Assim, fica concluída a primeira fase da pesquisa.

Após essa etapa você participará de um sorteio podendo ser escolhido para o grupo controle e para o grupo experimental. Caso você seja escolhido para o grupo controle, não será submetido à intervenção com a movimentação consciente do corpo e a cada quatro sessões você deverá responder a uma entrevista que avaliará os causadores de sofrimento no seu dia-a-dia, ou seja, os estressores, como você está conseguindo lidar com os mesmos e coletar o cortisol como os outros participantes do grupo de intervenção.

Se você for selecionado para o grupo experimental, após a etapa de seleção, iniciam-se as sessões de movimentação consciente do corpo. A movimentação consciente do corpo visa desbloquear as tensões, liberar a sua respiração, aumentar a sua expressividade e autoconfiança. Serão dez 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. A cada quatro sessões você deverá responder a uma entrevista que avaliará os causadores de sofrimento no seu dia-a-dia, ou seja, os estressores, e como você está conseguindo lidar com os mesmos. Nessas sessões também será coletado o cortisol para estudo comparativo.

No final da pesquisa você responderá novamente ao questionário QSG, aquele que você respondeu no início da pesquisa. Fará nova coleta do cortisol, no laboratório indicado pelas pesquisadoras. Também responderá a um questionário final sobre os estressores e as estratégias para lidar com eles. Se você for escolhido para o grupo controle, ao final desse estudo será convidado para participar de um grupo de intervenção com a movimentação consciente do corpo.

Riscos e Benefícios da sua Participação no projeto

Normalmente as pessoas não relatam nenhum tipo de sofrimento, constrangimento ou dor por participarem das atividades propostas nesta pesquisa. No entanto, é possível que você se sinta desconfortável ao ter que falar sobre algum assunto mais delicado da sua vida ou sinta um pouco de ansiedade por alguma situação que você ainda não conhece. Essas coisas são normais, mas se você se sentir muito incomodado, os pesquisadores farão todo o possível para que você se sinta bem e seu problema seja resolvido sem nenhum custo para você, inclusive encaminhando-o para outros profissionais se for o caso. Outra coisa que poderá ocorrer são dores no corpo por causa dos exercícios. Também, neste caso, será dado todo o apoio necessário e esclarecimento que pedir. De qualquer forma você tem direito a 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 benefícios da sua participação nessa pesquisa, podemos citar a mobilização dos conteúdos emocionais e das tensões corporais, através de movimentos com consciência do corpo, maior contato com suas emoções e sensações o que poderá possibilitar a redução do nível de estresse. 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, _____, RGn° _____

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: _____

RG: _____

Fone: (0xx) _____

Data ____/____/____

Assinatura do participante

Testemunha

Anexo II

Questionário Sócio Demográfico e Dados Clínicos

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Cep: _____ CI: _____

Fone: _____ Data de Nasc: ____ / ____ / ____

Fone celular: _____ Fonecomerc: _____

e-mail: _____

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 _____

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	Nu nca	Rarame nte	Às vezes	Frequentem ente	Constante mente
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.					

Anexo IV

Entrevista

- 1- Fale sobre o que você considera ser mais estressante para você nesse momento.
Você poderá relatar até três situações estressantes diferentes.
- 2- Descreva as estratégias que você utiliza para lidar com essas situações estressantes.
- 3- Descreva que atitudes suas fazem com você entre nessas situações estressantes.
- 4- Comentários e Sugestões.

Anexo V

Roteiro de leitura corporal segundo a descrição Calegari (2001), Cippulo (2002), Kurtz e Presteria (1989) e Stolkiner (2008).

Caráter / Segmento	Esquizóide	Oral	Masoquista	Rígido	Psicopata
<i>Visual</i>	Olhos frios, vazios e distantes faltando expressão e contato. Podem apresentar expressão de medo e confusão. Falta atitude ativa.	Olhos fracos com tendência a miopia. São infantis, tristes e podem apresentar pálpebras rebaixadas como se estivessem sonolentos. Expressam pedido, apelo e súplica, dando a impressão de vítima.	Olhos abertos demonstrando medo e desconfiança ou malevolência e malícia. Olhar suave, doce, de dor revelando sofrimento.	Olhos brilhantes, vivos, alegres e úmidos.	Olhos atentos, vigilantes e desconfiados. No tipo sedutor o olhar é doce, sedutor e intrigante. No tipo intimidador é penetrante, impositivo e assustador para intimidar e subjugar o outro.
<i>Oral</i>	Lábios finos com maxilar rígido.	No tipo insatisfeito os lábios são grossos projetados para frente como se fossem chupar e o maxilar é projetado para frente. No tipo repressivo os lábios são finos, o maxilar é estreito e puxado para trás.	Queixo é largo e forte com a boca firmemente fechada. Tensão nos maxilares.	Boca harmônica e viva.	Queixo proeminente, lábios serrados. No tipo sedutor os lábios têm mais vida.
<i>Cervical</i>	Pescoço fino, frágil e esguio. Tensão na base do crânio. Cisão entre cabeça e corpo.	Pescoço frágil com fortes tensões anteriores.	Pescoço forte e curto como se a cabeça estivesse colada no corpo.	Pescoço forte sustentando a cabeça com orgulho.	Pescoço forte e rígido sustentando a cabeça com orgulho e superioridade.
<i>Peitoral</i>	Peito chato, macio com pouca mobilidade voluntária,	Há colapso no alto do peito e afundamento do esterno ou esterno saltado. Ombros frágeis e caídos, braço longos.	Peito roliço, ombros e braços roliços, musculosos e curtos. Na mesma altura nas costas aparece a corcova masoquista.	Peito bem formado e harmônico com forte contenção diafragmática.	Intenso deslocamento superior como se o peito fosse um balão e estreitamento do diafragma.
<i>Diafragmático</i>	Movimentos respiratórios quase ausentes.	Tensão muscular, respiração abdominal apresentando a	Tensão muscular e abaulamento com tendência	Musculatura forte sem gordura separando a	Intensa faixa de contenção na musculatura diafragmática.

		expiração ativa.	a acúmulo de gordura. Dobra na cintura devido ao encurtamento e enrugamento para cima das nádegas mais o peso da tensão do diafragma. Tensão na região lombar.	pelve do peito. A respiração pode ser paradoxal.	Respiração abdominal quase ausente.
<i>Abdominal</i>	Plano, sem gordura e com musculatura espática. Baixa vitalidade e pouco espaço vital.	Expiração abdominal forçada empurrando para cima. Barriga pendurada como se não houvesse força vital para mantê-la erguida.	Tensão intensa nas paredes abdominais, aspecto roliço e globoso. Acúmulo de gordura, diminuição da motilidade e mobilidade com lentidão dos movimentos intestinais.	Paredes abdominais são rígidas e musculosas, sem gordura com contenção abdominal e diafragmática. Energia paralisada nos flancos.	Abdome espremido com pelve e diafragma comprimidos.
<i>Pélvico</i>	Pelve pouco desenvolvida.	Pelve tensa com pouca motilidade e mobilidade.	Pelve tensa formando um bloco roliço com o corpo.	Pelve puxada para trás com quadril largo e com carga.	Pelve espremida e tensa. Nas mulheres pode apresentar pelve com retenção masoquista.