



INCISA - INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS E SAÚDE

Curso de Pós-Graduação em Terapia Transpessoal

ALEXSANDRO FABRÍCIO MELO SIMÕES

**TERAPIA TRANSPessoAL SISTÊMICA: UMA PROPOSTA DE
RECUPERAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO PROFISSIONAL DE
SAÚDE INTENSIVISTA VÍTIMA DE ESTRESSE OCUPACIONAL**

SALVADOR

2013

ALEXSANDRO FABRÍCIO MELO SIMÕES

**TERAPIA TRANSPESSOAL SISTÊMICA: UMA PROPOSTA DE
RECUPERAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO PROFÍSSIONAL DE
SAÚDE INTENSIVISTA VÍTIMA DE ESTRESSE OCUPACIONAL**

Monografia apresentada ao curso de Pós-graduação em Terapia Transpessoal, do Instituto Superior de Ciências e Saúde - INCISA, como requisito parcial para obtenção do título de especialista *latusensu*.

Orientador: Profa. Vera Eça

SALVADOR

2013

RESUMO

A qualidade de Vida no Trabalho tem sido um objetivo muito buscado por profissionais e empresas e muito discutido nas últimas décadas, em especial em algumas atividades ou funções com maiores riscos, como é o caso dos profissionais de saúde intensivistas. Apesar dos inúmeros estudos sobre o tema, ainda se faz necessário aprofundar os conhecimentos, pois o trabalho em UTI ainda representa risco à saúde do profissional, por ser um tipo de trabalho desenvolvido em circunstâncias altamente estressantes. Desse modo, torna-se fácil compreender a problemática da profissão, da qual se diz ser de uma submissão consentida, que se vê confrontada com situações difíceis e estressantes. Logo, uma alternativa a ser discutida para cuidar desses profissionais é a Terapia Transpessoal Sistêmica, que se propõe a cuidar da pessoa interagindo-se com o meio. Esta pesquisa tem por objetivo fundamental discutir a situação de estresse por que passam os profissionais de saúde intensiva, com vistas à aplicação da Terapia Transpessoal numa retomada de sua qualidade de vida. Seu desenvolvimento foi feito por meio de uma pesquisa bibliográfica, com abordagem qualitativa. E como principal resultado se tem que o trabalho em UTI é altamente estressante, comprometendo a qualidade de vida do profissional que lá atua, podendo ser a Terapia Transpessoal Sistêmica um importante e eficaz instrumento para recuperar a qualidade de vida desses profissionais.

Palavras-chave: Estresse; Terapia Transpessoal Sistêmica; UTI; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Quality of Working Life has been a long sought goal by professionals and companies, and much discussed in recent decades, especially in some activities or functions at high risk, such as health professionals intensivists. Despite numerous studies on the subject, it is still necessary to deepen the knowledge, because the work is still in ICU risk to health professional, as a kind of work in highly stressful circumstances. Thus, it becomes easy to understand the problems of the profession, which is said to be a consensual submission, which is confronted with difficult and stressful situations. Therefore, an alternative being discussed to take care of these professionals is Transpersonal Therapy Systemic, which proposes to take care of the person interacting with the environment. This research aims to discuss the critical situation of stress they undergo intensive health professionals, with a view to application of transpersonal therapy in a resumption of their quality of life. Its development was done through a literature search, qualitative approach. And the main result has been that the ICU work is highly stressful, affecting the quality of life of the professional who works there, can be Systemic Therapy Transpersonal an important and effective tool for recovering quality of life of these professionals.

Keyword: Stress, Systemic Therapy Transpersonal; ICU; Quality of life

AGRADECIMENTOS

A Lúcia, minha linda companheira, que, até sem perceber, sempre me incentiva a crescer como profissional e como ser humano.

Ao meu filho, Heitor, pela alegria e propósito que trouxe a minha vida.

A Ângela, minha terapeuta, pelo incentivo nos encontros terapêuticos.

A Vera Eça, minha orientadora pela paciência e pela praticidade no direcionamento do trabalho.

Ao Grupo Omega, Dirigentes, Funcionários e Docentes, pela dedicação e disponibilidade.

LISTA DE SIGLAS

BIREME – Biblioteca Virtual em Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

RS – Rio Grande do Sul

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

ALEXSANDRO FABRÍCIO MELO SIMÕES

**TERAPIA TRANSPESSOAL SISTÊMICA: UMA PROPOSTA DE
RECUPERAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO PROFÍSSIONAL DE
SAÚDE INTENSIVISTA VÍTIMA DE ESTRESSE OCUPACIONAL**

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Pós-Graduado em Terapia Transpessoal no Instituto Superior de Ciências e Saúde pela Banca Examinadora formada pelos seguintes professores:

Professor	Título	Instituição
-----------	--------	-------------

Professor	Título	Instituição
-----------	--------	-------------

Salvador-BA

2013

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
1.1	MÉTODO	10
2	ESTRESSE OCUPACIONAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE INTENSIVISTA E QUALIDADE DE VIDA	13
2.1	O DIA A DIA DO PROFISSIONAL INTENSIVISTA	13
2.2	ESTRESSE NO TRABALHO	15
2.3	ESTRESSE EM UTI	18
2.4	O ESTRESSE E O PROFISSIONAL INTENSIVISTA	22
2.5	QUALIDADE DE VIDA: CONCEITOS E DEFINIÇÕES	24
2.6	A BUSCA PELA QUALIDADE DE VIDA NO CAMPO FÍSICO E MENTAL	26
3	A TERAPIA TRANSPESSOAL SISTÊMICA	28
3.1	BREVE HISTÓRICO	28
3.2	CONCEITO	30
3.3	O MÉTODO DE ATUAÇÃO	32
3.4	REIKI – UMA PROPOSTA TRANSPESSOAL	34
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
	REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são unidades onde se encontram internados pacientes graves que necessitam de cuidados diretos e intensivos, pois seu quadro de saúde pode facilmente evoluir para a morte; além disso, é um setor fechado onde o entrosamento com outros setores é bastante diminuído. Desse modo, as UTI's são espaços naturalmente mobilizadores de emoções e sentimentos que freqüentemente se expressam de forma muito intensa. Trabalhar numa UTI envolve aspectos gratificantes e limitantes que estão presentes no seu mundo e na vida.

A terapia Intensiva é uma especialidade voltada a pacientes que estão em estado crítico, que comumente precisam de uma assistência intensiva e monitorada. Logo os profissionais de saúde intensivistas, são aqueles que trabalham diretamente com pacientes em estado crítico, sejam eles médicos, enfermeiros, terapeutas, técnicos etc. Geralmente em ambiente hospitalar, mais segmentado em UTI's.

Os cuidados intensivos em regra são oferecidos apenas para pacientes cuja condição é potencialmente reversível e tem chance de sobreviver com o apoio de terapia intensiva. Um pré-requisito para a admissão de uma unidade de cuidados intensivos é que a condição subjacente deste paciente possa ser superada. Portanto, o tratamento intensivo é usado apenas para ganhar tempo para que a aflição aguda possa ser resolvida. Por isso, o trabalho dos profissionais de saúde intensivista é um tipo de trabalho desenvolvido em circunstâncias altamente estressantes.

O estresse é um problema atual, estudado por vários setores profissionais, pois apresenta risco para o equilíbrio normal do ser humano. Há cada vez mais uma preocupação com a saúde dos trabalhadores para que os

danos sejam evitados e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) há um favorecimento da saúde física e mental quando o trabalho se adapta às condições do trabalhador e quando os riscos para a sua saúde estão sob controle.

Na área da saúde, o stress ocupacional está relacionado a situações específicas tais como: problemas de relacionamento da equipe multidisciplinar, ambigüidade e conflito de funções; dupla jornada de trabalho e atividades domésticas; pressões exercidas pelos superiores de acordo com a percepção do indivíduo e alterações sofridas dentro do contexto de sua atividade.

Assim, torna-se necessário compreender a problemática da profissão do intensivista, seja o médico, enfermeiro, fisioterapeuta, ou demais profissionais que atuam nesse ambiente, que se vê confrontada com situações difíceis e estressantes, e, sobretudo buscar uma alternativa de terapia que alivie o estresse desses profissionais, resgatando sua qualidade de vida. Considerando que o problema aqui abordado atinge a esfera emocional em caráter coletivo e que é gerado por questões interacionais, seja do indivíduo com o outro, seja com o meio, a terapia transpessoal apresenta-se como uma alternativa a ser analisado como possibilidade de resolver, ou ao menos minimizar o estresse em profissionais de saúde intensivistas.

Tamanha é a complexidade dos problemas enfrentados pelas pessoas e sociedade nos tempos mais recentes, que chegou-se à beira de num grande colapso. As abordagens clássicas acadêmicas, principalmente nas áreas médicas e psicológicas não estão congruentes com o atual grau de exigência e complexidade dos conflitos maiores do ser humano deste novo século, na sua vida diária, assim, faz-se necessário testar novos caminhos.

Nesses termos, esta pesquisa tem por objetivo geral discutir a situação de estresse por que passam os profissionais de saúde intensiva, com vistas à aplicação da terapia transpessoal numa retomada de sua qualidade de vida.

E como objetivos específicos: Revisar a literatura sobre a qualidade de vida; Identificar os principais fatores causadores de stress no profissional de saúde no ambiente de UTI; Pesquisar as possibilidades de aplicação da terapia transpessoal no tratamento de estresse ocupacional.

Esse pesquisa é relevante, na medida que pretende retomar a qualidade de vida desses profissionais, que estão comprometidos pelo estresse gerado no seu ambiente de trabalho, assim ganha o profissional, ganha também a ciência, pois evolui-se com o conhecimento científico, oferecendo por esta academia o seu papel social.

1.1 MÉTODO

Cumprindo o rigor científico necessário a uma pesquisa é apresentada a metodologia utilizada no presente trabalho.

Quanto ao nível trata-se de uma pesquisa exploratória. As investigações desta natureza objetivam aproximar o pesquisador de um fenômeno atual para que este se familiarize com as características e peculiaridades do tema a ser explorado, para assim desvendar obtendo percepções, idéias desconhecidas e inovadoras sobre os mesmos. Subsídios que servirão para descrever os elementos e situações do tema explorado de forma mais precisa (VERGARA, 1998).

A pesquisa foi desenvolvida por meio de uma pesquisa bibliográfica, ou de dados secundários, segundo Figueiredo (1990), a revisão de literatura é

parte integral do desenvolvimento da ciência. Tem a função histórica de fornecer aos profissionais de qualquer área informação sobre o desenvolvimento corrente da ciência e sua literatura, e a função de atualização.

O valor deste tipo de pesquisa está em favorecer uma avaliação de um tema de uma forma não feita pelo autor original, renovando então o conhecimento (MARCONI, 1996). Logo, esta pesquisa adota em sua metodologia a pesquisa de dados secundários com uma abordagem descritiva.

A coleta de dados foi realizada por meio de levantamento retrospectivo de publicações científicas, em trabalhos indexados nas bases de dados eletrônicas como: SCIELO, Bireme, *PubMed* e Medline, em revistas científicas. Também foi feita uma verificação em acervo em biblioteca e acervo particular do autor e nos programas de mestrado e doutorado nacionais. O critério de busca a ser feito usara as seguintes palavras chaves: intensivista; estresse, terapia transpessoal sistêmica. A seleção dos dados foi feita tendo com critério de exclusão o caráter não científico da publicação e como critério de inclusão a relação com o tema, a língua portuguesa e inglesa.

Quanto ao tratamento de dados, seguramente essa é a etapa mais importante da pesquisa, pois é dessa forma que surge o resultado dela. Essa análise e interpretação dos dados sempre devem ser trabalhadas em conjunto e interligadas ao referencial teórico que serviu de base à pesquisa.

Tanto a análise como a interpretação tem objetivos próprios, conforme diz Dencker e Da Viá (2002, p. 33):

Objetivo da análise: resumir as observações sistematizadas e organizadas durante o processamento dos dados, procurando dar condições que permitam oferecer respostas aos problemas da pesquisa;

Objetivo da interpretação: procura conferir um estudo mais amplo às respostas encontradas pela pesquisa, estabelecendo a relação entre elas e outros conhecimentos já existentes.

Concluída esta etapa partiu-se para a elaboração do relatório da pesquisa, neste caso monografia, que deve ser claro, coerente com a proposta de estudo e valoroso à ciência.

O relatório foi estruturado em quatro partes, sendo elas a introdução, momento em que se apresenta o tema, os objetivos e a metodologia utilizada durante a pesquisa.

Na segunda parte do trabalho se faz uma revisão bibliográfica sobre o estresse ocupacional. Iniciando com uma abordagem generalizada, em seguida migrando para o ponto específico dos profissionais intensivistas e a qualidade de vida desses profissionais.

A terceira parte do trabalho discute a Terapia Transpessoal Sistêmica, como uma escola possível a ser aplicada nos cuidados do profissional intensivista vítima de estresse ocupacional. O Reiki é apresentado como uma terapia alternativa para minimizar os efeitos do estresse.

Por fim são apresentadas as considerações finais do trabalho, quando se demonstra os principais achados da pesquisa com vistas a aplicação da terapia transpessoal numa retomada de qualidade de vida desses profissionais.

2 ESTRESSE OCUPACIONAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE INTENSIVISTA E QUALIDADE DE VIDA

2.1 O DIA A DIA DO PROFISSIONAL INTENSIVISTA

O dia a dia do trabalho do profissional intensivista não considera as dificuldades do trabalhador, sendo essas dificuldades de ordem diversas, inclusive fora do ambiente de trabalho. Contudo, há uma demanda que ele jamais propague ao paciente e/ou familiares destes seus dissabores, ao contrário, espera-se serenidade. O papel de cuidador e abnegado é introjetado pelo profissional.

Assim, Dejourset *al.* (1994) afirmam que

a organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora.

Belland e Passos (1978) avaliam que as penúrias pessoais do profissional intensivista e sua amargura em relação às circunstâncias com as quais ele enfrenta geralmente depreciam o tipo de atendimento que ele tem potencial a oferecer, podendo causar um sofrimento no profissional.

Haddad *et al.* (1985), demonstram que há um despreparo emocional do profissional de saúde, exceto os psicólogos, no cuidado com pacientes terminais. Os profissionais apresentavam-se ansiosos perante o uso de tratamentos agressivos, como a quimioterapia que gera efeitos colaterais intensos e visíveis. Demonstraram também que os profissionais sentiam-se

despreparados para enfrentar o óbito do paciente, expressando lástimas de impotência profissional. Geralmente os profissionais de saúde identificam-se com os pacientes receando que lhes possa acontecer a mesma coisa e sentem-se culpados quando o mesmo falece.

Assim, se tem que a formação do profissional de saúde, independente do nível baseia-se na teoria de Taylor (FIGUEIREDO *et al.*, 1996), demandando dos trabalhadores uma dedicação extremada, pois freqüentemente estão sendo "vigiados" pelos outros profissionais da equipe de saúde, por administradores, e até mesmo pelos doentes ou seus familiares.

Alguns teóricos, como Dejourset *al.* (1994), censuram o modelo taylorista e explicam que é a organização do trabalho a responsável pelas conseqüências penosas ou favoráveis para o funcionamento psíquico do trabalhador.

Esses pesquisadores afirmam também que contra o sofrimento, a ansiedade e a insatisfação se erguem sistemas defensivos. Apesar de vivenciado, o sofrimento não é reconhecido. Se a função principal dos sintomas de defesa é aliviar o sofrimento, seu poder de ocultação torna-se contra os seus criadores. Pois desconhecendo a forma e o conteúdo desse sofrimento, é difícil lutar eficazmente contra ele. Ressalta, ainda, que a ideologia defensiva é funcional a nível do grupo, de sua coesão, de sua coragem e é importante também a nível do trabalho, pois é a garantia da produtividade.

Constata-se também, que na maioria das instituições o cuidado com a ergonomia, ainda é pequeno, tornando a atividade de profissional intensivista ainda mais difícil. Ocorre freqüentemente que, a planta física é inadequada ao tipo de atendimento, os equipamentos e materiais de uso diário desfavorecem a execução da técnica, há ausência de material para realização da tarefa, o

número de trabalhadores é reduzido para quantidade e características dos pacientes, entre outras dificuldades.

Atualmente, é grande a quantidade de pacientes que necessitam de tratamento especializado, exigindo uma assistência mais eficaz e também com o desenvolvimento tecnológico em saúde, observa-se que o trabalho em saúde tem causando um grande desgaste físico e emocional aos profissionais. Esses, na maioria das vezes não sabem nem identificar o que está acontecendo, mas reagem faltando ao serviço, em muitos casos agredem os próprios pacientes ou seus colegas e superiores, anarquizam o regramento e rotinas da empresa.

Em consequência da sobrecarga de trabalho e do sofrimento psíquico, esses profissionais podem apresentar doenças como hipertensão arterial, diabetes mellitus, distúrbios ortopédicos, neurológicos, gástricos e psicológicos, etc.. Além disso, é comum os profissionais de saúde trabalharem em mais de um local. Neste contexto, há uma baixa qualidade de vida desses profissionais, além de aumentar os riscos de acidentes no trabalho.

2.2 ESTRESSE NO TRABALHO

A qualidade de vida tem um de seus pilares à vida do trabalhador, o efeito da ocupação sobre a saúde do mesmo tem mobilizado pesquisadores e organizações preocupados. O estresse ocupacional ocorre por desgaste anormal do organismo humano e/ou diminuição da capacidade de desenvolver o trabalho, justificada por incapacidade prolongada de o indivíduo suportar, superar ou se adaptar às exigências de natureza principalmente psíquica que envolve as situações do seu ambiente de trabalho ou de vida.

Para especialistas em psicopatologia do trabalho e da Organização Mundial de Saúde (OMS), existem situações que provocam ansiedade ao trabalhador, desenvolvendo o stress que desgastam o emocional, o físico, manifestando doenças (SANTOS *et al*, 2010).

Quanto aos fatores indutores de estresse, o tipo de trabalho e trabalho por turno, é uma prática freqüente e necessária em várias organizações, principalmente nas instituições hospitalares; a sobrecarga de trabalho com excesso de trabalho, em termos quantitativos como qualitativos, entendendo por excesso de atividades a realizar, num determinado período de tempo. A sobrecarga qualitativa refere-se a excessivas exigências em relação com as competências, conhecimentos e habilidades do trabalhador, porém o trabalho demasiado leve pode resultar também num importante estressor no dia a dia do profissional de saúde (FRASQUILHO, 2005).

Para Martins (2004), as atribuições com poucas tarefas durante o dia ou a atribuição de tarefas muito simples, rotineiras e aborrecidas, em relação às habilidades e destreza do trabalhador, podem ser causa de estresse no trabalho. Além disso, estudos constataam relações significativas entre a sobrecarga de trabalho, desenvolvimento de ansiedade e diminuição da satisfação do trabalho para a saúde com o aumento do consumo de tabaco.

Quanto à oportunidade para o controle trata-se de um aspecto que pode produzir stress quando controle intrínseco referindo à influência que o sujeito tem sobre o conteúdo do seu próprio trabalho (planificação e determinação dos procedimentos a utilizar) e extrínseco quando os aspectos do ambiente de trabalho (salários, horários, políticas da organização, benefícios sociais, já para a oportunidade para o uso de habilidades caracteriza o desenvolvimento de estresse quando no contexto sócio profissional oferece ao indivíduo, utilizar e desenvolver as próprias habilidades, sendo estas oportunidades forem demasiadamente escassas ou, pelo contrário, excessivas (MARTINS, 2004).

Quando o desempenho de papel origina a organização, os estudos de Martins (2004) avaliam o estresse através de duas componentes: o conflito de papel e a ambigüidade de papel que induzem o estresse dentro das características do contexto social e organizacional, pois produz um conjunto de expectativas e solicitações sobre os comportamentos que se esperam da pessoa que ocupa uma determinada posição. Quando são enviadas exigências e expectativas incompatíveis ocorre uma situação indutora de stress por conflito de papel, quando são insuficientes informação pode produzir-se outra situação indutora de estresse por ambigüidade de papel.

As relações interpessoais e grupais por vezes, podem converter-se em severos e importantes estressores, os tipos de relações é um aspecto de grande importância no ambiente de trabalho, porém, quando ocorrem as relações ambíguas, pautadas pela desconfiança, pouco cooperativas e predominantemente destrutivas, podem originar elevados níveis de tensão e de estresse entre os membros de um grupo de trabalho. Ainda sobre o relacionamento com os superiores quando não se interpreta como fonte de recompensas ou de sanções induz ser fonte de stress e de tensão. Apesar de não ser um favoritismo pelos superiores ser uma liderança muito estreita e demasiado rígida sobre o trabalho dos subordinados que também resulta em stress (MARTINS, 2004).

Quanto à tecnologia, alguns estudos revelam que a introdução e implementação de novas tecnologias nas organizações, têm contribuído para o aparecimento de situações indutoras de estresse, as quais podem produzir experiências de stress negativas e altamente nocivas para a saúde mental e bem-estar psicológico. Contudo, a necessidade de novos conhecimentos e competências requer mudanças que podem constituir também situações indutoras de estresse. Vários autores referem que a adaptação à mudança produzida pelas novas tecnologias é uma das situações indutoras de stress no trabalho. No caso concreto dos computadores, ainda que a sua introdução no

trabalho possa reduzir o estresse do mesmo, a adaptação das pessoas ao novo sistema pode resultar em experiências de stress acrescentadas (MARTINS, 2004).

Para Stacciarini; Tróccoli (2001) os estressores do ambiente de trabalho podem ser categorizados em seis grupos: fatores intrínsecos para o trabalho (condições inadequadas de trabalho, turno de trabalho, carga horária de trabalho, contribuições no pagamento, viagens, riscos, nova tecnologia e quantidade de trabalho), papéis estressores (papel ambíguo, papel conflituoso, grau de responsabilidade para com pessoas e coisas), relações no trabalho (relações difíceis com o chefe, colegas, subordinados, clientes sendo diretamente ou indiretamente associados), estressores na carreira (falta de desenvolvimento na carreira, insegurança no trabalho devido a reorganizações ou declínio da indústria), estrutura organizacional (estilos de gerenciamento, falta de participação, pobre comunicação), interface trabalho-casa (dificuldade no manejo desta interface).

Com as situações descritas relacionadas ao estresse ocupacional, o profissional sente os efeitos nocivos desse ambiente laboral, principalmente quando se trata de locais de trabalho como hospitais, especificamente UTI.

2.3 ESTRESSE EM UTI

A UTI se propõe ao tratamento e cuidado de pacientes em estado de doença grave com possibilidade de recuperação no qual exige equipe multidisciplinar permanente e equipamentos especializados, sendo reconhecida como um local estressante, onde o profissional de saúde enfrenta situações que requer atenção, habilidade, máximo de eficiência, precisão junto ao seu paciente com muita frequência situações de agravamento do quadro do

paciente e até o óbito. Dentro deste contexto, os profissionais estão em contato permanente com o sofrimento, a dor, o desespero, irritabilidade e demais reações que podem surgir nos pacientes devido à situação em que os pacientes se encontram (SANTOS *et al*, 2010; GUERRER; BIANCHI, 2008).

A Qualidade de Vida no Trabalho é compreendida como: a oportunidade de serem ouvidos pelos gestores e demais profissionais da equipe de saúde da organização hospitalar, podendo expressar idéias e aspirações em relação às questões que envolvem o cotidiano de trabalho e segundo autores foi perceptível a carência de políticas que trabalhem a temática Qualidade de Vida no Trabalho na organização hospitalar e ainda a necessidade de investimentos em práticas pedagógicas que incorporem a temática Qualidade de Vida no Trabalho nos cursos destinados à formação dos trabalhadores que compõem a equipe intensivista.

Segundo Guerrer; Bianchi (2008) o trabalho do profissional de saúde é muitas vezes multifacetado, dividido e submetido a uma diversidade de cargos que são geradores de desgaste. Trabalhar em UTI requer uma capacidade de lidar com situações cruciais com uma velocidade e precisão, que geralmente não necessária em outras unidades assistenciais. Requer competência na integração de informação, construção de julgamentos e estabelecimento de prioridades, porque, quando o distúrbio acomete um sistema orgânico, outros sistemas são envolvidos na tentativa de adaptar-se ao desequilíbrio.

Temendo as conseqüências de um erro que pode o prejudicar ou prejudicar o paciente, o profissional intensivista muitas vezes internalizam excessivamente o controle sobre o trabalho, centralizando-o. Com esta atitude, pode desenvolver um mecanismo como "prontidão paranóide", isto é, internalização de sentimentos persecutórios na ausência de um perseguidor concreto.

Esse mecanismo é adotado inconscientemente por médicos como proteção diante das situações imprevisíveis e suas conseqüências, sendo que, no dia a dia, o controle absoluto sobre o trabalho é quase impossível, se encontrando constantemente ameaçado diante da possibilidade de erros. Assim, esses profissionais tornam-se vigilantes de si mesmos para evitarem a perda de controle, os sentimentos de culpa e a punição, sendo controladores atentos as suas próprias atitudes (SCHEIDL; BIANCHI, 2008).

Para esclarecimento do conceito de fatores estressores no trabalho do médico, Martins (2004) considera que a condição depende do tipo de avaliação que a pessoa faz da situação, da sua vulnerabilidade à mesma, ou seja, das suas características individuais e das estratégias. Porém as condições de trabalho e o bem-estar da pessoa é fundamental para identificar elementos do contexto em cuja presença o indivíduo pode desenvolver experiências de stress e vivenciar as conseqüências negativas do mesmo. Há quatro categorias de estressores: do ambiente físico; de nível individual (desempenho de papel e desenvolvimento da carreira); de nível grupal (relações interpessoais e pressões de grupo); de nível organizacional.

Além dos fatores estressores há os fatores indutores do estresse em ambiente de UTI, e a sua relação com o bem-estar psicológico, utilizando, para o efeito, os termos: estresse, fatores, fonte, situação e circunstância indutora ou desencadeadora de stress, no mesmo sentido (MARTINS, 2004).

Para Pereira e Bueno (1997) as condições estressoras do ambiente de trabalho apontam os indicadores que se caracterizam em três níveis: ambiente, equipe e relação profissional-paciente-família. Os mesmos autores pressupõem as características da UTI que influenciam são: ambiente fechado, iluminação artificial, ar condicionado, que levam a alterações de humor, ficando mais irritadas sem motivo aparente, alergias, cefaléias, ansiedade.

Quanto à planta física, às vezes inadequada ao serviço dos profissionais intensivistas, a supervisão/coordenação vigilantes com cobranças constantes, rotinas exigentes, deficiência de recursos humanos, equipamentos sofisticados e barulhentos, morte, dor e sofrimento, gerando uma falta de motivação, muitas vezes, para o trabalho. Estes fatores contribuem para o aumento do grau de tensão entre os trabalhadores deste local, podendo também, prejudicar o bom andamento da equipe e do serviço.

Diante do cotidiano do profissional intensivista, em virtude do grande número de profissionais no mercado de trabalho, os profissionais mais jovens são obrigados a exercer jornada excessiva de trabalho com dupla jornada, além de sofrerem situações como conflito de funções, pressões dos superiores, mudança constante do contexto das atividades provocam o stress ocupacional que se desenvolvem, sob condições que emergem o sofrimento no trabalho por situações de local de trabalho e dificuldades de caráter pessoal. Provoca conseqüências sob forma de problemas na saúde física e mental e na satisfação no trabalho, comprometendo o indivíduo e as organizações (LEITE; VILA, 2005; FOGAÇA, 2008).

Para os autores Leite e Vila (2005) entre as categorias relevantes para o estresse no trabalho do profissional de saúde segue: o fato de lidar com a morte dos pacientes que representa impotência, sofrimento e perda; lidar com a família do paciente como fornecer a informação adequada e condizente com o nível de entendimento dos familiares e fazer a sua necessária preparação para que possam entrar na UTI e ver o seu ente querido em condições de extrema invasão corpórea, exigida para a sua recuperação.

Cabe ainda ao profissional cuidar do local de trabalho/unidade de terapia intensiva como atividades referentes às dificuldades que interferem na atuação da equipe e na qualidade da assistência prestada em terapia intensiva.

Na falta de recursos diante da escassez de materiais, os profissionais acabam fazendo o melhor que podem, mas isso culmina em prejuízo para a qualidade do cuidar; e finalmente dificuldade de trabalhar em equipe que vale ressaltar que a maior parte dos integrantes da equipe da UTI analisada tem mais de um emprego, se trata de um ambiente instável, as vezes, os plantões transcorrem em um ambiente de agitação, o que exige atenção e cuidado rigoroso de todos os integrantes dessa equipe, as atividades são intensas, especialmente quando ocorre admissão de pacientes muito graves.

2.4 O ESTRESSE E O PROFISSIONAL INTENSIVISTA

O trabalho em UTI é complexo e intenso, demandando que o profissional intensivista, seja ele médico, enfermeiro ou técnico, esteja sempre pronto para, a qualquer momento, prestar cuidados a pacientes com alterações hemodinâmicas graves, as quais demandam domínio específico do conhecimento e grande habilidade para tomar decisões e implementá-las em tempo útil. O profissional intensivista tem o ônus de assistir o paciente tanto nos casos de emergência como no apoio à vida, devendo, por isso, estar apto, independentemente do diagnóstico, ou do contexto clínico, a utilizar abordagem ampla, onde a experiência deve ser aliada do conhecimento técnico e científico (LEITE; VILA, 2005).

Para Zimmerman, (*apud* FIGUEIREDO e col. 2006, p.3-4) o potencial humano é o fator basilar para a boa execução da equipe numa UTI. Esses autores defendem que o profissional que trabalha nesse setor deve ser capaz de se destacar também nos seguintes aspectos: competência, habilidade e destreza na execução das tarefas, além de disponibilidade para ficar confinado no ambiente hospitalar, disposição para cuidar de clientes críticos, preparo

para lidar com o ruído dos aparelhos, preparo para a luta diária com a vida e a morte, busca de conhecimento técnico-científico e permanente atualização.

Os profissionais atuantes numa UTI lidam com pacientes graves, em situações emergenciais, concluindo a referida autora que “[...] o dia-a-dia, as incessantes situações críticas, a agitação e as demais ocorrências características desse setor, depois de certo tempo, podem provocar desgaste emocional e conduzir a pessoa ao stress” (p. 22). Corroborando, Atkinson e col.(1989) explica que o estresse é uma resposta tanto fisiológica como psicológica do organismo às pressões externas e é comum o profissional avaliar de forma muito rigorosa a si próprio sob o ponto de vista técnico e especialmente humano.

Um fenômeno relacionado ao estresse e que acomete esses profissionais, é a Síndrome de Burnout, ou síndrome do esgotamento profissional. Esse distúrbio psíquico foi descrito pela primeira vez em 1974 pelo médico americano Freudenberger.

Esse transtorno está cada vez mais presente no meio dos profissionais que trabalham sob forte pressão de resultados, e está registrado no Grupo V da CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde). Há ainda uma percepção que os profissionais que trabalham em regime de plantão e enfrentam dupla jornada correm risco maior de desenvolver esse transtorno.

A característica principal é o estado elevado de tensão emocional, que evolui para um estresse crônico provocado por condições de trabalho físicas, emocionais e psicológicas desgastantes. Alguns estudiosos do comportamento laboral relatam que a síndrome se manifesta especialmente em pessoas cuja profissão exige envolvimento interpessoal direto e intenso. É o caso dos

médicos, enfermeiros, terapeutas e outros profissionais que interagem diretamente com o paciente e com a sua família.

O sintoma típico da Síndrome de Burnout é a sensação de esgotamento físico e emocional que se reflete em atitudes negativas, como ausências no trabalho, agressividade, isolamento, mudanças bruscas de humor, irritabilidade, dificuldade de concentração, lapsos de memória, ansiedade, depressão, pessimismo, baixa auto-estima.

Além desses sintomas psicossociais, há manifestações físicas que podem estar associadas a essa síndrome como a dor de cabeça, enxaqueca, cansaço, sudorese, palpitação, pressão alta, dores musculares, insônia, crises de asma, distúrbios gastrintestinais.

2.5 QUALIDADE DE VIDA: CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), “saúde é um completo estado de bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença” (WHO, 1946). Na busca pela saúde, as diferentes áreas das ciências humanas sempre priorizaram o estudo da doença e das formas de avaliar sua frequência e intensidade para se alcançar a cura e por consequência a saúde. As áreas que estudam a saúde mental preocupam-se muito mais com a subjetividade da doença que as demais áreas.

Para Sdeil e Zannon (2004) a palavra qualidade de vida relacionada à saúde é comumente encontrada na literatura e utilizada com objetivos semelhantes à conceituação mais geral, porém parece implicar os aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde,

defendendo os enfoques mais específicos, assinalando que podem contribuir para melhor identificar as características relacionadas a um determinado agravo. Há duas tendências quanto à conceituação do termo na área de saúde são identificadas: qualidade de vida como um conceito mais genérico, e qualidade de vida relacionada à saúde (*health-related quality of life*).

Na década de 1930 foi a primeira vez citada a o termo “qualidade de vida” e ainda em meados da década de 70 ainda haviam discussões sobre o conceito sobre o mesmo, segundo alguns autores nesta época seria uma vaga e etérea entidade. Aproximadamente em 1974 houve uma definição clássica que “qualidade de vida é a extensão em que prazer e satisfação têm sido alcançados”, e somente a partir dos anos 80 os estudos empíricos mostraram melhor compreensão que as definições focalizadas e combinadas podem contribuir para o avanço do conceito de bases científicas (SHEILD; ZANNON, 2004). A valorização da expressão qualidade de vida ganhou importância crescente nos últimos anos do século XX (BUARQUE, 2003).

A demanda por qualidade de vida leva A OMS a criar o Grupo de Qualidade de Vida, uma divisão de Saúde Mental, que define qualidade de vida como:

A percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1994, p. 43).

Desse modo, para a OMS a qualidade de vida é algo subjetivo. Não há um padrão do que se considerar uma vida saudável. Apesar da existência de uma conceituação, parece que a questão continua a se enunciar: o que é mesmo qualidade de vida? A definição da OMS nem sempre é clara e, em alguns casos, é até difícil haver um consenso sobre a definição de “qualidade de vida”, pois se trata de um conceito construído a partir de dados subjetivos.

Definir qualidade de vida não é missão fácil, pois há um senso comum de que já se sabe o seu significado, ou quando não, sente-se o que ela exprime. Isto se deve, provavelmente, ao fato de tratar-se de um conceito buscado por muitos desde a antiguidade e que ganhou força nos últimos tempos. Como sintetiza Buarque (1993, p. 157) “talvez nenhum conceito seja mais antigo, antes mesmo de ser definido, do que ‘qualidade de vida’. Talvez nenhum seja mais moderno do que a busca da qualidade de vida”.

Ao se recorrer ao significado *strictu* do termo qualidade, tem-se como definição "aquilo que caracteriza uma coisa" (BUENO, 1992, p. 931), que adjetiva e possibilita a designação de uma determinada particularidade, de um valor. Desta forma, caiu no senso comum que ações ou atitudes tenham a finalidade de dar à vida uma característica tida como positiva, desejável, como se já estivesse subentendido que esta ação ou atitude pode ser agrupada aos fatores necessários para se obter a qualidade de vida desejada:

No nosso imaginário, imediatamente relacionamos as ações e atitudes que estão sendo atreladas a um determinado discurso pela melhoria da qualidade de vida de um grupo ou segmento social, com o que *nós* consideramos como uma boa qualidade de vida para a sociedade, ou para outros indivíduos. Ou seja, imprimimos na *nossa* interpretação sobre o termo um *juízo valorativo* em relação ao que seja uma boa, regular ou péssima qualidade de vida (MOREIRA, 2000, s/p.).

Estas observações conduzem ao entendimento de que há muito subjetivismo imbricado ao significado do termo "qualidade", pois a sua definição depende de uma percepção pessoal.

2.6 A BUSCA PELA QUALIDADE DE VIDA NO CAMPO FÍSICO E MENTAL

Tem-se observado um aumento significativo no movimento por esta busca. É crescente a demanda sobre atividade física, alimentação saudável,

gerenciamento de estresse, abandono do tabagismo, sexo seguro, condições adequadas no trabalho, entre outros fatores que podem conduzir o indivíduo a uma vida mais saudável (BUARQUE, 2003).

Nos hábitos de vida atuais há a vulnerabilidade dos indivíduos ao estresse, dependendo da habilidade para lidar com os eventos estressores. Para melhor esclarecimento, quando o cérebro, independente da vontade, interpreta alguma situação como ameaçadora ou estressante, todo o organismo passa a desenvolver uma série de alterações denominadas, em seu conjunto, como Síndrome Geral da Adaptação ao Estresse. Por muitas vezes, essas situações de stress desenvolvem variadas formas de se adaptar as mesmas. Esta síndrome pode ser descrita fisiologicamente pela ativação de uma cadeia de reações com liberação de catecolaminas e glicocorticoides, causada por um agente inespecífico (SANTOS *et al*, 2010).

Cada órgão ou sistema do organismo humano manifesta as alterações fisiológicas continuadas do estresse, começando por apenas com alterações funcionais, logo após lesões anatômicas, porém as alterações visam a proteção e manutenção do equilíbrio a aquelas denominadas defesa. Os sinais e sintomas que ocorrem com maior frequência do nível físico são: aumento da sudorese, dor no estômago, tensão muscular, taquicardia, hipertensão, aperto da mandíbula e ranger de dentes, hiperatividade, mãos e pés frios, náuseas; o nível psicológico ocorre os seguintes sintomas: ansiedade, tensão, angústia, insônia, alienação, dificuldades interpessoais, dúvidas quanto a si próprio, preocupação excessiva, inabilidade de concentrar-se em outros assuntos que não o relacionado ao estressor, dificuldades de relaxar, tédio, ira, depressão, hipersensibilidade emotiva (SANTOS *et al*, 2010; FINK, 2000).

Há situações que estimulam as etapas da síndrome, descrita acima, ocorre nos hábitos de vida atuais, à medida que a sociedade como todo tem realizado modificações no convívio social com a introdução da tecnologia, no qual os indivíduos não estão preparados para se adaptar (SANTOS *et al*,2010).

3 A TERAPIA TRANSPESSOAL SISTÊMICA

3.1 BREVE HISTÓRICO

A utilização do pensamento sistêmico já ultrapassa meio século, teve seu início no final da década de 1950, ao fim da Segunda Grande Guerra, quando o mundo entrou num ciclo de mudança de paradigmas, induzindo assim, a psicologia a utilizar o pensamento sistêmico que resulta da física quântica que também é denominada de Psicologia Humanista ou Psicologia Transpessoal (SIMÕES, 1998).

O pensamento sistêmico interessa-se pelas relações, e não mais para o indivíduo isolado, alterando a visão do sujeito, que agora é reconhecido como presente no mundo. Nesta feita, se o objetivo da psicoterapia é levar o sujeito a encontrar soluções aos seus conflitos, é de grande valor que possamos contextualizá-los dentro do sistema amplo de relações visíveis e invisíveis; conscientes e inconscientes; presentes e atemporais; que nos coloca numa enorme rede de complexos relacionamentos (WEIL, 1994).

O pensamento sistêmico tem sido discutido como novo paradigma da ciência, trata-se de um conceito que já passava por discussões a algum tempo e que traz efeitos revolucionários e profundos no âmbito científico, e que por óbvio reflete na esfera pessoal. Vale recorrer a Jung, um dos maiores pensadores do século XX, que afirmava com base em suas investigações clínicas que o método analítico era precário e defendia que o método sintético, o fazia motivado pelo pensamento sistêmico, que segundo ele “se caracteriza como um processo natural de unificação de todos os processos psicológicos”. O pensamento de Jung foi acompanhado por outros grandes pensadores como Frederick Perls, o criador da abordagem “gestáltica” e Viktor Frankl, o precursor da “Logoterapia” (SALDANHA, 2008).

O século XX foi o muito importante para o desenvolvimento da psicologia e foi neste período que Maslow, na segunda edição do livro “Introdução a Psicologia do Ser”, anuncia o aparecimento da quarta força em psicologia - para além dos interesses personalizados, mais elevada e centrada no cosmo. Em 1968, ele concluiu:

Considero a Psicologia Humanista, a Psicologia da Terceira Força, transitória, uma preparação para uma Quarta psicologia ainda “mais forte”, transpessoal, trans-humana, centrada no cosmos e não em necessidades e nos interesses humanos, que vai além da condição humana, da identidade, da auto-realização, etc.

Logo a Psicologia Transpessoal foi inaugurada nos anos sessenta e veio para tentar suprir o fato de que os principais modelos precedentes, as três primeiras forças da psicologia ocidental, eram considerados limitados, não abrangendo os níveis superiores de desenvolvimento psicológico, uma vez que motivações e comportamentos voltados para a auto-realização e a transcendência não eram reconhecidas nas correntes anteriores, muito embora as psicologias orientais contivessem detalhadas descrições deles.

A obra de Freud faz referência à neurose mais de quatrocentas vezes, mas não cita a saúde. Por isso, alegava-se que os modelos comportamentalista e psicanalítico, embora tivessem dado grandes contribuições para a psicologia, também geraram restrições para a psicologia e para os conceitos ocidentais de natureza humana (WEIL, 1994).

No século XXI o processo de autoconhecimento humano tende a se acelerar cada vez mais, demandando que a abordagem do ser humano seja mais profunda, especialmente na área da educação, nas organizações de trabalho e na psicoterapia (WEIL, 1994).

3.2 CONCEITO

O ser humano está fincado numa extensa rede relacional. Esta rede, por sua vez, se forma no conjunto de diversas redes, dando origem a um complexo sistema. Daí se tem a necessidade de transcender à prática ortodoxa e unilateral de qualquer prática de terapia, de deixá-la totalmente transpessoal, mas segura sim, em um sistema coerente, testado e de efeitos vividos (GROF, 1995).

O conceito holístico e transpessoal deu causa ao uso freqüente de terapias alternativas, que se dizem exclusivas em si, mas muitas vezes usam a mesma linguagem e agem de forma equivalente, com isso banalizando o termo por falta de estarem inseridas nesta rede denominada de sistema transpessoal, e por conta de diversos profissionais restringirem sua atuação a um foco, perdem a oportunidade de ampliarem suas ferramentas de forma integral, alcançando maior poder de retorno (GROF, 1995).

A Terapia Transpessoal Sistêmica tem como uma de suas bases de estruturação as experiências e conflitos é também a inserção terapêutica da epigenética. Como epigenética se entende “o estudo de como o meio ambiente controla e modifica a atividade genética”, sendo atualmente uma das áreas de maior concentração de estudos e descobertas da pesquisa científica em geral (WEIL, 1994).

O conhecimento genético é relativamente recente, contudo, o paradigma de que os genes carregam apenas estruturas biofísicas, já foi quebrado, entende-se agora que o meio social, as experiências e conflitos são fatores de modificação genética e transmissão hereditária. Este entendimento colabora na elucidação de doenças auto-imunes, câncer, esquizofrenia entre outras, permitindo avançar rumo à cura (WEIL, 1994).

Nesses termos, a epigenética impulsiona também a Terapia Transpessoal Sistêmica. Com isso alcançou-se um salto quântico desmedido, em que o denso processo terapêutico faz parte. Esta compreensão agitou a comunidade científica, que resultou no chamado “Biopsicossomático” (WEIL, 1994).

A Psicologia Transpessoal faz uso de diversos estados de consciência, em alguns dos quais a identidade pode superar os limites usuais do ego e da personalidade. Pierre Weil, importante psicólogo francês, que viveu no Brasil desde a década de 50, postula alguns princípios epistemológicos que fundamentam a Psicologia Transpessoal (WEIL, 1977):

- a) existem sistemas energéticos inacessíveis aos nossos cinco sentidos, mas registráveis por outros sentidos;
- b) tudo na natureza se transforma e a energia que a compõe é eterna;
- c) a vida começa antes no nascimento e continua depois da morte física;
- d) a vida mental e espiritual forma um sistema suscetível de se desligar do corpo físico;
- e) a vida individual é inteiramente integrada e forma um todo com a vida cósmica;
- f) a evolução obtida durante a existência individual continua depois da morte física;
- g) a consciência é energia, que é vida, no sentido mais amplo: não apenas a vida biológica, física, mas também a da natureza, do Espírito, a vida-energia, infinita na suas mais diferentes expressões.

Weil (1995, p. 16) especifica também distintas áreas de aplicação nas disciplinas com orientação transpessoal:

- a) por educação transpessoal compreendemos o conjunto dos métodos que permitem descobrir ou revelar o transpessoal dentro do ser humano;
- b) por psicoterapia transpessoal, entendemos o conjunto de métodos de tratamento das neuroses pelo despertar do transpessoal, e das psicoses pela exteriorização do transpessoal semi potencializado;
- c) por terapia transpessoal designamos o conjunto de métodos de restabelecimento da saúde pela progressiva redução da ilusão da existência de um “eu” separado do mundo

Nesses termos é possível compreender o que vem a ser Psicologia Transpessoal Sistêmica, passo fundamental para se dominar a sua aplicação.

3.3 O MÉTODO DE ATUAÇÃO

Para o tratamento via Terapia Transpessoal Sistêmica faz-se necessário compreender e dominar o seu método, que pode se dar conforme ensina Assagioli (1998)

Inicialmente é preciso identificar o que se chama de “LOCALIZAÇÃO”, ou seja, identificar o objeto causador de conflito, considerando-o no contexto atemporal e multidimensional, que dá forma a um sistema. Desse modo, a LOCALIZAÇÃO revelará as conexões que esse sistema transpessoal que interage com outros, gerando uma rede de padrões interconectados e ecossistemas. Na prática ocupacional, trata-se de identificar as causas no ambiente de trabalho que geram conflitos no grupo e que cada pessoa transpõe em outros grupos que faz parte.

Vale também abordar o PRINCÍPIO DIALÓGICO, que significa articular conceitos num método transdisciplinar que foque as possíveis e necessárias relações entre as disciplinas, e concretizando as contribuições entre elas para o “terapeutizando”. Sendo a Terapia Transpessoal proposta sistêmica, que visa tratar coletivamente, faz-se necessário recorrer a diversos conceitos, utilizando para cada um a teoria que melhor lhe assiste.

A teoria psicológica tem caráter interdisciplinar por sua íntima conexão com as ciências biológicas e sociais e por recorrer, cada vez mais, a metodologias estatísticas, matemáticas e informáticas. Não existe, contudo, uma só teoria psicológica, mas sim uma multiplicidade de enfoques, correntes, escolas, paradigmas e metodologias concorrentes, muitas das quais apresentam profundas divergências entre si.

Ressalta-se que a psicologia não é única e pode ser dividida em quatro grandes correntes denominadas forças: 1ª Força: Behaviorismo ou Psicologia Comportamental; 2ª Força: Psicanálise; 3ª Força: Psicologia Humanista; 4ª Força: Psicologia Transpessoal.

Dando andamento à Terapia chega-se aos SEIS SETORES MACROS DE ESTUDO, presentes no desenvolvimento e abordagem prática da Terapia Transpessoal Sistêmica que são as EXPERIÊNCIAS e CONFLITOS da:

- 1) vida pós-parto;
- 2) vida intra-uterina;
- 3) antepassados parentais (vidas passadas biológicas);
- 4) realidade de existência infinita, multidimensional e atemporal;
- 5) invasores energéticos;
- 6) religação com o divino.

Por meio desses pontos, o sujeito é examinado e evocado ao autoconhecimento profundo através da identificação de experiências e conflitos presentes nestas SEIS ZONAS MACRO.

As psicoterapias de orientação transpessoais fundiram o conhecimento psicológico ocidental com o religioso e espiritual oriental, a exemplo do budismo, o sofismo, o tibetanismo entre outras; valorizando outros níveis de consciência que transcendem o ego, gerando uma visão sistêmica do homem. Com isso, a escola transpessoal coopera para uma integração da ciência, filosofia e o espiritual, consentindo ao ser humano ver e vivenciar todos esses aspectos que transcendem à sua identidade pessoal. O contexto e a missão agora é a organização desta unificação numa metodologia de ação que mostre eficiência terapêutica e resultados visíveis, profundos e velozes. Forma-se, portanto a TERAPIA TRANSPESSOAL SISTÊMICA.

3.4 REIKI – UMA PROPOSTA TRANSPESSOAL

Entre os diversos caminhos da Terapia Transpessoal Sistêmica está o Reiki. Entende-se como Reiki a antiga arte da cura pela imposição das mãos, redescoberta no Japão, no século XIX, pelo Mikao Usui, um monge cristão de origem japonesa. Reiki é uma palavra japonesa que significa Energia da Vida Universal (CASA DA ENERGIA, 2009).

Segundo Salomé (2005), o *Reiki* é uma terapia de toque usada para restabelecer e reequilibrar a energia do corpo, assim como outros métodos alternativos de tratamento, tem sua base no sistema de auto-responsabilidade, no qual o assistido é responsável pela sua saúde.

[...] o tratamento proposto pelo Reiki não se restringe à cura das doenças, mas implica na reformulação de hábitos e em uma nova percepção do mundo que não somente enfatiza alguns valores do

indivíduo, mas também cria novas formas de sociabilidade (BABENKO, 2004, p. 115).

O *Reiki* é uma técnica simples e natural pela qual uma pessoa transfere Energia Vital Universal para outra, através das mãos, com objetivos de cura, e para Honervogt (1998), ele potencializa a força vital e equilibra as energias do corpo.

Sobre a atuação do *Reiki*, certas teorias mencionam uma energia eletromagnética que seria canalizada pelos terapeutas. Outras sugerem que a física quântica estaria envolvida nesse fenômeno. Independentemente disso, o fato é que alguns pontos-chave do corpo, onde os cuidadores devem colocar as mãos durante uma sessão de *Reiki*, os chakras, coincidem com importantes glândulas. E talvez, só talvez, a energia atue nesses órgãos, ocasionando um equilíbrio geral (RUPRECH, 2013).

Usar as mãos para emitir energia positiva não é um conceito exclusivo do *Reiki*, que é uma terapia. A bênção cristã, o passe espírita e o *johrei*, entre outros rituais religiosos, também se valem desse preceito, apesar de terem filosofias bem diferentes. Há até quem especule que os milagres de Jesus seriam resultado de uma habilidade única de controlar a energia do Universo. Mas, entre tantas práticas com esse princípio, o *Reiki* é uma das mais estudadas pela ciência (RUPRECH, 2013).

Algumas pesquisas apontam para um bom resultado na aplicação do *Reiki* em pacientes com alto nível de estresse. Na americana Universidade de Virginia, por exemplo, uma revisão sobre sua influência na contenção da dor em pacientes com câncer ressaltou os resultados positivos. "São necessários levantamentos adicionais para confirmar os achados, mas a princípio o *Reiki* foi bastante eficiente na redução do incômodo", concluíram os autores (RUPRECH, 2013).

Segundo um trabalho do psicobiólogo Ricardo Monezi, da Universidade Federal de São Paulo, o Reiki pode além de combater o estresse atuar no sistema de defesa. Ele aplicou o Reiki em ratos e, na seqüência, analisou suas células de defesa. "Em comparação com o grupo de controle, esses animais apresentaram um sistema imune mais agressivo contra a enfermidade. E nem precisamos falar que bichos não acreditam em Reiki", ironiza. Verdade que o nosso organismo não é idêntico ao de roedores, contudo está aí um indicativo do poder da imposição de mãos (RUPRECH, 2013).

Ricardo Monezi separou vinte e cinco idosos estressados para serem cuidados por terapeutas especializados em Reiki. Outros vinte e cinco senhores na mesma situação receberiam, digamos, uma terapia falsa — os aplicadores simulavam os gestos e as posições das mãos, mas não haviam sido treinados e nem conheciam direito o Reiki. Detalhe: nenhum dos participantes sabia da diferença entre os grupos. "Essa precaução evita que o placebo interfira nos dados encontrados, já que ambas as turmas imaginam estar recebendo Reiki, quando somente uma está recebendo para valer", arremata Monezi (RUPRECH, 2013).

Depois de oito sessões, Monezi analisou as estatísticas. Parece incrível, mas, embora todos os voluntários tenham relaxado, aqueles tratados por mestres de Reiki relataram uma tranqüilidade maior e duradoura. Além disso, os músculos da testa desse pessoal ficaram menos rígidos, outro sinal de que o nervosismo foi aplacado. Aliás, apesar de a avaliação ter sido realizada em indivíduos na terceira idade, é provável que jovens apresentem resultados similares (RUPRECH, 2013).

Apoiados em uma metodologia parecida com essa, investigadores da Universidade de Granada, na Espanha, notaram que sujeitos hipertensos atenuaram o quadro com sessões regulares de Reiki. "Também há trabalhos com diabete, epilepsia, depressão...", conta Monezi. "É óbvio que precisamos de mais informações, porém, ao que tudo indica, a técnica provoca bem-estar

em vários níveis", defende. A médica Sandra Caires Serrano, diretora do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital A.C. Camargo, na capital paulista, completa: "O que ainda não se conhece é a forma como isso ocorre" (RUPRECH, 2013).

O Reiki pode então, ser uma possibilidade prática e simples de tratar não só pacientes, mas os profissionais da área de saúde que trabalham em ambiente que fomentam o estresse.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente monografia teve o propósito de discutir a situação de estresse por que passam os profissionais de saúde intensiva, com vistas a aplicação da terapia transpessoal numa retomada de sua qualidade de vida. Desse modo, a presente pesquisa identificou que:

Houve um aumento significativo no movimento pela busca de uma vida com mais qualidade, ou de qualidade de via. É crescente a demanda sobre atividade física, alimentação saudável, gerenciamento de stress, abandono do tabagismo, sexo seguro, condições adequadas no trabalho, entre outros fatores que podem conduzir o indivíduo a uma vida mais saudável. Seguindo este movimento se busca uma melhor qualidade de vida para os profissionais de saúde intensiva.

Na área da saúde, o estresse ocupacional está relacionado a situações específicas tais como: problemas de relacionamento da equipe multidisciplinar, ambigüidade e conflito de funções; dupla jornada de trabalho e atividades domésticas; pressões exercidas pelos superiores, dos parentes do paciente e do próprio paciente de acordo com a percepção do indivíduo e alterações sofridas dentro do contexto de sua atividade.

A UTI é um ambiente onde o profissional de saúde enfrenta situações que requer atenção, habilidade, máximo de eficiência, precisão junto ao seu paciente com muita frequência situações de agravamento do quadro do paciente e até o óbito. Dentro deste contexto, o profissional está em contato permanente com o sofrimento, a dor, o desespero, irritabilidade e demais reações que podem surgir nos pacientes devido à situação em que os pacientes se encontram.

Metodologicamente identificou-se os fatores que dão causa ao estresse como: fatores estressores e fatores indutores. Sendo:

Fatores estressores no trabalho do profissional de saúde intensivista: A condição depende do tipo de avaliação que a pessoa faz da situação, da sua vulnerabilidade à mesma, ou seja, das suas características individuais e das estratégias. Porém as condições de trabalho e o bem-estar da pessoa são fundamentais para identificar elementos do contexto em cuja presença o indivíduo pode desenvolver experiências de stress e vivenciar as conseqüências negativas do mesmo. Há quatro categorias de estressores: do ambiente físico; de nível individual (desempenho de papel e desenvolvimento da carreira); de nível grupal (relações interpessoais e pressões de grupo); de nível organizacional.

Além dos fatores estressores há os fatores indutores do estresse em ambiente de UTI, e a sua relação com o bem-estar psicológico, utilizando, para o efeito, os termos: estressor, fatores, fonte, situação e circunstância indutora ou desencadeadora de stress, no mesmo sentido.

Destarte, convém indicar a Terapia Transpessoal Sistêmica para cuidar de profissionais de saúde intensivista acometidos por estresse, uma vez que essa corrente surge apoiada numa concepção holística e sistêmica, que considera o organismo humano como um todo integrado que envolve padrões físicos, mentais, sociais e espirituais. Assim como é e está esse profissional, inserido num contexto profissional sistêmico e complexo.

A abordagem sistêmica é detentora de um cabedal favorável para a compreensão das manifestações psicossomática do organismo na saúde e na doença, admitindo intercâmbio entre médicos, psicólogo e outros profissionais da saúde.

No século XX, a racionalidade tornou-se motor de todas as coisas, trocando com rapidez a espiritualidade e as crenças religiosas. No curso da Revolução Científica ocidental, todas as coisas que tivessem a mínima relação com o misticismo eram desqualificadas. Assim, ainda é o ambiente de UTI, tomado pela assepsia do local, em que a presença de seres humanos é limitada, senão profissionais e pacientes, tomada também pela frieza científica, em especial a médica quando cuida da doença e não do doente.

Por fim vale registrar que a psique humana deve ser vista como um sistema dinâmico que envolve uma variedade de fenômenos ligados à auto-atualização e crescimento contínuos. Assim, a psique teria um tipo de inteligência intrínseca que a habilita a envolver-se a tal ponto com o meio, que este processo pode levar não só a uma doença, mas também ao processo de cura e crescimento, como a concepção de autotranscendência da teoria dos sistemas.

REFERÊNCIAS

ASSAGIOLI R. **Psicossíntese: manual de princípios e técnicas**. São Paulo: Cultrix; 1998.

ATKINSON, Leslie D; MURRAY, Mary Ellen. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1989.

BABENKO, P. **Reiki: um estudo localizado sobre alternativas, ideologia e estilo de vida**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFSCar. São Carlos: UFSCar, 2004.

BELLAND, I. L.; PASSOS, J. Y. **Enfermagem clínica; aspectos fisiopatológicos e psicossociais**. São Paulo: EPU/ Edusp, 1978. V. 1.

BUARQUE, C. **Qualidade de vida: a modernização da utopia**. Revista Lua Nova, 31: 2003.

BUENO, F. S. **Dicionário Escolar da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: FAE. 1992.

CASA DA ENERGIA. **A História do Reiki**. Disponível em: http://www.casadaenergia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=6&Itemid=67. Acesso em: 02 setembro de 2013.

DE MARCO, M. A. MACEDO, P. C. M. & LUCCHESI, F. **Saúde Mental na Unidade de Terapia Intensiva**. *Rev. SBPH, [online]* v.11 n.1. Disponível em <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo> Acesso em: 02 setembro de 2013.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET C. **Psicodinâmica do trabalho: Contribuição da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. 145p.

DENKER, A. F. M; Da VIÁ, S.C. **Pesquisa empírica em ciências humanas**. Ed. Futura, São Paulo, 2002;

FIGUEIREDO, N. M. A.; FRANCISCO, M. T.; SILVA, I. C. M. **(Trans) Cuidar:** (Re)visitando a administração de Taylor “um outro paradigma”. Campos: UERG, 1996. 88p.

FIGUEIREDO, N.M.A. de e col. **CTI: Atuação, intervenção e cuidados de enfermagem.** São Paulo: Yendis Editora, 2006.

FIGUEIREDO, Nice. **Da importância dos artigos de revisão da literatura.** *Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação.* São Paulo, vol. 23, n. 1/4, p. 131-135, jan./dez. 1990.

FINK, G. **Neuroendocrine Systems.** In *Encyclopedia of stress.* New York: Academic Press, 2000. 14-30

FOGAÇA, Monalisa de Cássia et al. **Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal:** estudo de revisão bibliográfica. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2008; 20(3):261-266.

FRASQUILHO, M.A. **Medicina, uma jornada de 24 horas?** Stresse e burnout em médicos: prevenção e tratamento. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* 23:2, 2005; 89-98.

GROF S. **Psicologia do futuro.** São Paulo: Atheneu; 1995.

GUERRER, Francine Jomara Lopes; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. **Caracterização do stresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva.** *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(2):355-62.

HADDAD, M.C.L. et al. **Importância do apoio psicológico aos enfermeiros que assistem pacientes terminais.** *Revista enfermagem moderna.* Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p.9-16, abr./ mai./ jun. 1985.

HONERVOGT, T. **Reiki: Cura e Harmonia Através das Mãos.** São Paulo: Pensamento, 1998.

KANAANE, R. **Comportamento humano nas organizações:** o homem rumo ao Século XXI. São Paulo: Atlas, 1994.

LEITE, Maria Abadia; VILA, Vanessa da Silva Carvalho. **Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* v.13 n.2 Ribeirão Preto mar./abr. 2005.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa.** 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B.; LATORRE, M. R. **Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores.** *Rev Saúde Pú.* 2004; 38(1):55-61.

MARTINS, L.A.N. (2003). **Saúde Mental dos Profissionais de Saúde.** *Rev.Bras.Med.Trab, Belo Horizonte. Vol.1 n°01* p.56-58 jul-set.

MARTINS, Maria da Conceição de Almeida. **Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar.** Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenum/millenum28/18.htm>. Acesso em: 02 setembro de 2013.

MASLACH, C. **JOB BURNOUT: New Directions in Research and Intervention.** *CurrentDirect in Psychol Science* 2003; 5(12):189-192.

MASLACH, C.; LEITER, M. **Trabalho: Fonte de prazer ou desgaste?** Guia para vencer o stress na empresa. (M. S. Martins, Trad.). Campinas: Papirus, 1999.

MASLOW A. **El hombreAutorealizado.** Barcelona: Kairós; 1990.

MOREIRA, M. M. da S. **Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento.** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. Disponível em http://portaldeseres.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00000703&lng=pt&nrm=iso > Acessado em 18 de setembro de 2013.

PEREIRA, M.E.R.; BUENO, S.M.V. **Lazer Um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem.** *Rev. latino-am. enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 75-83, outubro 1997.

RUPRECH, Theo. **Reiki nas mãos da ciência.** REVISTA SAÚDE: ABRIL, Disponível em < http://saude.abril.com.br/edicoes/0362/bem_estar/Reiki-738181.shtml > Acessado em 18 de setembro de 2013.

SANTOS, Flávia Duarte dos; CUNHA, Mércia Heloísa F.; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz; PEDRÃO, Luiz Jorge; SILVA, Luiz Almeida da; TERRA, Fábio de Souza. **O stress do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura.** *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas.* V. 6, N. 1. 2010.

SALDANHA V. **Psicologia transpessoal** – Abordagem integrativa. Um conhecimento emergente em psicologia da consciência. Ijuí: Unijui; 2008.

SALOMÉ, G. M. **A Influência do Reiki no Equilíbrio Físico e Emocional dos Profissionais de Enfermagem.** *Revista Nursing,* v. 83, n. 8, 2005.

SHEILD, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. **Qualidade de vida e saúde:** aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 20(2):580-588, mar- a b r, 2004.

SIMÕES M. **Psicologia Transpessoal.** Lisboa: Temática; 1998

STACCIARIN, Jeanne Marie R.; TRÓCCOLI, Bartolomeu R. **O Stresse na Atividade Ocupacional do Enfermeiro.***Rev Latino-am Enfermagem* 2001 março; 9(2): 17-25.

STACCIARINI JM, TRÓCCOLI BT. **O stresse na atividade ocupacional do enfermeiro.** *Rev Latino-am Enfermagem,* 2001 março; 9(2): 17-25.

The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: **Orley J, Kuyken W editors.** Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg, Springer Verlag, 1994, p. 43.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1998.

WEIL P. **A Morte da Morte:** uma abordagem transpessoal. São Paulo: Gente; 1995

WEIL P. **Mística e Ciência:** Pequeno Tratado de Psicologia Transpessoal. Rio de Janeiro: Vozes, 1978.