

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

PRISCILLA WOLFF MOREIRA

**USO DE TÉCNICAS DE RELAXAMENTO PARA ALÍVIO DO ESTRESSE
OCUPACIONAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Porto Alegre

2013

PRISCILLA WOLFF MOREIRA

**USO DE TÉCNICAS DE RELAXAMENTO PARA ALÍVIO DO ESTRESSE
OCUPACIONAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso elaborado como requisito parcial para aprovação no curso de Bacharelado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof. Dra. Liana Lautert

Porto Alegre

2013

PRISCILLA WOLFF MOREIRA

**USO DE TÉCNICAS DE RELAXAMENTO PARA ALÍVIO DO ESTRESSE
OCUPACIONAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso
elaborado como requisito parcial para
aprovação no curso de Bacharelado
em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof. Dra. Liana Lautert

Aprovado em _____ de _____ de 2013.

Banca Examinadora:

Orientadora: Prof. Dra. Liana Lautert

Prof(a). Examinador(a):

Prof(a). Examinador(a):

Porto Alegre
2013

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos
meus pais e à minha
madrinha, Eva. Essa
conquista é de vocês!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, fundamentalmente, a Deus, por sempre guiar e iluminar meus passos.

Aos meus pais e à minha madrinha Eva, meus maiores exemplos de honestidade e perseverança, por todo amor incondicional, suporte, educação e valores a mim repassados, por me encorajarem a lutar pelos meus objetivos e ser o meu melhor a cada dia, por abrirem mão dos seus sonhos para realizarem os meus. Vocês são o meu porto seguro.

Às amigas, que são muito mais que isso, são companheiras fiéis para toda a vida: Renata, Bruna e Michele, por compartilharem incontáveis momentos de conflito existencial, me fazendo rir e chorar e dar valor ao que realmente importa, sempre por perto nos momentos bons e ruins, pela força e incentivo infinito que as palavras de vocês me trazem.

Aos “presentes” que levarei da UFRGS: Larissa, Stephani e Gabriela, pelos momentos de estudo, festas, estágios, divagações sobre a vida, risadas e apoio incondicional, por serem esses exemplos de colegas competentes e éticas! Quero muito um dia poder trabalhar com vocês!

A todas as equipes de cuidado de saúde por onde passei (médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares) por terem compartilhado suas experiências de vida e profissão comigo, por me estimularem a sempre buscar mais conhecimento, por serem meus exemplos profissionais e contribuído para a minha formação, por me mostrarem que podemos fazer a diferença. Não vou citar nomes para não correr o risco de esquecer alguém, vocês todos são muito especiais para mim!

À minha orientadora, professora Liana Lautert, pelo carinho, respeito e toneladas de paciência! Muito obrigada por ter me guiado doce e pacientemente todo esse tempo e permitido que eu estivesse ao teu lado, aprendendo e te tendo como um exemplo de profissional e pessoa. Aprecio tua simplicidade, sabedoria inestimável e dedicação à pesquisa e aos alunos.

A todos os integrantes do Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional (GISO), onde construí minha trajetória como bolsista durante a graduação, por me ensinarem o que é ser pesquisadora, pela produção científica em conjunto, amizade construída e exemplo de profissionais com que pude conviver e a quem pude admirar.

Por fim, agradeço aos que me permitiram traçar essa trajetória, pelos momentos de descontração, instigação, torcida, crítica e resignação. A todos que estiveram ao meu lado, ou que, mesmo distantes, contribuíram de uma forma ou de outra para esta realização, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

O estresse está presente na vida de todos os indivíduos em diferentes graus e âmbitos sociais e/ou laborais. Em algumas profissões, os trabalhadores estão expostos a eventos que podem desencadear estresse com maior frequência que em outras, entre as quais está a área da enfermagem, a área da segurança, em especial dos policiais, etc. As exigências e a dedicação no desempenho de algumas profissões aumentam a possibilidade de ocorrência de desgastes emocionais com altos níveis de estresse, tornando os profissionais vulneráveis ao estresse ocupacional crônico que se denomina de Síndrome de *Burnout* (SB). Sendo o estresse inevitável a algumas profissões, torna-se imprescindível que os trabalhadores de tais ofícios aprendam a identificá-lo e manejá-lo de modo a preservarem sua saúde. Nesse sentido, a literatura aponta algumas formas não farmacológicas para enfrentamento ou alívio do estresse, entre as quais se encontram as técnicas de relaxamento. Este trabalho de conclusão de curso teve como objetivo analisar a literatura científica nacional e internacional sobre o uso das técnicas de relaxamento para redução de sintomas de estresse relacionados à atividade laboral, identificar as técnicas de relaxamento utilizadas para reduzir o estresse laboral descritas nos estudos, descrever os resultados das pesquisas que utilizaram técnicas de relaxamento para redução de estresse laboral e analisar o nível de evidência dos estudos sobre técnicas de relaxamento para redução de estresse laboral. Trata-se de uma revisão integrativa que incluiu artigos indexados nas bases de dados: *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), SCOPUS e *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PUBMED). Entre as 426 referências indexadas, foram selecionados 11 artigos como amostra da pesquisa, dos quais seis foram classificados com nível de evidência IV, um com nível de evidência II, dois com nível de evidência V e dois com nível de evidência VI. As técnicas de relaxamento mais utilizadas nos estudos foram a terapia cognitivo-comportamento, o uso de técnicas respiratórias, a psicoterapia orientada, a meditação e o alongamento. O uso de todas as técnicas produziu efeitos positivos sobre a saúde e a redução do estresse e da ansiedade dos grupos de profissionais estudados. As principais limitações dos estudos analisados concentram-se no fator de ser pequeno o número da amostra e na falta de estudos de alta qualidade na área.

Palavras-chave: Enfermagem. Esgotamento Profissional. *Burnout*. Estratégias. Terapia de Relaxamento. Terapia Ocupacional.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Etapas para seleção dos artigos para Revisão Integrativa. Porto Alegre, 2013.	24
Quadro 2 - Classificação dos níveis de evidências dos achados, segundo o tipo de desenho empregado na pesquisa.	26
Quadro 3 – Descrição dos números, títulos e autores dos artigos selecionados para Revisão Integrativa no período de 2003 a 2013. Porto Alegre, 2013.	29
Quadro 4 – Descrição do ano de publicação, idioma, local de estudo (cidade/país), tipo, campo, população, amostra e nível de evidência das pesquisas. Porto Alegre, 2013.	30
Quadro 5 – Descrição da origem dos autores (universidade/serviço), periódico de publicação e objetivos do estudo. Porto Alegre, 2013.	31
Quadro 6 – Descrição das técnicas de relaxamento utilizadas para redução do estresse laboral. Porto Alegre, 2013.	32
Quadro 7 – Descrição da efetividade das técnicas de relaxamento utilizadas para redução do estresse laboral. Porto Alegre, 2013.	34
Quadro 8 – Descrição das limitações dos estudos da Revisão Integrativa. Porto Alegre, 2013.	37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Níveis de evidência para responder ao significado de questões clínicas. Porto Alegre, 2013.....	26
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 CONTEXTO TEÓRICO	17
3.1 ESTRESSE	17
3.2 TÉCNICAS DE RELAXAMENTO	19
4 MÉTODOS	22
4.1 TIPO DE ESTUDO	22
4.1.1 Definição do problema / Questões norteadoras	22
4.1.2 Coleta dos Dados	22
4.1.3 Instrumento para a coleta de dados	25
4.1.4 Análise dos Dados	27
4.1.5 Interpretação dos resultados e síntese dos conhecimentos.....	28
4.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS	29
6 DISCUSSÃO DOS DADOS	38
6.1 CARACTERÍSTICAS DOS ARTIGOS	38
6.2 TÉCNICAS DE RELAXAMENTO	39
6.3 EFETIVIDADES DAS INTERVENÇÕES PARA REDUÇÃO DO ESTRESSE	44
6.4 NÍVEL DE EVIDÊNCIA DOS ESTUDOS DA REVISÃO INTEGRATIVA	48
6.5 LIMITAÇÕES DOS ESTUDOS.....	50
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	53

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados	58
APÊNDICE B – Quadro Sinóptico 1	59
APÊNDICE C– Quadro Sinóptico 2	60
ANEXO A – Parecer da COMPEAQ.....	61

1 INTRODUÇÃO

A palavra estresse tem origem latina e vem sendo usada desde o século XVII. Porém, apenas em 1926 esse termo foi descrito pelo Dr. Hans Selye como estado de tensão patogênico do organismo (LIPP, 2003b). França e Rodrigues (2007) denominam o estresse como o conjunto de reações que o organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço e adaptação. Para Lipp (2003a) o estresse é um estado de tensão que causa uma ruptura no equilíbrio interno do organismo, tanto biológico como psicológico.

Nos dias de hoje, verifica-se um incremento importante no uso do termo “estresse”, atribuído a variados eventos cotidianos e que contribui para uma dramática diminuição da qualidade de vida (FRANÇA, RODRIGUES, 2007).

O estresse, tanto o físico como o mental, altera a homeostase do organismo dos seres vivos, causando desequilíbrios hemodinâmicos e hormonais, que comprometem a funcionalidade dos diversos sistemas do corpo, favorecendo a instalação de patologias, quer seja de ordem física, quanto psíquica e emocional. O quadro sintomatológico do estresse envolve insônia, cefaleia, cansaço, irritabilidade, desânimo, falta de concentração, entre outros. Pode-se, ainda, em situações extremas, verificar hipertensão arterial sistêmica, constipação, gastrite, dores musculares, alterações do ciclo menstrual em mulheres e problemas de pele decorrentes do estresse (MORINI, 1997; LIPP, 2003a).

O estresse está presente na vida de todos os indivíduos em diferentes graus e âmbitos sociais e/ou laborais. Em algumas profissões, os trabalhadores estão expostos a eventos que podem desencadear estresse com maior frequência que outras, entre as quais estão a enfermagem e a segurança, em especial os policiais, entre outras.

A enfermagem exercida dentro dos hospitais tem um incremento dos fatores geradores de estresse, pois a atividade laboral hospitalar é caracterizada por excessiva carga de trabalho, contato com situações limite, alto nível de tensão e de riscos para si e para outros. Inclui, ainda, problemas de relacionamento interpessoal aos que prestam assistência direta aos clientes e preocupações com demandas institucionais (PASCHOALINI et al, 2008).

As exigências e a dedicação no desempenho de algumas profissões aumenta a possibilidade de ocorrência de desgastes emocionais com altos níveis de estresse, tornando os profissionais vulneráveis ao estresse ocupacional crônico que se denomina de Síndrome de *Burnout* (SB). A definição mais consolidada para a SB é a que a considera como uma reação à tensão emocional crônica motivada a partir do contato direto com outros seres humanos quando estes estão preocupados ou com problemas. A SB é constituída por três componentes: exaustão emocional, despersonalização e falta de realização profissional (MASLACH, JACKSON, 1981).

A profissão de policial militar é outra atividade com alto risco de dano à saúde e ao estresse, uma vez que esses profissionais lidam, no seu cotidiano, com a violência, a brutalidade e a morte. A literatura aponta que os policiais estão entre os profissionais que mais sofrem de estresse, pois estão constantemente expostos ao perigo e à agressão, devendo frequentemente intervir em situações com muito conflito e tensão (SPIELBERG et al, 1981; COLLINS, GIBBS, 2003).

Sendo o estresse inevitável a algumas profissões, torna-se imprescindível que os trabalhadores de tais ofícios aprendam a identificá-lo e manejá-lo de modo a preservarem sua saúde. Nesse sentido, a literatura aponta algumas formas não farmacológicas para enfrentamento ou alívio do estresse, entre as quais se encontram as técnicas de relaxamento.

As técnicas de relaxamento têm suas origens na Índia antiga, ligadas a uma das mais famosas escolas filosóficas clássicas do hinduísmo - o Yoga, tendo como finalidade contribuir para alcançar a harmonia do ser e a concentração do pensamento (DIAS, 2007).

Durante o relaxamento ocorrem três tipos de manifestações:

A) Fisiológicas - diminuição do pulso, da pressão arterial sistêmica e da respiração; atividade elétrica cerebral "alfa"; diminuição do consumo de oxigênio e de dióxido de carbono (produzido e eliminado); redução da tensão muscular e do metabolismo; constrição da pupila; vasodilatação periférica; elevação da temperatura periférica; controle da homeostase do corpo; diminuição à resposta do estresse e recuperação rápida do estado de estresse. B) Cognitivas – estado alterado da consciência, concentração aumentada; receptividade à sugestão positiva; percepção do *locus* de controle interno, existente dentro de si mesmo. C) Comportamentais – inexistência de interação verbal; incapacidade de mudança

voluntária de posição; facilidade à movimentação passiva e despreocupação com estímulos ambientais (DIMOTTO, 1984).

As técnicas de relaxamento podem ser utilizadas para aliviar e reduzir tensões e dores, podendo resultar na diminuição do consumo de medicamentos analgésicos e psicotrópicos e favorecer a qualidade de vida das pessoas. A sua utilização, de modo adequado, constitui um instrumento na prática e na pesquisa na área da saúde, notadamente da enfermagem. Incorporar técnicas de relaxamento à prática do enfermeiro é uma forma de subsidiar a realização de intervenções necessárias para o cuidado integral ao cliente.

Uma pesquisa realizada com 15 adolescentes institucionalizados de um abrigo público de Fortaleza evidenciou que o uso de oficinas criativas, musicalidade e técnicas respiratórias para fins de relaxamento contribuíram para a diminuição dos sintomas de ansiedade (BRAGA, MORAES, 2005).

Tróccoli e Murta (2007), em um estudo com uso de técnicas de relaxamento com bombeiros, evidenciaram que houve redução em sintomas de estresse e de problemas de saúde geral após intervenção. O uso de técnicas de relaxamento pode ser uma alternativa para melhorar a qualidade de vida e reduzir ou controlar os sintomas de estresse. Sendo assim, e, considerando a presença crescente do estresse em diferentes profissões, as técnicas de relaxamento poderão constituir alternativas viáveis para seu controle e/ou redução, visto que são, em geral, de fácil execução e adaptáveis à rotina atribulada e ao escasso tempo livre desses profissionais.

Diante dos fatos mencionados, questiona-se: quais são as técnicas de relaxamento utilizadas para reduzir estresse laboral? Técnicas de relaxamento apresentam resultado satisfatório na redução do estresse laboral?

2 OBJETIVOS

Para operacionalizar este estudo foram elaborados os objetivos que seguem:

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os tipos de intervenções utilizadas para redução de sintomas de estresse relacionados à atividade laboral.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as intervenções utilizadas para reduzir o estresse laboral descritas na literatura científica.

Descrever os resultados das pesquisas que utilizaram técnicas de relaxamento para redução de estresse laboral.

Analisar o nível de evidência dos estudos sobre as intervenções para redução de estresse laboral.

3 CONTEXTO TEÓRICO

Neste capítulo será apresentado o referencial teórico utilizado para elaboração do presente estudo, ou seja, uma revisão da literatura sobre o estresse e o uso de técnicas de relaxamento para redução do estresse.

3.1 ESTRESSE

Estresse é uma reação psicofisiológica complexa que tem em sua gênese a necessidade do organismo de reagir a algo que ameace sua homeostase interna (LIPP, 2003a). Segundo Andrews (2003), o estresse é a resposta do corpo a qualquer demanda interna ou externa, quando forçado a adaptar-se a mudanças.

Submetido a pressões psicológicas, situações de risco e/ou ameaça real ou hipotética que podem ser consequência direta da vida das grandes cidades (assaltos, trânsito, desemprego, inflação, competição no mercado de trabalho, violência, custo de vida, pressões familiares, etc.), o ser humano sofre uma estimulação do sistema simpático do Sistema Nervoso autônomo (SNA). É desta forma que o organismo responde aos estímulos, desencadeando o estresse de origem fisiológica (MORINI, 1997), o qual constitui uma resposta normal. Entretanto, quando altas demandas ameaçantes (internas ou externas) se mantêm por muito tempo, exigindo respostas constantes do organismo para atendê-las, ocorre uma grande estimulação do SNA, acarretando estresse nocivo.

O estímulo estressor pode originar-se do meio externo (calor, frio, trabalho, família, cultura, violência, outros) e do meio interno (pensamentos negativos, ameaça imaginária, etc.). O estresse ocorre quando há o desequilíbrio entre os recursos físicos, sociais, biológicos ou psicológicos do indivíduo diante das demandas internas e externas, e ocorre em níveis diferentes em cada indivíduo, ou seja, a reação depende do organismo e formas de enfrentamento de cada indivíduo (TRINDADE, LAUTERT, 2010).

No âmbito psicológico e emocional do ser humano, o estresse excessivo produz cansaço mental, dificuldade de concentração, perda de memória imediata, apatia e indiferença emocional. A libido fica reduzida e os problemas de ordem física

se fazem presentes. Nestas condições, a qualidade de vida sofre um dano bastante pronunciado (LIPP, 2003a)

O estresse pode ter origem nos eventos da vida diária, como no trabalho, por exemplo. Quando originado no trabalho ou vinculado a ele, é denominado estresse ocupacional, o qual é definido por Kroemer e Grandjen (2005) como estado emocional que resulta da discrepância entre o nível da demanda de trabalho e a habilidade da pessoa em lidar com a questão. Portanto, o estresse ocupacional é um fenômeno com elementos objetivos e subjetivos que depende do reconhecimento por parte do trabalhador de sua inabilidade ou dificuldade em lidar com as demandas das situações de trabalho.

O impacto do trabalho na saúde das pessoas tem sido foco de diversos estudos. Em estudo sobre a organização do trabalho, Dejourns (2007) aborda questões relacionadas à carga física e mental que circulam nesse contexto. De acordo com esse autor, quando o peso psíquico do trabalho se eleva, torna-se fonte de tensão e desprazer, convergindo para fadiga, astenia e outras patologias.

Como exemplo dessa situação, o estudo de Carvalho et al. (2008) com policiais militares identificou a prevalência de bruxismo e estresse nessa população, e os resultados sugeriram um possível papel do estresse emocional como fator predisponente ao bruxismo. A prevalência de bruxismo nos 81 policiais militares que participaram da pesquisa foi de 33,3%, e foi observado estresse emocional em 13,6% dos policiais militares, dos quais mais da metade (63,6%) relatou ranger os dentes durante o sono e/ou vigília. A prevalência de estresse em indivíduos com bruxismo foi significativamente maior em relação aos indivíduos sem bruxismo.

O estudo de Minayo, Souza e Constantino (2007), onde foram investigadas características socioeconômicas, de qualidade de vida, condições de trabalho e de saúde de policiais militares e civis do Estado do Rio de Janeiro, evidenciou que os policiais são vítimas no desempenho de suas atividades, sobretudo os militares e aqueles de ambas as corporações que exercem funções operacionais. Diferentes variáveis se associaram à vivência de risco nas duas corporações, destacando-se as condições de trabalho e, em especial, o exercício de outras atividades no período legal de descanso. O estudo apontou também os conflitos enfrentados pelos policiais em sua atividade profissional como causadores de grande sofrimento mental.

Estresse ocupacional tem vários efeitos negativos, tais como diminuição do desempenho e eficácia, redução na produtividade e qualidade do serviço prestado ao cliente, problemas de saúde, absenteísmo, rotatividade, acidentes de trabalho, uso de álcool e drogas, comportamentos destrutivos propositadamente, entre outros (VAN DER COLFF, ROTHMANN, 2009).

Na enfermagem, há diversos estudos acerca do esgotamento profissional, dentre eles, podemos citar Dal Pai (2011), que realizou uma pesquisa sobre violência no trabalho em um hospital de pronto socorro de Porto Alegre, com profissionais da área da saúde que atuam na assistência direta ao paciente, a qual evidenciou presença da Síndrome de *Burnout* relacionada à exposição à violência, com consequente exaustão emocional.

A Síndrome de *Burnout* refere-se ao estresse laboral crônico, sendo caracterizada pela presença de três componentes: o esgotamento profissional, a falta de realização profissional e a despersonalização do trabalhador (TRINDADE, LAUTERT, 2010).

Estudo realizado junto a dezesseis equipes de Estratégia de Saúde da Família em Santa Maria identificou 6,9% dos trabalhadores, entre médicos, enfermeiros, odontólogos e agentes comunitários de saúde, com a Síndrome de *Burnout*, a qual teve associação estatística significativa ($p = 0,034$) com a idade. Os mais jovens obtiveram escores superiores nas subescalas de desgaste emocional e despersonalização do Inventário de *Burnout* (TRINDADE, LAUTERT, 2010)

3.2 TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

Dentre as técnicas que ajudam no manejo do estresse, são relatadas várias medidas, entre as quais se encontram o relaxamento, a meditação, o alongamento, os exercícios respiratórios, a acupuntura, a prática de atividades físicas, o incentivo à alimentação saudável, o redirecionamento de atenção, entre outros (CAMINHA et al., 2007; LIMA et al, 2010). Também são usados o manejo da raiva, as terapias em habilidades pessoais (assertividade, manejo do tempo e negociação), a redução da tensão (relaxamento e *biofeedback*) (MURTA, TRÓCCOLI, 2007) e a musicoterapia

(TAETS et al., 2013). Estas podem ser utilizadas em conjunto - técnicas combinadas de relaxamento e cognitivo-comportamentais - ou separadamente e acrescentar benefícios aos seus usuários. Muitas pessoas se beneficiam ao utilizar técnicas de relaxamento, tais práticas são recomendadas para situações em que se pretende que os problemas possam ser manejados. A técnica de relaxamento busca melhorar a relação do indivíduo com o seu meio ambiente, atua sobre a mente e pode proporcionar um estado de tranquilidade (LAPIERRE, 1982).

Os exercícios respiratórios constituem uma modalidade das técnicas de relaxamento e são utilizados para esta finalidade há milhares de anos, principalmente entre as civilizações orientais. A respiração é um ato essencial à vida e, por vezes, inconsciente para muitos, que desconhecem seus benefícios no cotidiano de suas vidas. Se a mesma for feita de forma adequada, através dos exercícios respiratórios, poderá mostrar-se como uma medida eficaz contra o estresse. É usada para reduzir a ansiedade, a depressão, a irritabilidade, a tensão muscular e a fadiga (DAVIS; ESHELMAN; McKARY, 1996).

Conforme Auriol (1985), durante o relaxamento, o número de respirações por minuto tende a diminuir, prolongando assim a extensão de cada ciclo respiratório. A intensidade desta ocorrência está relacionada à profundidade do relaxamento e à técnica que está sendo empregada. De acordo com o mesmo autor a maioria das pessoas tensas respira mal, apresenta pouca capacidade vital e dificuldades no que diz respeito à elasticidade torácica. Reeducação do movimento respiratório pode auxiliar no combate aos vícios respiratórios, restaurando a via nervosa que corresponde ao processo, através do exercício voluntário que ocorre durante o treinamento.

A respiração possui uma ligação íntima com nosso estado emocional. Ela foi o primeiro ato voluntário do indivíduo ao nascer; sendo assim, pode-se dizer que nascemos com uma respiração, ao mesmo tempo em que será a última coisa que faremos. Quando se modifica o ritmo respiratório, pode-se obter, também, uma alteração no estado emocional. Prestar atenção à respiração possibilita tornar conscientes aspectos da personalidade que podem estar inconscientes, por exemplo, a ansiedade e a agitação (ARCURI, 2006).

Outra modalidade utilizada para relaxamento e redução do estresse é a auriculoterapia. Um estudo clínico randomizado, realizado com 75 profissionais da equipe de enfermagem de um hospital universitário da cidade de São Paulo, que apresentavam níveis médio e alto de sintomas de estresse, de acordo com a Lista

de Sintomas de *Stress* (LIS), evidenciou que a auriculoterapia reduziu os escores altos de estresse desses profissionais, com melhores resultados para agulhas do que sementes, e com manutenção de efeitos por 15 dias (KUREBAYASHI et al, 2012).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) também tem sido utilizada para controle do estresse. É uma abordagem psicoterápica que reconhece o papel das cognições disfuncionais e/ou limitantes na geração da resposta psicofisiológica do estresse. Possui dois princípios centrais, que as cognições tem função controladora sobre emoções e comportamentos e que o modo de agir pode afetar os padrões de pensamento e emoções (WRIGHT, BASCO, THASE, 2008).

As pessoas podem reagir de forma repetitiva e automática às situações adversas de estresse, através de erros cognitivos comuns, tais como: catastrofização, pensamento dicotômico ou “tudo ou nada”, generalização, diminuir o lado positivo, leitura mental, previsão do futuro, magnificação ou minimização, rotulação, entre outros. Sendo assim, a TCC inclui um relacionamento terapêutico colaborativo e utiliza técnicas que auxiliam os indivíduos a identificarem pensamentos associados a sintomas emocionais (raiva, ansiedade, etc.) para, desse modo, reconhecer estas cognições autônomas e torná-las conscientes a fim de processar respostas coerentes (WRIGHT, BASCO, THASE, 2008).

Friedman, Zuttermeister e Benson (1993), relataram que o uso de técnicas de relaxamento, incluindo os treinos baseados na respiração, estavam se expandindo na formação médica norte-americana, até como uma proposta de integrar as terapias complementares na medicina tradicional. Entretanto, treze anos se passaram e pouco se conhece sobre a eficácia do uso destas técnicas para a redução do estresse.

4 MÉTODOS

Neste capítulo serão apresentados os materiais e métodos que foram utilizados para construção deste estudo.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa (RI) segundo a proposta de Mendes et al. (2008). Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um tema delimitado ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

A RI se desenvolve em seis etapas (MENDES, et al., 2008): 1) definição do problema e formulação da questão de pesquisa; 2) critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos; 5) interpretação dos resultados e apresentação da revisão; e 6) resultados/síntese do conhecimento.

4.1.1 Definição do problema / Questões norteadoras

A partir da delimitação do problema, foram elaboradas duas questões norteadoras para este estudo: quais são as técnicas de relaxamento utilizadas para reduzir estresse laboral? Técnicas de relaxamento apresentam resultado satisfatório na redução do estresse laboral?

4.1.2 Coleta dos Dados

A coleta de dados foi realizada nas bases de dados: *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), SCOPUS e *US National Library of Medicine National*

Institutes of Health (PUBMED), por serem bases amplas que apresentam rigor científico para a indexação dos periódicos.

Foram utilizados os descritores em ciências da saúde (DECs): Esgotamento Profissional, *Burnout*, Enfermagem, Estratégias, Terapia de Relaxamento, Terapia Ocupacional. Estes descritores foram utilizados sozinhos ou associados com o operador booleano AND.

Critérios de inclusão: pesquisas quantitativas e qualitativas sobre o tema “técnicas de relaxamento para redução do estresse laboral” com trabalhadores, artigos completos, gratuitos, de acesso *on line*, na íntegra, em idiomas português, inglês e/ou espanhol, publicados no período de 2003 a 2013. Este período de tempo foi selecionado face às importantes mudanças que vêm ocorrendo na organização do trabalho e nas formas de lidar com as novas demandas laborais.

Critérios de exclusão: artigos não disponíveis na íntegra *on line*, monografias e teses, e os que não respondam a nenhuma das questões norteadoras propostas para esta revisão.

As referências indexadas nas Bases de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) somaram 26; na *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PUBMED), 97; e no Banco de Dados SCOPUS, 303. Foram capturadas por meio da utilização associada dos descritores - “*Burnout and Enfermagem and Strategies*”, “*Burnout and Strategies and Terapia de relaxamento*”, “*Burnout and Occupational Therapy*”, “*Burnout and Terapia de relaxamento*”, *Burnout and Strategies and Occupational Therapy*”, repetidamente, nas três bases de dados. As referências duplicadas indexadas em mais de uma base de dados foram computadas apenas uma vez. Nessa primeira etapa computaram um total de 426 referências indexadas.

A busca de artigos para esta pesquisa se deu conforme apresentado no Quadro 1, como se pode ver a seguir.

Quadro 1 - Etapas para seleção dos artigos para Revisão Integrativa. Porto Alegre, 2013.

Ações	Inclusões	Exclusões
Busca em bases de dados: descritores associados	426 referências indexadas	
Análise dos títulos	70 artigos indexados	356 artigos não se referiam ao tema
Idiomas disponíveis		7 disponíveis em idiomas fora dos critérios
Análise dos resumos	63 resumos analisados	34 resumos não se referiam à questão norteadora
Leitura de textos completos	29 artigos para análise do texto	12 artigos não disponíveis em acesso livre
		6 artigos não respondiam à questão norteadora
11 artigos como amostra da pesquisa		

Fonte: MOREIRA, P.W. Coleta direta de dados em bases eletrônicas de periódicos da área da saúde, 2013.

A análise dos 426 artigos capturados deu-se, inicialmente, através de seus títulos, idioma e período de publicação. Dessa forma, 356 artigos foram excluídos por seus títulos não se referirem ao tema proposto para esta RI e 7 foram excluídos devido à língua estrangeira não ser a estabelecida pelo estudo, restando, então, 63 artigos a serem analisados.

A etapa seguinte ocorreu por meio da análise dos resumos dos 63 artigos, em que 34 foram excluídos por não se referirem às questões norteadoras da RI, restando 29 artigos a serem avaliados por meio da leitura integral de seus textos.

Por fim, desses 29 artigos, 12 foram excluídos por não estarem disponíveis de forma completo e de acesso livre, e 6 excluídos por não responderem às questões norteadoras desse estudo. Assim, a amostra compreendeu de 11 artigos que abordam a temática do uso de técnicas de relaxamento para redução do estresse laboral.

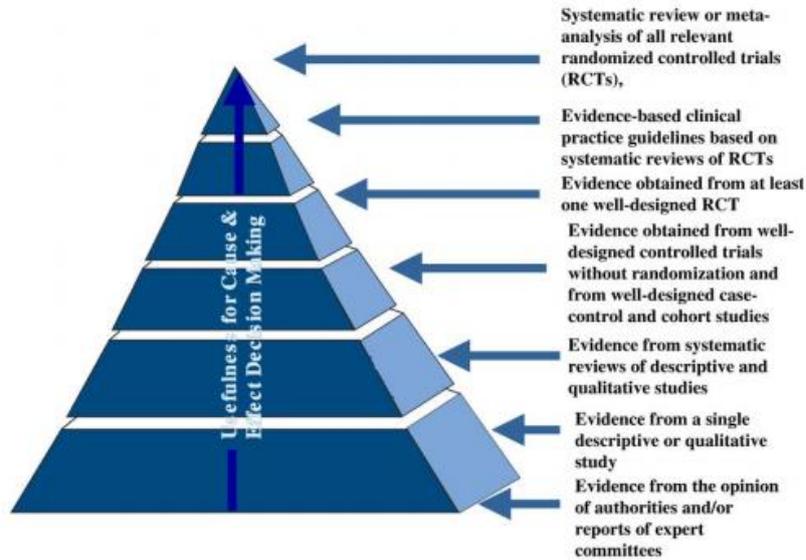
4.1.3 Instrumento para a coleta de dados

Para coleta dos dados foi utilizado um instrumento (Apêndice A) onde constaram dados de identificação e informações extraídas dos artigos a fim de facilitar a análise e a interpretação dos dados para respectiva síntese e comparação.

O Apêndice A compreendeu: dados de identificação do artigo (título do artigo, ano de publicação, nome dos autores, origem dos autores, nome do periódico e descritores); objetivos do estudo; materiais e método utilizados; tipo de estudo; população e amostra; local (cidade ou região em que estavam situados os trabalhadores e campo do estudo), resultados/achados, conclusões; recomendações e limitações do estudo.

Foi analisado também o nível de evidência dos artigos conforme abordagem metodológica empregada nos estudos. Para essa revisão, foi utilizada a seguinte classificação hierarquizada de nível de evidência: 1 - evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados; 2 - evidências provenientes de revisão sistemática de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; 3 - evidências derivadas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; 4 - evidências obtidas de um ensaio clínico bem delineado sem randomização ou provenientes de estudos de corte e de caso-controle bem delineados; 5 - evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6 - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo e 7 - evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialista (FINEOUT-OVERHOLT; MELNYK., 2005).

Figura 1 - Níveis de evidência para responder ao significado de questões clínicas. Porto Alegre, 2013.



Fonte: FINEOUT-OVERHOLT, MELNYK, 2005, p. 339.

Essa classificação está apresentada no quadro abaixo.

Quadro 2 - Classificação dos níveis de evidências dos achados, segundo o tipo de desenho empregado na pesquisa.

Nível de evidência	
I	Evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de ensaios clínicos randomizados controlados
II	Evidências provenientes de revisão sistemática de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados
III	Evidências derivadas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado.
IV	Evidências obtidas de um ensaio clínico bem delineado sem randomização ou provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados.
V	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos.
VI	Evidências derivadas de um único estudo descritivo, quantitativo ou

	qualitativo.
VII	Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês especialistas.

Fonte: FINEOUT-OVERHOLT, MELNYK, 2005.

Após o preenchimento do Apêndice A com os dados de cada artigo selecionado, eles foram numerados e ordenados de acordo com o ano e mês de publicação, iniciando com o artigo mais antigo e indo ao mais recente. Dessa forma, cada artigo foi relacionado a um algarismo de 1 a 11, sendo assim representados no capítulo da apresentação dos dados a fim de facilitar sua identificação durante a discussão dos achados.

4.1.4 Análise dos Dados

Para a análise dos dados foram elaborados dois quadros sinóticos (Apêndices B e C), onde estão sintetizados os dados retirados do Apêndice A. Os registros dos quadros sinóticos (APÊNDICE B e C) serviram de subsídio para a elaboração de cinco quadros, onde estão apresentados os dados da pesquisa.

No quadro 3 constam as seguintes informações: número e título do artigo e nome dos autores.

No quadro 4 constam os dados relativos ao ano de publicação, idioma, região onde foi realizado o estudo (cidade/país), tipo de estudo, local onde foram coletados os dados, população em estudo, amostra e nível de evidência.

No quadro 5 estão descritos a origem dos autores (universidade ou serviço), o nome do periódico, o local onde foi publicado e o objetivo geral.

No quadro 6 estão descritos dados referentes ao tipo de técnica utilizada para diminuição do estresse laboral.

Por fim, no quadro 7 estão descritas a efetividade das técnicas escolhidas.

4.1.5 Interpretação dos resultados e síntese dos conhecimentos

Nesta fase, são apresentadas os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. Esses resultados são apresentados em forma de quadros que demonstram o efeito do uso de técnicas de relaxamento para alívio do estresse/ sugestões/ recomendações apontadas.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Nesta Revisão Integrativa foram respeitadas as ideias, conceitos e definições dos autores, de modo que estas serão autênticas e citadas conforme NBR nº 6023/2002 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2002) e a Lei nº 12853, de 14 de agosto de 2013 (BRASIL, 2013), que dispõe sobre a gestão coletiva dos direitos autorais.

Este projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, aprovado sob o parecer nº 26021 (ANEXO A).

5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Neste capítulo estão apresentados os dados relativos à caracterização dos artigos que fizeram parte da RI, bem como os achados relativos ao uso de técnicas de relaxamento como ferramenta para redução do estresse laboral.

Quadro 3 – Descrição dos números, títulos e autores dos artigos selecionados para Revisão Integrativa no período de 2003 a 2013. Porto Alegre, 2013.

Artigo Nº	Título	Autores
1	<i>Mindfulness training as an evidenced-based approach to reducing stress and promoting wellbeing among human services professionals</i>	Poulin et al
2	<i>Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers</i>	Ruotsalainen et al
3	<i>Burnout prevention: A review of intervention programs</i>	Awa, Plaumann; Walter
4	<i>Effect of a multidisciplinary stress treatment programme on the return to work rate for persons with work-related stress: A non-randomized controlled study from a stress clinic</i>	Nettertrøm, Bech
5	<i>Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout</i>	Kravits et al
6	<i>Burnout hazard in teachers results of a clinical-psychological intervention study</i>	Wegner, R. et al
7	<i>Effects of Rehabilitation Programmes for Patients on long-term sick leave for burnout: a 3-year follow-up of the rest study</i>	Stendlund, Nordin, Järvholm
8	<i>Therapy of the burnout syndrome</i>	Korczak, Wastian, Schneider
9	<i>Intervención Psicoterapéutica Grupal Intensiva Realizada em um Entorno Natural para el Tratamiento del Burnout em um Equipo de Enfermería Oncológica</i>	Vásquez-Ortiz et al
10	<i>Are cognitive-behavioral interventions effective in reducing occupational stress among nurses?</i>	Sarid et al
11	<i>Primary Prevention Programme for Burnout-Endangered Teachers: Follow-Up Effectiveness of a Combined Group and Individual Intervention of AFA Breathing Therapy</i>	Goetz et al

Fonte: MOREIRA, P.W. Coleta direta de dados em bases eletrônicas de periódicos da área da saúde, 2013.

Quadro 4 – Descrição do ano de publicação, idioma, local de estudo (cidade/país), tipo, campo, população, amostra e nível de evidência das pesquisas. Porto Alegre, 2013.

Artigo Nº	Ano	Idioma	Cidade/País	Tipo	Campo	População/Amostra	Nível de Evidência
1	2008	Inglês	Toronto	Dois estudos Caso-controle	Hosp/Universidade	1 - Enfº/Aux. Enf. (40) e 2 - Professores (28) e controles (16)	IV
2	2008	Inglês	Escandinávia	Revisão Sistemática 14 estudos randomizados controlados, três randomizados- cluster e dois ensaios de crossover. Total: 2.812 participantes.	Base de dados: Medline, PsychINFO e Cochrane	Trabalhadores da área da saúde (19 artigos)	V
3	2010	Inglês	Hannover/ Alemanha	Revisão Sistemática 25 estudos de intervenção, 17(68%) com intervenções dirigidas à pessoa, 02 (8%) dirigidos à organização e 06 (24%) combinação de ambos os tipos.	Base de dados: Medline, PsychINFO e PSYINDEX	Estudantes de enfermagem e profissionais de saúde (21 estudos)	v
4	2010	Inglês	Hilerod/ Dinamarca	Estudo Longitudinal Prospectivo	Clínica	Trabalhadores (63) e 34 controles.	IV
5	2010	Inglês	Califórnia	Estudo Exploratório	Hospital	Enfermeiros (248)	VI
6	2011	Inglês	Alemanha	Caso-Controlle	Clínica	Professores (150)	IV
7	2012	Inglês	Umea/ Suécia	Estudo Controlado Randomizado do tipo antes e depois	Clínica	Trabalhadores (107)	II
8	2012	Inglês	Munique/ Alemanha	Revisão da Literatura	31 bases de dados	Trabalhadores (17 estudos)	VI
9	2012	Espanhol	Madrid	Quase-Experimental Caso - Controle	Hospital	Equipe de enfermagem – 9 casos e 11 controles	IV
10	2012	Inglês	Beer-Sheeva/ Israel	Caso - Controle	Hospital	Enfermeiros (36)	IV
11	2013	Inglês	Heidelberg/ Alemanha	Estudo Controlado Longitudinal	Escola	Professores (91)	IV

Fonte: MOREIRA, P.W. Coleta direta de dados em bases eletrônicas de periódicos da área da saúde, 2013.

Inicialmente, foram extraídas as informações relativas ao título e ao nome dos autores dos artigos. Estes foram ordenados de acordo com o ano e mês de publicação, iniciando com o mais antigo ao mais recente e apresentados no quadro 3. Na sequência, no quadro 4, foram descritos o ano, o idioma e a cidade da publicação, o campo em que o estudo foi realizado, a população e amostra e o nível de evidência (FINEOUT-OVERHOLT, MELNYK, 2005) deles.

Quadro 5 – Descrição da origem dos autores (universidade/serviço), periódico de publicação e objetivos do estudo. Porto Alegre, 2013.

Artigo Nº	Origem dos autores	Periódico	Objetivos
1	Univ	International Journal of Health Promotion & Education	Descrever o desenvolvimento e avaliação de duas intervenções baseadas em <i>mindfulness</i> e relaxamento: uma com a equipe de enfermagem; outra com professores e estudantes de licenciatura.
2	Serv	Scandinavian Journal of Work, Environment & Health	Avaliar a eficácia das intervenções para redução do estresse no trabalho entre os trabalhadores de cuidados de saúde.
3	Univ	Patient Education and Counseling	Avaliar a eficácia de programas de intervenção individuais ou em grupo, ou a combinação dos dois e a efetividade para reduzir sintomas de <i>burnout</i> .
4	Univ	BMC Public Health	Testar o efeito de um programa multidisciplinar no tratamento de pessoas com estresse ocupacional e o seu retorno ao trabalho.
5	Serv	Applied Nursing Research	Desenvolver e avaliar um programa psico-educacional que auxilia enfermeiros a desenvolver planos de gestão de estresse.
6	Serv	Journal of Occupational Medicine and Toxicology	Investigar o efeito de longa ação da psicoterapia orientada e complementada por um trabalho específico em professores com <i>burnout</i>
7	Univ	Journal of Rehabilitation Medicine	Avaliar os efeitos a longo prazo de dois diferentes programas de reabilitação para trabalhadores com <i>burnout</i>

8	Serv	GMS Health Technology Assessment	Avaliar a eficácia de diferentes terapias para tratamento da Síndrome de <i>Burnout</i> .
9	Univ	Psicooncologia	Avaliar a influência de uma experiência terapêutica grupal sobre o estresse ocupacional, níveis de ansiedade, depressão e fatores emocionais e <i>burnout</i> da equipe de enfermagem.
10	Univ	Applied Nursing Research	Investigar o efeito das técnicas de respiração sobre o estresse percebido e estados de humor de enfermeiras.
11	Univ	Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine	Avaliar os efeitos da terapia respiratória para a prevenção primária de <i>burnout</i> em professores.

Fonte: MOREIRA, P.W. Coleta direta de dados em bases eletrônicas de periódicos da área da saúde, 2013.

No quadro 5 constam os dados relativos às características das pesquisas publicadas, ou seja, o local de atuação dos pesquisadores, o nome do periódico e os objetivos do estudo.

No quadro 6, a seguir, estão descritas as técnicas de relaxamento utilizadas para redução do estresse decorrente da atividade laboral.

Quadro 6 – Descrição das técnicas de relaxamento utilizadas para redução do estresse laboral. Porto Alegre, 2013.

Artigo Nº	Tipo de técnica de relaxamento utilizada para redução do estresse laboral
1	Técnicas de atenção do programa <i>Wellness Mindfulness –Based</i> . Incluiu quatro sessões de 30 minutos focadas em: introdução à consciência plena e formas de incorporar a atenção plena à vida diária; percepção do corpo; meditação sentada; e exercício de respiração de três minutos para uso em momentos de estresse agudo.
2	Diferentes técnicas não informadas.
3	Treinamento cognitivo-comportamental, psicoterapia, aconselhamento, treinamento de habilidades adaptativas, comunicação, formação profissional, apoio social, exercícios de relaxamento ou lazer, musicalidade.

4	O programa de tratamento de estresse consistiu em: 1) Identificação de fatores de estresse relevantes dos participantes; 2) Mudança de estratégias de enfrentamento - receberam um livro sobre Estresse-; 3) Mudanças na carga de trabalho; 4) Uso das técnicas de relaxamento - CD com um programa para relaxar várias partes do corpo uma de cada vez, através da concentração e guiado pelas instruções do CD por 15 minutos-; 5) Exercício físico por pelo menos duas vezes por semana; e 6) Avaliação psiquiátrica quando necessário. Em média, cada trabalhador teve seis sessões de uma hora ao longo de quatro meses. O grupo controle foi contatado no início e no final do estudo.
5	Este estudo utilizou uma única intervenção psico-educativa para ensinar comportamentos de auto-cuidado positivos para os enfermeiros. A intervenção consiste de um único encontro de seis horas e utiliza princípios de aprendizagem de discussões e interações, técnicas de respiração guiadas para relaxamento, uso de arte como expressão, estratégias de enfrentamento, plano de auto-cuidado e realização de exercícios físicos.
6	A psicoterapia de grupo foi escolhida por ter uma abordagem integral, de acordo com o fundo de uma concepção psicanalítica do homem e da doença, que incluía não só o psíquico, mas, também, o somático e os problemas sociais dos pacientes. A avaliação foi feita através de um questionário que incluiu 60 questões de diferentes níveis de complexidade, abrangendo dados sócio-demográficos, questões sobre jornada de trabalho e organização do ambiente de trabalho, duração da incapacidade devido a doença no último trimestre e o <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI). No total, 150 trabalhadores completaram o programa proposto.
7	A técnica escolhida foi orientação cognitiva comportamental combinada com alongamento e uso das técnicas de respiração, em grupos de 6 a 9 trabalhadores que se reuniram em 30 sessões de 3 horas de duração. Nas sessões eram abordados cinco temas-chave: respostas ao estresse, conhecimento das reações ao estresse, desenvolvimento de competências comportamentais, cognitivas e emocionais, questões espirituais e valores da vida e, por último, o retorno ao trabalho. O programa foi desenvolvido por psicólogos e por dois fisioterapeutas. Houve reuniões de acompanhamento três, seis e doze meses após o fim do curso, que durou um ano. Cônjuges e/ou parentes eram convidados para três reuniões de grupo separados durante o primeiro ano. Um total de 107 sujeitos com o <i>burnout</i> (78 mulheres e 29 homens) completaram o programa de reabilitação e foram reavaliados três anos depois novamente.
8	Técnicas de respiração, meditação, psicoterapia, alongamento e terapia cognitivo-comportamental.
9	A intervenção foi feita através do uso das técnicas de tratamento com terapia cognitivo-comportamental, gestão do stress, alongamento ou música. No grupo experimental participaram oito mulheres e um

	homem, membros da equipe de enfermagem que participaram de encontros onde foram abordados temas como estresse, aspectos individuais, interpessoal e organizacional na forma de psicoterapia de grupo realizada. O outro grupo composto por 11 enfermeiros não recebeu qualquer tipo de intervenção.
10	Foram utilizadas a técnica de respiração e terapia cognitivo-comportamental. A amostra incluiu 36 enfermeiros e consistia em dois grupos. O grupo de estudo, que participou de um curso (n=20) e um grupo controle pareado por idade, escolaridade, estado civil e serviço hospitalar (n=16). Enfermeiros no grupo controle não receberam a intervenção, apenas participaram dos seminários.
11	A intervenção – terapia respiratória - ocorreu semanalmente durante oito semanas. A respiração foi conduzida por doze terapeutas treinados, com experiência de trabalho na área de, no mínimo, dois anos. Usaram um manual padronizado elaborado previamente, baseado em elementos como alongamento, pressão respiratória, sequência de movimento, espaço de tempo. O objetivo era que os participantes trabalhassem as fontes de tensão e buscassem experimentar o próprio corpo durante os movimentos, a fim de reduzir a experiência de <i>burnout</i> . A avaliação se deu por meio de questionários que, além de dados sócio-demográficos, utilizaram a Escala WORK-RELATED <i>Behavior and Experience Pattern (AVEM)</i> para avaliação dos aspectos de saúde. Participaram 91 professores.

Fonte: MOREIRA, P.W. Coleta direta de dados em bases eletrônicas de periódicos da área da saúde, 2013.

No quadro 7 estão descritos os resultados obtidos com o uso das respectivas técnicas de relaxamento.

Quadro 7 – Descrição da efetividade das técnicas de relaxamento utilizadas para redução do estresse laboral. Porto Alegre, 2013.

Artigo N°	Efetividade das técnicas utilizadas para redução do estresse laboral
1	Participantes relataram aplicar o conhecimento que aprenderam em sua vida pessoal e profissional. No grupo de enfermeiros houve diferenças significativas entre os resultados antes e após intervenção nas escalas de satisfação com a vida (<i>Satisfaction with Life Scale - SWLS</i>) e no inventário de relaxamento (<i>Smith Relaxation Disposition Inventory</i>). No grupo de professores e estagiários, houve diferenças significativas entre os resultados antes e após intervenção e entre os grupos (intervenção e controle) no <i>Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)</i> e na escala

	de autoeficácia docente (<i>Teacher's Sense of Efficacy Scale</i>).
2	Os resultados da análise sistemática mostram que intervenções cognitivo-comportamentais podem levar a efeitos positivos na gestão de estresse. Há evidências de que as intervenções que contêm elementos cognitivos produzem melhores resultados do que as com elementos comportamentais. As comparações analisadas foram: intervenções dirigidas diretamente à pessoa <i>versus</i> nenhuma intervenção; intervenções na interface de trabalho da pessoa <i>vs</i> nenhuma e intervenções organizacionais contra nenhuma intervenção. As intervenções dirigidas às pessoas podem reduzir o estresse, a exaustão profissional e a falta de realização profissional (dimensões do <i>Burnout</i>), e, também, a ansiedade-estado e a ansiedade-traço. Intervenções organizacionais podem reduzir a despersonalização (dimensão do <i>Burnout</i>) e sintomas de estresse.
3	Alguns programas de intervenção foram úteis para reduzir o <i>burnout</i> ou qualquer de suas dimensões. Cerca de 80% de todos os estudos levaram a efeitos positivos sobre <i>Burnout</i> , em cerca de 20% não existiram efeitos positivos ou redução no <i>Burnout</i> e 82% de todas as intervenções dirigidas a pessoa (terapia cognitivo-comportamental visando melhorar a capacidade de trabalho e habilidades de enfrentamento pessoais, apoio social ou tipos diferentes exercícios de relaxamento) conduziu a redução significativa na neutralização ou positivas mudanças nos fatores de risco, com duração de até 6 meses pós intervenção.
4	Efeito significativo sobre a taxa de retorno ao trabalho, o número de pessoas em licença médica diminuiu linearmente de 52% para 16% durante dois anos no grupo de intervenção. A diferença entre o grupo de intervenção e o controle foi estatisticamente significativa após quatro meses. O <i>odds ratio</i> mostra que a chance de voltar a trabalhar durante os quatro primeiros meses foi de 5,4 vezes maior no grupo de intervenção. Depois de um e dois anos não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos, embora haja um retorno mais rápido ao mercado de trabalho no grupo de intervenção.
5	Programa psico-educacional de gestão de estresse e exercícios respiratórios guiados e físicos para relaxar e auxiliar na redução do risco de esgotamento profissional. Encontro único, com seis horas de duração. Também foram realizadas discussões e interações, o uso de arte como expressão, estratégias de enfrentamento e plano de autocuidado. Níveis elevados de exaustão profissional ocorreram em 37% dos participantes antes de intervenção e em 27% após a intervenção ($p < 0,0005$). Pontuações mais altas para despersonalização que indicam

	alto risco de desenvolver <i>burnout</i> foram identificadas em 13% dos participantes antes da intervenção e 10% após ($p < 0,005$). Essas análises indicam eficácia da intervenção.
6	Os resultados do estudo mais importantes são a elevada quota de professores que retomaram suas atividades (75%), a essencial redução de dias de falta ao trabalho devido à incapacidade para menos de um terço e uma diminuição significativa da percentagem de professores ameaçada pelo esgotamento emocional de 76% para menos de metade (44,5%) ($p < 0,05$) para o grupo que sofreu a intervenção.
7	A combinação de técnicas respiratórias e terapia cognitivo-comportamental mostrou efeitos positivos três anos após o fim da intervenção. Para muitos trabalhadores é preciso tempo para implementar ferramentas cognitivas e estabelecer novos comportamentos. Três anos após a intervenção, os trabalhadores que dela participaram relataram ter se recuperado do esgotamento emocional e a maioria relatou estresse abaixo do ponto de corte para casos de <i>burnout</i> . O número de afastamentos por doenças também diminuiu. Os resultados mostraram redução significativa no uso de medicamentos para depressão ao longo do tempo. Sujeitos relataram usar as técnicas aprendidas em suas vidas diárias fora do ambiente laboral, sendo que 75% retornou a trabalhar em alguma medida e 55% não se afastou mais das atividades laborais.
8	Estudos que usaram a terapia cognitivo-comportamental demonstraram resultados mais efetivos para retorno ao trabalho e diminuição do uso de medicamentos psicotrópicos que meditação e psicoterapia. Em 14 estudos, a síndrome de <i>burnout</i> é tratada com terapia cognitivo-comportamental, fisioterapia, alongamento ou música. Os grupos de auto-ajuda, intervenções no local de trabalho e meditação são outras abordagens de tratamento. Um estudo relata o uso da combinação de psicoterapia e técnicas respiratórias. A avaliação da eficácia das terapias é problemática. Mesmo no caso em que vários estudos abordem a mesma intervenção, a técnica, o uso, a intensidade e a duração da intervenção são diferentes. Para a medir o resultado, grande parte dos estudos utilizam o <i>Maslach Burnout Inventory</i> , sem corte padronizado e sem validação clínica. Em várias estudos verifica-se que o <i>burnout</i> é reduzido sem terapia ou usando tratamento padrão.
9	Melhora significativa dos níveis de ansiedade e efeito positivo sobre a exaustão emocional do grupo que recebeu a intervenção em comparação com o grupo controle. Depois de quase um ano de intervenção o efeito psicológico permanece, embora os efeitos sobre a

	exaustão emocional e ansiedade foram enfraquecendo, o que pode indicar a necessidade de intervenções terapêuticas sistematizados no tempo (oficinas anualmente) para contribuir com e fortalecer as ferramentas e habilidades de enfrentamento.
10	Os resultados mostraram que apenas os enfermeiros que participaram dos encontros que trabalhavam conceitos sobre terapia cognitivo-comportamental apresentaram mais vigor, menos fadiga e menores níveis de estresse percebido. Não houve diferenças estatisticamente significativas de estresse percebido, tensão e humor entre o grupo de estudo e o controle. Foram encontrados sintomas depressivos e de raiva nos dois grupos. Não houve diferenças significativas de vigor e de fadiga entre os grupos .
11	Melhoria significativa do equilíbrio emocional, aumento da resistência às demandas ocupacionais e mudanças positivas relacionadas a organização do trabalho pôde ser observada indicando um possível efeito como uma estratégia de prevenção primária. Melhorias foram observados no grupo de intervenção em duas escalas: "distanciamento emocional" (F= 6,3; p<0,01) e "equilíbrio mental e estabilidade" (F=4,4).

Fonte: MOREIRA, P.W. Coleta direta de dados em bases eletrônicas de periódicos da área da saúde, 2013.

Quadro 8 – Descrição das limitações dos estudos da Revisão Integrativa. Porto Alegre, 2013.

Artigo	Limitações
	Pequeno número de participantes nos grupos caso e controle.
2	Apenas dois dos 14 estudos revisados eram de alta qualidade.
3, 4, 5, 9, 11	Não citaram limitações nos estudos.
6	Pequeno tamanho da amostra.
7	Desistência dos participantes ao longo do período definido para avaliação.
8	Baixo número de estudos qualificados, apenas um com nível de evidência I.
10	Pequeno tamanho da amostra (20)

Fonte: MOREIRA, P.W. Coleta direta de dados em bases eletrônicas de periódicos da área da saúde, 2013.

6 DISCUSSÃO DOS DADOS

Para discussão dos dados optou-se por organizá-la em três subdivisões: uma referente às características dos artigos; outra específico para o tipo de técnica utilizada como ferramenta para redução do estresse laboral e a terceira sobre os resultados encontrados a partir das técnicas utilizadas.

6.1 CARACTERÍSTICAS DOS ARTIGOS

Observando a produção científica sobre o uso de técnicas de relaxamento para redução do estresse ocupacional no período de 2003 a 2013, percebe-se que não há estudos nacionais que abordem o tema, sendo predominantemente na literatura internacional que se encontram estudos. A maioria dos estudos foi realizada em regiões da Europa, principalmente na Alemanha, seguido de um estudo dos Estados Unidos e outro da região de Israel.

Os profissionais selecionados para amostra foram predominantemente trabalhadores da área da saúde, havendo, porém, um estudo realizado com trabalhadores em geral e um com professores e acadêmicos de cursos de licenciatura. Entretanto, algumas pesquisas tiveram amostras pequenas que comprometeram os achados.

Quanto ao serviço de origem, a maioria dos estudos estava vinculada a universidades e apenas três com serviços/institutos.

Quanto ao nível de evidência dos achados dos estudos apresentados nos artigos que compreendem a amostra, a maioria (6) está classificada em nível IV, em uma escala de I a VII (FINEOUT-OVERHOLT; MELNYK, 2005). Esse fato demonstra que as constatações oriundas da análise, síntese e comparação dos dados dos artigos que aqui serão apresentadas merecem reflexão e possuem nível de significância relativo para subsidiarem eventuais propostas para o processo de trabalho, a fim de preservar a saúde do trabalhador e evitar danos decorrentes do estresse. Dois artigos foram classificados com nível de evidência

V (revisões sistemáticas) e dois com nível VI, o que remete à ideia de novos estudos acerca do tema, e apenas um com nível de evidência II, com forte poder de repercussão.

Em relação aos objetivos, a maioria dos artigos testou intervenções com sujeitos acometidos de estresse ou de *burnout*. Os artigos 7 e 11 propõem o uso das técnicas para prevenção de sintomas relacionados ao estresse.

6.2 TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

Apenas no artigo 11 os autores utilizaram uma técnica individual, a técnica respiratória. A maioria dos estudos usou a combinação de intervenções para obter melhor resultado.

No artigo 1, os autores associaram a meditação com técnicas de respiração. Um total de 28 participantes alocados no grupo de intervenção (70% mulheres) e 16 participantes de controle (78% mulheres) completaram as quatro sessões de curso propostas, onde eram abordados temas relacionados ao estresse e *burnout*, formas de lidar com estes elementos, meditação e exercícios respiratórios. Apesar das diferenças estatisticamente significativas entre os resultados antes e após intervenção, tanto na intervenção breve com a equipe de enfermagem como na intervenção mais longa com os grupos de docentes e estagiários, os autores recomendam estudos mais aprofundados sobre o uso destas técnicas.

O artigo 2 trata-se de uma revisão. A maioria dos estudos mostrou que é possível mudar as cognições dos participantes sobre elementos estressantes no trabalho e que estas mudanças produzem melhores resultados comparadas às que abordam exclusivamente elementos comportamentais. Neste artigo, também, os autores indicam que os estudos envolvendo intervenções organizacionais mostraram ser efetivos para redução de sintomas de estresse, ansiedade e despersonalização. Este achado é surpreendente, porque a implementação de intervenções na organização depende mais dos interessados do que do

trabalhador sozinho, e esses tipos de intervenções poderão, portanto, ser mais difíceis para organizar e manter sob controle.

As intervenções dirigidas às pessoas podem reduzir o estresse, a exaustão profissional, a falta de realização profissional (dimensões do *Burnout*) e também a ansiedade-estado e a ansiedade-traço.

No artigo 3, de revisão sistemática, 12 dos 25 estudos selecionados (48%) foram conduzidos na Holanda, 16% nos Estados Unidos, 8% na Grã-Bretanha e Israel, bem como 1 no Canadá, Finlândia, Noruega, Suécia e Polónia. 14 estudos selecionados foram randomizados ou experimentos aleatórios. Havia 9 quasi-experimentais dos quais 5 eram não-randomizados ou não forneceram informação sobre a distribuição aleatória de participantes. 2 estudos tiveram grupos de controle. Em 17 estudaram as intervenções direcionadas à pessoa, que constituíram treinamento cognitivo-comportamental, psicoterapia, aconselhamento, treinamento de habilidades adaptativas, comunicação, formação profissional, apoio social, exercícios de relaxamento ou lazer, música, entre outros. Havia 2 (8%) intervenções dirigidas a organização, nas quais medidas como reestruturação do processo de trabalho, avaliações de desempenho de trabalho, o trabalho, reajustes de turno e avaliação do trabalho foram oferecidos. Uma combinação de medidas dirigidas à pessoa e à organização foi oferecida em 6 (24%) estudos de intervenção analisados.

Em 68% dos os estudos, os períodos de intervenção foram menos de seis meses, em um caso durou seis meses (4%), enquanto 24% dos estudos não especificou a duração da intervenção. Os períodos dos estudos (pré-teste, intervenção e pós-testes) variaram de um mês a dois anos e meio. 4 estudos tiveram períodos inferiores a seis meses, 11 tiveram períodos entre seis meses e um ano, enquanto em 10 pesquisas os períodos foram mais de um ano. Entre estes, havia 3 estudos de longo prazo com duração de mais de dois anos. Avaliações e/ou pós-testes foram realizados pelo menos uma vez e, no máximo, cinco vezes nos estudos analisados. O primeiro pós-teste foi realizado no final da intervenção e após seis meses em 17 (68%) estudos; em 8 (32%) estudos entre seis meses e um ano após o termino da intervenção. O ultimo pós-teste foi feito seis meses após o termino da intervenção em 14 (56%) estudos; entre seis

meses e um ano após a intervenção em 7 (28%) estudos; e em 4 (16%) investigações, mais de um ano após o término da intervenção. Alguns programas de intervenção (80%) foram úteis para reduzir o *burnout* ou qualquer de seus componentes e 82% de todas as intervenções foram dirigidas à pessoa.

No artigo 4, um estudo longitudinal prospectivo, foram avaliados, durante um período de dois anos, 63 trabalhadores, que completaram um programa de tratamento. Um grupo de 34 trabalhadores serviu como grupo controle. O grupo em estudo foi submetido a um programa individual de tratamento de estresse, uso das técnicas de relaxamento e exercício físico pelo menos duas vezes por semana, e demonstrou chance 5,4 vezes maior de voltar a trabalhar durante os quatro primeiros meses, efeito que não se manteve após um e dois anos

No artigo 5, a amostra foi composta por enfermeiros recém-licenciados contratados para trabalhar em um centro de referência para pacientes oncológicos, no sul da Califórnia, assim como enfermeiros contratados há mais tempo na instituição. Os enfermeiros foram recrutados por meio de folhetos enviados para suas casas para participarem de programa psico-educacional para auxiliar a desenvolverem a gestão de estresse. O número de participantes do curso foi de 248 enfermeiros. Enfermeiros recém-graduados, ou com pouca experiência em enfermagem, com ou sem experiência em oncologia, foram responsáveis por 51% dos participantes, e enfermeiros experientes empregados por mais de um ano constituíram 49% dos participantes. Este estudo utilizou uma única intervenção psico-educativa para ensinar comportamentos de auto-cuidado positivos para os enfermeiros. A intervenção consiste de um único encontro de seis horas e utiliza princípios de aprendizagem de discussões e interações, técnicas de respiração guiadas para relaxamento, uso de arte como expressão, estratégias de enfrentamento, plano de auto-cuidado e realização de exercícios físicos. Os autores observaram redução na proporção de enfermeiros com níveis elevados de exaustão profissional e despersonalização, indicando a eficácia da intervenção.

No artigo 6, a intervenção proposta foi a psicoterapia de grupo. Os critérios para avaliação da efetividade foram o número de professores que retomaram as aulas, a redução da incapacidade para o trabalho e do número de afastamentos e

a melhoria do domínio de exaustão emocional da sub-escala do Maslach Burnout Inventário (MIB), que avalia sintomas de estresse ocupacional. No início do programa de tratamento (duração média de sete semanas), foram realizadas entrevistas e feitos exames médicos. Com base nesses resultados, um tratamento psicodinâmico foi desenvolvido e executado por uma equipe de médicos, psicólogos e enfermeiras. A psicoterapia de grupo foi escolhida por ter uma abordagem integral, de acordo com o fundo de uma concepção psicanalítica do homem e da doença, que incluía não só o psíquico, mas, também, o somático e os problemas sociais dos pacientes. A avaliação foi feita por meio de um questionário que incluiu 60 questões de diferentes níveis de complexidade, abrangendo dados sócio-demográficos, questões sobre jornada de trabalho e organização do ambiente de trabalho, duração da incapacidade devido a doença no último trimestre e o *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Foram examinados inicialmente 200 professores em um período de seis anos e gravado um conjunto completo de dados para esse grupo através de exame médico e questionário. Nenhum dos professores admitidos na clínica se recusou a participar. O tratamento psicoterápico foi específico para problemas ocupacionais. No total, 150 professores (75%) participaram na pesquisa depois de dois anos para nova avaliação.

No artigo 7, o programa de reabilitação consistiu de orientação cognitiva comportamental combinada com alongamento e uso das técnicas de respiração. Os grupos eram compostos de 6-9 trabalhadores que se reuniram em 30 sessões de 3 horas de duração, onde eram abordados cinco temas-chave: respostas ao estresse, conhecimento das reações ao estresse, desenvolvimento de competências comportamentais, cognitivas e emocionais, questões espirituais e valores da vida e, por último, o retorno ao trabalho. O programa foi desenvolvido por psicólogos e realizado por dois fisioterapeutas treinados. Houve também reuniões de acompanhamento três, seis e doze meses após o fim do reabilitação de 1 ano. Cônjuges e/ou parentes eram convidados para três reuniões de grupo separados durante o primeiro ano. Em paralelo com a terapia cognitivo-comportamental, os trabalhadores realizaram orientação cognitivo-comportamental combinada com alongamento e uso das técnicas de respiração.

Um total de 107 sujeitos com o *burnout* (78 mulheres e 29 homens), completaram o programa de reabilitação e foram reavaliados 3 anos depois.

No artigo 8, uma revisão de literatura, foram utilizados 17 artigos. Destes, quatorze estudos relatam *burnout* tratado com terapia cognitivo-comportamental, gestão do stress, alongamento ou música. Dois estudos relataram uso de meditação e grupos de auto-ajuda. Um estudo relata o uso de um sistema multimodal que utiliza tratamento psicoterápico e técnicas de respiração.

No artigo 9, foi realizada uma experiência terapêutica que visava abordar o estresse ocupacional em níveis de ansiedade, depressão e fatores emocionais relacionados com a síndrome de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal) com duas equipes de enfermagem que trabalhavam no setor de oncologia de dois hospitais da Espanha. O delineamento do estudo foi quasi-experimental, com um grupo que sofreu a intervenção e outro que não participou de nenhuma oficina proposta. A intervenção foi feita através do uso das técnicas de tratamento com terapia cognitivo-comportamental, gestão do stress, alongamento ou música. No grupo experimental, participaram oito mulheres e um homem, membros da equipe de enfermagem, que presenciaram encontros onde foram abordados temas como estresse, aspectos individuais, interpessoal e organizacional na forma de psicoterapia de grupo realizada num contexto de tratamento diferenciado do trabalho, dando aos participantes a oportunidade para interagir durante o período e aprofundar o relacionamento mútuo, reforçando a coesão do grupo. O outro grupo, composto por 11 enfermeiros, não recebeu qualquer tipo de intervenção.

No artigo 10, foram utilizadas a técnica de respiração e a terapia cognitivo-comportamental. A amostra incluiu 36 enfermeiros e consistia em dois grupos. Um grupo de estudo que participou de um curso (n=20) e um grupo controle pareado por idade, escolaridade, estado civil e serviço hospitalar (n=16). Os enfermeiros da amostra foram recrutados a partir de vários hospitais, por meio de seleção aleatória, utilizando o critério de cinco anos de experiência, no mínimo, e que desempenhassem funções administrativas e assistenciais. Os dados foram coletados em dois pontos: no do início do estudo e quatro meses mais tarde, mediante a conclusão do estudo. Cada seminário teve a duração de 3 horas e

tratou de temas tais como responsabilidade e imprevisibilidade no trabalho, a quantidade de controle sobre o trabalho, suporte e apoio fora do ambiente laboral, papéis e demandas institucionais e surgimento de conflitos. Enfermeiros no grupo controle foram pareados por idade, escolaridade, estado civil e setor hospitalar, e não receberam a intervenção, apenas participaram dos seminários.

No artigo 11, participaram do estudo 91 professores. A intervenção – terapia respiratória - ocorreu semanalmente durante oito semanas, seguido por três semanas de sessões individuais de respiração uma vez por semana. A respiração foi conduzida por doze terapeutas treinados, com experiência de trabalho na área de no mínimo dois anos, através de um manual padronizado elaborado previamente, baseado em elementos como alongamento, pressão respiratória, sequência de movimento, espaço de tempo. Por meio dessa técnica, o objetivo era o de que os participantes trabalhassem as fontes de tensão e buscassem experimentar o próprio corpo durante os movimentos, a fim de reduzir a experiência de *burnout*. A avaliação deu-se por meio de questionários que, além de dados sócio-demográficos, utilizaram a Escala *WORK-RELATED Behavior and Experience Pattern (AVEM)* para avaliação dos aspectos de saúde.

6.3 EFETIVIDADES DAS INTERVENÇÕES PARA REDUÇÃO DO ESTRESSE

Observa-se que em todas as investigações apresentadas nos artigos desta RI foram utilizadas intervenções combinadas.

No âmbito da saúde do trabalhador, há poucos estudos que abordam o uso das técnicas de relaxamento e seus efeitos para redução de estresse ocupacional. Na literatura científica, encontramos estudos relacionados a pacientes que se submeteram a procedimentos cirúrgicos, em tratamento de doenças crônicas e professores enfermeiros, que corroboram a efetividade das técnicas de relaxamento e o efeito positivo sobre as respostas do nosso organismo a situações de estresse e ansiedade.

A intervenção Terapia Cognitivo-Comportamental, por vezes, foi especificada como sendo dirigida a pessoa e também denominada de Psicoterapia ou Psicoterapia educacional. Esta modalidade de intervenção foi utilizada em nove dos onze estudos revisados (art.: 2,3, 4, 5 6, 8, 9, 10, 11). Modalidade semelhante a esta é a terapia cognitivo-comportamental dirigida ao trabalho da pessoa, a qual foi utilizada em uma investigação (art. 2).

A terapia cognitivo-comportamental (HAWTON et al 1997) abrange técnicas específicas direcionadas a reorganizar e/ou neutralizar comportamentos desadaptativos provenientes do estresse, com a vantagem de ser uma terapia breve.

De acordo com Doering et al (2007), em estudo piloto realizado na Universidade da Califórnia com mulheres que se submeteram a revascularização do miocárdio, foi verificado que a TCC oferece suporte para melhora do quadro depressivo e de imunidade, reduzindo processos inflamatórios e infecciosos no pós operatório. Dessa forma, além de ser um recurso para trabalhar as emoções, a TCC possibilita a aprendizagem de novo repertório de enfrentamento, visto que mesmo um procedimento cirúrgico de alta complexidade não garante a plena recuperação se não houver no paciente uma mudança de comportamento em relação a si mesmo. Para isso, o paciente deve ser colaborativo e proativo, percebendo o quanto seu investimento pessoal positivo influencia diretamente nos resultados da cirurgia, inclusive diminuindo possíveis complicações pós cirúrgicas. A segunda modalidade mais utilizada foi a técnica de respiração, utilizada em cinco investigações (art. 1, 4, 5, 10, 11).

A respiração tem uma relação muito próxima com a nossa saúde e com a maneira como lidamos com as nossas vivências cotidianas. O estresse e ansiedade são exemplos disso e o que se conhece é que, durante episódios de intensa carga emocional, a respiração está reduzida e mais curta, levando a alterações fisiológicas e no funcionamento do organismo (ZENI, ARAUJO, 2009).

Técnicas para proporcionar bem estar às pessoas também foram usadas, tais como a meditação (art.1 e 8), o relaxamento (art. 3 e 4) e a música (art. 3 e 8).

O relaxamento muscular progressivo, técnica desenvolvida por Jacobson (1974), ensina a reconhecer a diferença entre tensão e relaxamento. Estudo com pacientes oncológicos, empregando o relaxamento muscular progressivo, mostrou ser essa técnica efetiva para alívio da dor crônica de pacientes adultos. O emprego do relaxamento, em pacientes adultos ou em crianças, para alívio de outros sintomas relacionados ao câncer, é amplamente observado na literatura (PAULA, CARVALHO, SANTOS; 2002; CARVALHO, MARTINS, SANTOS; 2007).

Outras técnicas utilizadas foram o aconselhamento, (art.3), o apoio social (art.3), o trabalho específico (art.6), a reabilitação multimodal (art. 7), a intervenção organizacional (art. 2), a fisioterapia (art. 8) e o alongamento (art.4).

Observou-se na literatura, ainda, estudo realizado com 14 professores enfermeiros, sendo constituídos dois grupos para análise, um de intervenção e o outro de controle, sendo que o primeiro recebeu a terapia floral e o segundo apenas o placebo (*brandy*). Em razão de o estudo ter sido um ensaio clínico randomizado, nenhum professor sabia a qual grupo pertencia. Em relação aos resultados, o nível de estresse de 71,43% dos que apresentavam estresse intenso antes da terapia floral diminuiu para 28,57% após a utilização desta, com uma diferença de 42,86% no nível. Percebe-se a partir desses dados a contribuição da terapia floral no controle do estresse laboral do professor. Após a utilização da terapia floral no grupo controle, os professores com nível de estresse intenso (28,57%) migraram para nível de estresse moderado, aumentando o percentual de 71,43% para 85,72%, sendo que 14,28% não apresentaram nenhum estresse. Observa-se que, no grupo controle antes da utilização do placebo, 28,57% dos professores estavam com estresse intenso, sendo que após a pesquisa não havia mais nenhum professor nesse nível de estresse. A diminuição do nível de estresse dos professores do grupo controle pode estar relacionada ao efeito placebo (BOTELHO, SORATTO, 2012).

As intervenções eram focadas, em geral, no trabalhador, e desenvolvidas em grupos, partindo-se do pressuposto que o estresse está relacionado à pessoa. Embora intervenções organizacionais mostrem-se efetivas para redução de sintomas de estresse e ansiedade e despersonalização.(art 2), o ser humano é uma dualidade funcionando numa unidade, o corpo produz mudanças na mente e

esta age sobre o corpo. Atualmente, a vida repleta de estresse, agitação e preocupações é fonte constante de perturbações e doenças psicossomáticas (JODAS, HADADD; 2009). As mudanças no comportamento biopsicossocial do indivíduo geram implicações em sua saúde e, conseqüentemente, no seu trabalho, trazendo grandes custos organizacionais.

Um agravo ocupacional de caráter psicossocial na sociedade atual, que afeta o mundo do trabalho, é a Síndrome de Burnout. Definida como uma resposta emocional, que emerge das situações de estresse crônico, derivado de relações interpessoais intensas no ambiente de trabalho, gera graves problemas psicológicos e físicos ao trabalhador. Em síntese, a Síndrome de Burnout não se reduz à exaustão física e emocional resultante da alta sobrecarga de trabalho, evidenciam-se, além disso, estressores de ordem interpessoal (falta de suporte) e também estressores relativos às interferências burocráticas (conflitos e ambigüidade de papel e falta de autonomia) que, ao atuarem em conjunto, tiram do indivíduo a sua condição de sujeito capaz de realizar bem seu trabalho, bem como de realizar-se através do trabalho que executa (CASTRO, ZANELLI; 2007).

A Síndrome de Burnout tem sido considerada um grave problema e de extrema relevância, visto que está vinculada a grandes custos organizacionais, devido o alto absenteísmo, além de queda na produtividade e na qualidade dos serviços prestados. As principais causas para a ocorrência de Burnout em profissionais em geral são: o contato contínuo com o sofrimento, a dor e a morte; a diminuição do valor social do profissional pela sua família; a sobrecarga de trabalho; a carência de recursos para desempenhar o papel adequadamente; a diminuição nos diversos tipos de recompensa e estímulos em sua atividade; a inquietação e ameaça de sofrer críticas por mau desempenho de sua prática laboral e encarar problemas éticos resultantes do avanço tecnológico.

Outro dado que se destaca nesta RI é o uso de intervenções combinadas. Quanto à duração do efeito da intervenção observou-se, nos estudos de longa duração, que o efeito tende a diminuir 80% em um ano (art. 3).

A fibromialgia é uma síndrome reumática de etiologia desconhecida, que acomete predominantemente mulheres, caracterizada por dor musculoesquelética

difusa e crônica. Frequentemente está associada outros sintomas, como a fadiga, distúrbios do sono, rigidez matinal e distúrbios psicológicos, como a ansiedade e a depressão. Algumas vezes o nível da dor é tão intenso que interfere no trabalho, nas atividades de vida diária e na qualidade de vida dos pacientes. O tratamento atual está voltado, principalmente, para a redução dos sintomas. Estudos têm demonstrado que o uso de técnicas de respiração aliado a fisioterapia tem um importante papel na melhora do controle da dor e no aumento ou manutenção das habilidades funcionais do paciente em casa ou no trabalho, assim como na redução de outros sintomas que lhe causam sofrimento, promovendo a melhora da dor e do impacto dos outros sintomas, restabelecendo a capacidade física, mantendo a funcionalidade e promovendo a melhora da qualidade de vida dos pacientes por tempo indeterminado (MARQUES et al; 2002).

O uso de todas as técnicas produziu efeitos positivos sobre a saúde e redução do estresse e ansiedade dos grupos estudados. Podemos perceber através da análise dos artigos que houve redução dos níveis de ansiedade, aumento da qualidade de vida, diminuição do risco de desenvolver burnout após as intervenções propostas, aumento das taxas de retorno ao trabalho, diminuição do uso de medicamentos psicotrópicos e implementação das técnicas sugeridas na vida diária.

6.4 NÍVEL DE EVIDÊNCIA DOS ESTUDOS DA REVISÃO INTEGRATIVA

Em relação aos níveis de evidência, seis deles apresentaram nível IV, dois nível V, dois nível VI e apenas um estudo de alta qualidade, com nível II (artigo 7).

O nível de evidência é determinado de acordo com as características metodológicas dos artigos, por exemplo, o nível I de evidência considera que as recomendações provenientes dos achados de artigos nesta classificação possuem maior possibilidade de aplicabilidade na prática quando comparado ao nível VI. Esses níveis são descritos a seguir: **Nível I de evidência:** evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos ensaios clínicos

randomizados controlados relevantes ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em clínico randomizado. **Nível II de evidência:** evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado. **Nível III de evidência:** evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização. **Nível IV de evidência:** evidências provenientes de estudos de corte e de caso-controle bem delineados. **Nível V de evidência:** evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos. **Nível VI de evidência:** evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo. **Nível VII de evidência:** evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (MELNYK FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

Cabe destacar que a importância da prática de identificação do nível de evidência dos artigos pesquisados se afirma porque possibilita aos profissionais aptidão crítica para fornecerem uma melhor qualidade na assistência. Principalmente perante a capacidade desenvolvida, durante a pesquisa, para identificar, analisar e utilizar criticamente as melhores evidências disponíveis na literatura. Isto é, saber utilizar os melhores resultados que são obtidos nas pesquisas (MELNYK FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

A prática baseada em evidências permite ao profissional raciocínio crítico e avaliativo na análise criteriosa das evidências disponíveis, sua aplicação e implementação na prática clínica (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002). Galvão, Sawada e Mendes (2003) ainda refletem que a classificação utilizada na medicina baseada em evidências considera pesquisas provenientes apenas de estudos quantitativos. No entanto, a abordagem qualitativa tornou-se progressivamente um caminho para o desenvolvimento do conhecimento, principalmente da enfermagem, no movimento da prática baseada em evidências. Por isso que neste estudo utiliza-se a classificação proposta por Melnyk Fineout-Overholt (2005), que inclui os estudos com abordagens quantitativas e qualitativas.

O enfermeiro necessita desenvolver competências relacionadas à capacidade de analisar criticamente o contexto da prática, transformando sua dúvida em questão de pesquisa. Para isso, precisa ter conhecimento sobre as diversas fontes de informação, metodologia de pesquisa, epidemiologia e estatística, assim como de estratégias para a utilização dos resultados de

pesquisas encontrados, contribuindo tanto para a enfermagem como para a ciência e para a prática social.

6.5 LIMITAÇÕES DOS ESTUDOS

A maior dificuldade encontrada pelos pesquisadores foi o número pequeno da amostra (art: 1,6 e 10), sendo difícil afirmar resultados com relevância.

No artigo 7, houve desistências ao longo da avaliação proposta, o que dificulta as análises.

Os artigos 2 e 8 destacam como limitação o pequeno número de pesquisas de alta qualidade na área, como ensaios clínicos randomizados controlados relevantes ou estudos provenientes de diretrizes clínicas baseadas em ensaio clínico randomizado, de nível de evidência I.

Os artigos 3, 4, 5, 9 e 11 não citaram limitações.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os artigos selecionados para essa revisão integrativa sugerem que devem ser realizadas mais pesquisas no âmbito da saúde ocupacional e uso de técnicas de relaxamento para corroborar os achados até o momento.

É necessário que cada vez mais haja uma preocupação no modo de conduzir os processos de mudanças que ocorrem, principalmente, na área trabalhista. Nos diversos setores têm surgido exigências mais rígidas em relação a tudo que se refere ao novo e que acabam exercendo um profundo impacto sobre a ansiedade e o estresse, o que pode acarretar danos à saúde do trabalhador.

O consistente e o elevado nível de efeitos positivos medidos através de diferentes tipos de pesquisas com o uso de técnicas de relaxamento, indicam que o treinamento correto pode aumentar a capacidade de lidar com o estresse e as deficiências na vida diária, assim como em condições extraordinárias de desordens sérias ou estresse em qualquer ambiente, inclusive o de trabalho.

Discutidas as etapas da implementação e avaliação de programas em manejo de estresse ocupacional focados no indivíduo e na empresa, há que se enfatizar que a escolha metodológica deverá ser aliada aos recursos e limites do contexto de pesquisa, sejam eles de natureza material, temporal ou outros, bem como aos aspectos éticos e políticos inerentes à organização onde o programa será implementado. Não há uma escolha metodológica melhor do que outra, mas, sim, escolhas mais ou menos viáveis para determinados contextos concretos.

Conclui-se que a elaboração e implementação de programas de redução de estresse como medida institucional podem e devem contribuir para a redução de problemas de produtividade, para minimizar os sentimentos de angústias das pessoas e melhorar a qualidade de vida daqueles que pertencem à empresa. Essa reflexão resultará, com certeza, em ações que levarão ao amadurecimento e desenvolvimento das pessoas e das organizações e um aumento da produtividade. Dessa maneira, faz-se necessário que sejam executadas, no ambiente de trabalho, atividades preventivas do estresse crônico, com a participação em equipes multidisciplinares, buscando resgatar a afetividade e um

ambiente agradável de serviço, com a disseminação do uso de técnicas de relaxamento que são de fácil incorporação na rotina atribulada dos profissionais nos dias de hoje.

REFERÊNCIAS

ABNT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. Norma Técnica nº 6023, de 29 de janeiro de 2002. **Informação e Documentação**: - Referências - Elaboração. NBR 6023. ed. p. 1-24. Disponível em: <<http://www.habitus.ifcs.ufrj.br/pdf/abntnbr6023.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2013.

ANDREWS, S. **Stress ao seu favor**: como gerenciar sua vida em tempos de crise. São Paulo: Agora, 2003.

ARCURI, I. G. **Memória Corporal**: O Simbolismo do Corpo na Trajetória da Vida. 2 ed. São Paulo: Vetor, 2006.

AURIOL, B. **Introdução aos Métodos de Relaxamento**. São Paulo: Manole, 1985.

AWA, Wendy L.; PLAUMANN, Martina; WALTER, Ulla. Burnout prevention: A review of intervention programs. **Patient Education and Counseling**, 78:184–190, 2010.

BOTELHO, S.H; SORATTO, M.T. A terapia floral no controle do estresse. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 12, n. 31, p. 31-42, mai-ago. 2012.

BRAGA, V.A.B.; MORAES, L.M.P. Uso da técnica do relaxamento como objeto de pesquisa: um relato de experiência com adolescentes. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.6. n.1, p. 103-111, 2005.

BRASIL. **Lei nº 12853**. Dispõe sobre a Gestão Coletiva dos Direitos Autorais, Brasília, 2013. Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12853.htm. Acesso em 30 out. 2013.

CAMINHA, R. M. et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais teoria e prática**. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

CARVALHO, E. C.; MARTINS, F.T.M.; SANTOS, C.B. A pilot study of a relaxation technique for a management of nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. **Cancer Nurs**, 30(2):163 -7, Mar-Apr. 2007.

CARVALHO, S. da C. A. et al. Associação entre bruxismo e *stress* em policiais militares. **Revista Odonto Ciência**, Rio Grande do Sul, v. 23, n. 2, p. 125-129, 2008.

CASTRO, F.G.; ZANELLI, J.C. Síndrome de Burnout e projeto de ser. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. 10 (2): 17-33, 2007.

COLLINS, P.A.; GIBBS A.C.C. Stress in police officers: a study of the origins, prevalence and severity of stress-related symptoms within a county police force. **Occupational Medicine**, London, UK. v.53 n.4 p.255–63, 2003.

DAL PAI, D. **Violência no trabalho em pronto socorro**: implicações para a saúde mental dos trabalhadores. 2011. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

DAVIS, M.; ESHELMAN, E. R.; MCKARY, M. **Manual de Relaxamento e Redução do Stress**. São Paulo: Summus, 1996.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2007.

DIAS, M.I. **O treino de relaxamento como potenciador de sucesso educativo em jovens do 3.º ciclo**. Dissertação (Mestrado), Coimbra, 2007.

DIMOTTO, J.W. Using relaxation techniques. **Am J Nurs**; 7:754-8, 1984.

DOERING, L.V. et al. Infection, depression and Immunity in women after coronary artery bypass: a pilot study of cognitive behavioral therapy. **Alternative therapies in health and medicine**, 13(3), 18-21. 2007.

FINEOUT-OVERHOLT, E.; MELNYK, B.M. Transforming Health Care from the Inside Out: Advancing Evidence-Based Practice in the 21st Century. **Journal of Professional Nursing**, v.1 21, n 6 (Nov.–Dec.), p 335–344, 2005

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho**: Uma abordagem psicossomática. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

FRIEDMAN, R.; ZUTTERMEISTER, P.; BENSON, H. Correspondence: unconventional medicine. **N Eng J Med**, 329:1200-4, 1993.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. A busca das melhores evidências. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.37, n4, p.43-50, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/iciict/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=344&sid=8>>. Acesso em 27 nov. 2013.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev. Latino-Am - Enfermagem**., Ribeirão Preto, São Paulo, v.10, n.5, p. 690-5, set-out. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a10.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2013.

GOETZ, Katja et al. Primary Prevention Programme for Burnout-Endangered Teachers: Follow-Up Effectiveness of a Combined Group and Individual Intervention of AFA Breathing Therapy. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v 2013, Article ID 798260, 8 pages, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1155/2013/798260>>.

HAWTON, K. et al.. **Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos, um guia prático**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

JACOBSON, E. **Progressive relaxation**: a physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice. Chicago: 1974.

JODAS, D.A.; HADDAD, M.C.L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paul. Enferm.**, 22 (2): 192-197, 2009.

KORCZAK, D.; WASTIAN, M.; SCHNEIDER, M.. Therapy of the burnout syndrome. **Gms Health Technology Assessment**, German, v. 8, Doc05. DOI: 10.3205/hta000103, URN: urn:nbn:de:0183-hta0001039, p.1-9, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.egms.de/static/pdf/journals/hta/2012-8/hta000103.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2013.

KRAVITS, Kate et al. Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. **Applied Nursing Research**, 23: 130–138, 2010.

KROEMER, K.H.E.; GRANDJEN, E. **Manual de ergonomia**: adaptando o trabalho ao homem. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

KUREBAYASHI, L.M.S. et al. Aplicabilidade da auriculoterapia com agulhas ou sementes para diminuição de estresse em profissionais de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**; 46(1):89-95, 2012.

LAPIERRE, A. **A Reeducação Física**. 6 ed. V.1. São Paulo: Manole, 1982.

LIMA, M. L. *et al.* Estresse em trabalhadores de unidades de terapia intensiva: como reduzir ou minimizar os riscos? **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem Nutrição** [serial on-line], 2010 jan-jul 1(1) 1-10.

LIPP, M. E. N. **Mecanismos Neuropsicofisiológicos do stress**: Teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003a.

_____. **O stress está dentro de você**. 5 ed. São Paulo: Contexto, 2003b.

MARQUES, A.P. et al. A Fisioterapia no Tratamento de Pacientes com Fibromialgia: uma revisão da literatura. **Rev Bras Reumatol**, 42: 42-8, 2002.

MASLACH, C.; JACKSON, S. **The measurement of experienced Burnout**. **J Occup Behav** [online]. 1981; 2(1):. Disponível em: <<http://www.rci.rutgers.edu/~sjacksox/PDF/TheMeasurementofExperiencedBurnout.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2013.

MENDES, K. D. S. et al. Revisão integrativa : Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis . v 17(4), p. 758-64, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de; CONSTANTINO, Patrícia. Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in)segurança pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 11, Nov. 2007.

MORINI, C. A. T. **Ativação bioenergética em meio líquido**: Stress e qualidade de vida. 1 ed. Jundiaí: Ápice,1997.

MURTA, S.G.; TRÓCCOLI, B.T. Avaliação de Intervenção em Estresse Ocupacional1. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 1, n. 2, p.39-47, abr. 2004. Trim. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n1/a06v20n1.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2013.

NETTERSTRØM, Bo; BECH, Per. Effect of a multidisciplinary stress treatment programme on the return to work rate for persons with work-related stress. A nonrandomized controlled study from a stress clinic. **BMC Public Health**, 10:658, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/658>>.

PASCHOALINI, B. et al. Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, 21(3):487-92, Jul-Set. 2008.

PAULA, A.A.D; CARVALHO, E.C.; SANTOS, C.B. The use of the "progressive muscle relaxation" technique for pain relief in gynecology and obstetrics. **Rev. Latino-Am - Enfermagem**,10(5):654- 9, out. 2002.

POULIN, Patricia A. et al. Mindfulness training as an evidenced-based approach to reducing stress and promoting wellbeing among human services professionals. **International Journal of Health Promotion & Education**, v 46 n 2; 35-43; 2008.

RUOTSALAINEN, J. et al. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. **Scand J Work Environ Health**; 34(3):169-178 doi:10.5271/sjweh.1240, 2008.

SARID, Orly et al. Are cognitive-behavioral interventions effective in reducing occupational stress among nurses? **Applied Nursing Research**, 25, 152-157, 2012.

SPIELBERG, C.D. *et al.* **The Police Stress Survey**: sources of stress in law enforcement. Tampa, FL: Human Resources Institute; 1981.

STENLUND, Therese; NORDIN, Maria; JÄRVHOLM, Lisbeth Slunga. Effects of rehabilitation programmes for patients on long-term sick leave for burnout: a 3-year follow-up of the rest study. **J Rehabil Med**; 44: 684-690, 2012.

TAETS, Gunnar Glauco de Cunto et al. Impacto de um programa de musicoterapia sobre o nível de estresse de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 3, n. 66, p.385-390, jun. 2013. Trim. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000300013&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 nov. 2013.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, 2010; 44(2):274-9.

TRÓCOLLI, B.T.; MURTA, S.G. *Stress* ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.24 n.1p.41-51, 2007.

VAN DER COLFF, JJ.; ROTHMANN, S. Occupational stress, sense of coherence, coping, *burnout* and work engagement of registered nurses in south Africa. **Sa Journal Of Industrial Psychology**, Namibia, v. 1, n. 35, p.1-10, 9 fev. 2009. Trim. Disponível em: <<http://www.sajip.co.za/index.php/sajip/article/view/423>>. Acesso em: 19 nov. 2013.

VÁZQUEZ-ORTIZ, Jerónima et al. Intervención psicoterapéutica grupal intensiva realizada en un entorno natural para el tratamiento del burnout en un equipo de enfermería oncológica. **Psicooncología**. Vol. 9, Núm. 1, pp. 161-182, 2012.

WEGNER, Ralf et al. Burnout hazard in teachers results of a clinicalpsychological intervention study. **Journal of Occupational Medicine and Toxicology**, 6:37. 2011. Disponível em: <<http://www.occup-med.com/content/6/1/37>>.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental**. ArtMed: Porto Alegre, 2008

ZENI, T.C.; ARAUJO, R.B. O relaxamento respiratório no manejo do craving e dos sintomas de ansiedade em dependentes de crack. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd Sul**. 31(2):116-9, 2009.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados**INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS****Uso de Técnicas de Relaxamento para Alívio do Estresse Ocupacional:
Uma Revisão Integrativa**

Identificação

Autores: _____

Título do Artigo: _____

Periódico; ano; volume; número: _____

Descritores: _____

Objetivo (s) / questão (questões) norteadora (s): _____

Metodologia

Tipo de estudo: _____

População / amostra: _____

Local de realização do estudo: _____

Coleta de dados: _____

Resultados: _____
_____Limitações / recomendações: _____

APÊNDICE B – Quadro Sinóptico 1

Nº do artigo	Origem autores	Região/Cidade	Periódico	Tipo estudo	População	Amostra	Local coleta dados
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							

APÊNDICE C– Quadro Sinóptico 2

Nº do artigo	Objetivo	Técnica utilizada	Resultados	Conclusões	Recomendações/Limitações	Nível de evidência
01						
02						
03						

ANEXO A – Parecer da COMPESQ

Projeto N°: 26021

Título: USO DE TECNICAS DE RELAXAMENTO PARA ALIVIO DO ESTRESSE OCUPACIONAL: UMA REVISAO INTEGRATIVA

COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM: Parecer

O estudo trata-se de uma revisão integrativa cujo objetivo é avaliar o uso das técnicas de relaxamento para redução de sintomas de estresse relacionado à atividade laboral. A temática é muito relevante para a área de enfermagem conforme descrito em sua introdução. A metodologia está descrita conforme a abordagem do autor selecionado e está amparada pela revisão bibliográfica pertinente. Aponta-se apenas pequenas correções na Bibliografia: o autor Friedman et al (1983) citado na p.11 não consta nas referências, Oliveira e Barbagi(2010) está nas referências mas não consta no texto, Whittemore, Kanafi (2005) p.15 aparece Knafi nas referências.