

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

GISELLI CASOTTI

**O PROGRAMA “REDUÇÃO DO STRESS E QUALIDADE DE VIDA”:
UMA ESTRATÉGIA DO SERVIÇO SOCIAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE
FLORIANÓPOLIS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE SEUS SERVIDORES**

FLORIANÓPOLIS

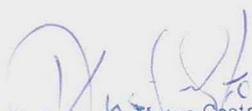
2003

GISELLI CASOTTI

**O PROGRAMA “REDUÇÃO DO STRESS E QUALIDADE DE VIDA”:
UMA ESTRATÉGIA DO SERVIÇO SOCIAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE
FLORIANÓPOLIS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE SEUS SERVIDORES**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Prof.^a Kátia Macedo


Prof.^a Krystyna Matys Costa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 18/07/2003

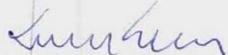
FLORIANÓPOLIS

2003

GISELLI CASOTTI

**O PROGRAMA “REDUÇÃO DO STRESS E QUALIDADE DE VIDA”:
UMA ESTRATÉGIA DO SERVIÇO SOCIAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE
FLORIANÓPOLIS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE SEUS SERVIDORES**

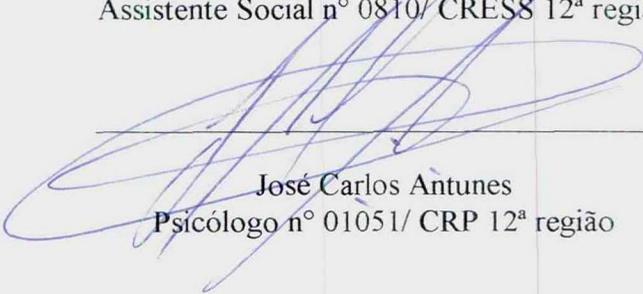
Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito para obtenção do título de Bacharel no Curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.



Profª Kátia de Macedo Rebello
Presidente da Banca



Maria Isabel T. Osório Pereira
Assistente Social nº 0810/ CRESS 12ª região



José Carlos Antunes
Psicólogo nº 01051/ CRP 12ª região

Florianópolis, julho, 2003.

AGRADECIMENTOS

A Deus

Aos meus pais Casotti e Aurélia, pela força e paciência neste difícil percurso.

Ao meu irmão Luís, que contribuiu neste trabalho com o auxílio do computador.

Ao Douglas, pelo carinho, compreensão e estímulo durante o trabalho.

À Maria Isabel Toledo O. Pereira, pelo importante conhecimento prático do Serviço Social, contribuindo para o meu amadurecimento profissional.

À minha orientadora Kátia de Macedo Rebello, pelas relevantes orientações, que auxiliaram na elaboração deste trabalho.

A todos os participantes do Programa “Redução do Stress e Qualidade de Vida”, que me ensinaram muito a respeito da vida, propiciando meu crescimento pessoal.

Aos instrutores do Programa “Redução do Stress e Qualidade de Vida”: José Carlos Antunes, Elaine P. Otto e Angelita da Silva, que me proporcionaram muito aprendizado e vivência durante o meu estágio.

À minha amiga Josiane Bortoluzzi, de quem recebi apoio em momentos difíceis na faculdade.

À Kelly Bernardo, pela alegria transmitida.

*“Se queres progredir não deves
repetir a história, mas fazer uma história nova.”*
Gandhi

RESUMO

O presente trabalho contextualiza-se por um conjunto de fatores, que permeiam a questão da saúde mental, base teórica do estágio curricular, realizado durante o período de agosto a dezembro, do ano de 2002, no Programa “Redução do Stress e Qualidade de Vida”, proposta de promoção de saúde ocupacional, da Coordenadoria de Serviço Social, do Departamento de Recursos Humanos, na Secretaria Municipal de Administração, da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Através de pesquisa bibliográfica, bem como, das experiências da prática de estágio, pode-se pontuar, a importância da saúde mental em nossa sociedade e o surgimento do Programa apresentado, como uma estratégia de auxílio, na garantia da qualidade de vida de uma pequena amostra de servidores doentes.

ABSTRACT

This search and knowledge performance, shows a group of items about mental healthy, curriculum training's teoric base realized from August to December in 2002, in "Stress Reduction and Life excellence" 's program, purposing the implantation of occupational health of Social Service Co-ordination of Human Recourses Department, in the Municipal office Management of Florianópolis City Hall. By book seachs as well by practising the training skills obtained, we can confirm the importance of Mental Health in our society and the development of the presented program as a way of life excellence guaranty support of a small amount of ill workers.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- 1.1 - O conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais no desencadeamento dos transtornos mentais e comportamentais
- 1.2 – Condicionantes da saúde mental
- 1.3 – O círculo vicioso da pobreza e dos transtornos mentais e comportamentais
- 1.4 – Condicionantes da organização do trabalho
- 1.5 - O indivíduo como um membro de diversos grupos
- 1.6 - A dinâmica grupal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

1 – PONTUAÇÕES SOBRE A SAÚDE MENTAL: PRINCIPAIS DOENÇAS E FATORES QUE PERMEIAM ESSE PROCESSO

1.1 O Binômio Saúde – Doença

1.1.1 O Estresse

1.2. A Contextualização da Saúde Mental e seus Principais Transtornos

1.2.1 O Transtorno Depressivo

1.2.2 O Transtorno de Ansiedade

1.2.3 As Doenças Psicossomáticas

1.3 Os Fatores Sociais e Culturais no Desenvolvimento dos Transtornos Mentais e Comportamentais

1.4 A Influência da Cultura nos Transtornos Mentais e Comportamentais

1.5 O Impacto dos Transtornos Mentais e Comportamentais na Qualidade de Vida

2 – A RELAÇÃO SAÚDE MENTAL E TRABALHO NA CONTEMPORANEIDADE: A TRANSFORMAÇÃO NO MUNDO DO TRABALHO X SAÚDE MENTAL

2.1 A Saúde e o Trabalho: Reflexões sobre o tema

2.2 Considerações sobre a Saúde Mental e a Carga Psíquica no Trabalho

2.2.1 A Organização do Trabalho e sua Interface com a Saúde Mental

2.2.2 A Pressão no Trabalho X Saúde Mental

2.3 Qualidade de Vida no Trabalho

2.4 A Saúde Mental na Perspectiva de Algumas Categorias Profissionais

2.5 O Trabalho e a Saúde Mental dos Professores Municipais

2.6 As Políticas de Saúde Mental na Rede Pública

2.7 A Atuação Psicossocial do Serviço Social frente a Demanda

3 - O PROGRAMA REDUÇÃO DO STRESS E QUALIDADE DE VIDA

3.1 Justificativa do Programa

3.2 Objetivo do Programa

3.3 Metodologia do Programa

3.4 Instrumentais Técnicos-Operativos utilizados pelo Serviço Social no Programa

3.5 Caracterização do Programa

3.5.1 Conceituando Grupos

3.5.2 Considerações sobre o Campo Grupal

3.5.3 O Grupo Operativo-Terapêutico

3.5.4 A Abordagem Sistêmica

3.5.5 A Interdisciplinariedade em Serviço Social

3.6 A Atuação do Serviço Social com Grupos

INTRODUÇÃO

A saúde mental é tão importante como a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, afinal, o conceito de saúde mental está vinculado ao bem-estar físico, mental e social, fazendo parte de um mesmo processo, jamais podendo vê-las separadas. Lamentavelmente, existe um desmerecimento da saúde mental, tanto a nível de políticas públicas, como de assistência de recursos, minimizando e excluindo muitas das pessoas que apresentam transtornos mentais e de comportamento, sendo que somente uma pequena minoria está recebendo tratamento. Evidencia-se em nossa sociedade um grande aumento do número de doentes com transtorno mental, devido a diversos fatores como o agravamento dos problemas sociais e econômicos e dos novos processos de trabalho.

Pensando nestas questões, e atribuindo a devida importância para a ampliação do conhecimento sobre o tema, abordamos no presente trabalho, diversas questões pertinentes, que permeiam o contexto da saúde mental, desde o fenômeno do estresse até a contextualização dos principais transtornos mentais e comportamentais como transtorno depressivo, transtorno de ansiedade e as doenças psicossomáticas, bem como os fatores sociais e culturais que influenciam no desencadeamento desses transtornos, o impacto na qualidade de vida das pessoas e a relação dessas doenças com o contexto do trabalho.

No primeiro capítulo, apresentamos o tema, destacando os principais aspectos, em termos de conceito saúde e dos transtornos mentais e comportamentais. No segundo capítulo, destacamos a organização do trabalho e a saúde mental, devido a prática de estágio ter sido realizada em uma organização governamental, na Prefeitura Municipal de Florianópolis, e o enfoque central deste trabalho voltando-se ao Programa “Redução do Stress e Qualidade de Vida”, para servidores da Secretaria Municipal de Educação, tornou-se pertinente abordar a saúde mental dentro de algumas categorias profissionais, bem como o trabalho e a saúde

mental de professores municipais, assim como, as políticas de saúde mental na rede pública, inserindo o modelo da Prefeitura Municipal de Florianópolis e a atuação do Serviço Social frente a questão da saúde mental.

Finalmente, no terceiro capítulo, descrevemos o Programa “Redução do Stress e Qualidade de Vida” e o seu trabalho de terapia ocupacional de grupo, como uma estratégia pertinente, apenas no contexto da categoria de servidores da rede municipal de ensino e o enfoque dado a essa intervenção pelo Serviço Social, com a realização da abordagem grupal através de um grupo operativo-terapêutico.

1- PONTUAÇÕES SOBRE A SAÚDE MENTAL: PRINCIPAIS DOENÇAS E FATORES QUE PERMEIAM ESSE PROCESSO

1.1 O Binômio Saúde-Doença

O conceito de saúde ao longo da história da sociedade brasileira, recebeu diversas definições.

O termo saúde sempre esteve relacionado ao contexto social, político e econômico do país.

A saúde era entendida durante muitos anos, como ausência de doenças, ou seja, quando o indivíduo estivesse com suas funções orgânicas em perfeitas condições.

De acordo com COSTA (1989) apud SILVA (1986) existem aspectos referentes à individualização da doença, o olhar centrado na doença e a oposição entre saúde e doença que tem como consequência a associação entre saúde e normalidade e doença e anormalidade.

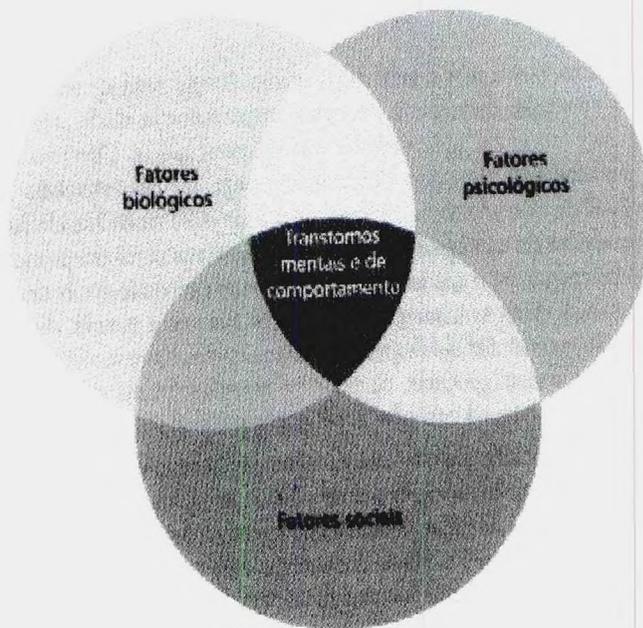
A saúde sempre esteve ligada às questões sociais da época. Em 1995 houve a emergência de diversas epidemias e da exclusão por classes, no qual apenas os ricos recebiam tratamentos especializados e os pobres recebiam ajuda da igreja e benzedadeiras.

Nosso país, no final dos anos 60, enfrentou uma enorme crise política, social e econômica, que favoreceu o aumento da polêmica em torno do conceito saúde e doença. Também, neste período, aconteceram muitos questionamentos quanto ao verdadeiro caráter da doença. Não se tinha ainda a clareza, se as doenças deveriam continuar sendo consideradas um fenômeno individual e biológico ou passarem a ser vistas como um fenômeno social e coletivo.

Com o passar do tempo, através de um processo social intenso, deu-se uma nova face ao conceito de saúde doença. A doença passou a ser analisada sob a ótica de outros fatores, incluindo a situação social e histórica, assim atribuindo importância à determinados grupos sociais. Nesta perspectiva, a saúde deixa de ser vista somente como um fenômeno

fragmentado, não mais se caracterizando como um conjunto de sintomas físicos, passando a ser entendida como um estado que abrange aspectos biológicos, psicológicos e sociais. A doença por sua vez, é vista como um sistema complexo e inter-relacionado, determinado pelo contexto cultural, social e econômico, perdendo-se de vista aquela concepção de doença como algo simplesmente corporal e biológico.

Figura 1.1 O conjunto dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no desenvolvimento de transtornos mentais.



Diante do contexto apresentado, é importante salientar que no ano de 1990, através da Constituição Federal de 1988, é aprovada a Lei Orgânica da Saúde, com significativas mudanças no sistema de saúde brasileiro. A Organização Mundial de Saúde (OMS) amplia o conceito de saúde, devendo o termo ser caracterizado, como o estado que abrange os aspectos bio-psico-sociais do ser humano, deixando de lado a caracterização apenas de um conjunto de sintomas físicos. Em termos gerais, pode-se dizer, que a saúde é o resultado do gerenciamento

adequado das áreas física, emocional, social, profissional, intelectual e espiritual, do ser humano. Cada uma dessas áreas contribui para a saúde total do indivíduo.

A atual Constituição Brasileira estabelece em seu artigo 196 que: " A saúde é direito de todos e dever do estado". Todo brasileiro deve ter garantido por lei o acesso as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Assim, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) com princípios de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços. Essa nova concepção de saúde, como foi abordada acima, passou a dar importância àquilo que anteriormente era ignorado, ampliando a compreensão da relação saúde-doença, como decorrência, das condições de vida e trabalho.

O SUS é uma política de cunho social, dirigida para o reordenamento dos recursos existentes na área da saúde - assistência médica sanitária do país em padrões definidos por novos princípios norteadores. (conceito ampliado de saúde).

A Lei que regulamenta o SUS é a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde (LOS). De acordo com esta lei, a saúde não é apenas a ausência de doenças. Ela é determinada e condicionada pela alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação e lazer. A saúde é condicionada por uma por uma série de fatores presentes no dia-a-dia que influenciam no bem-estar da população.

-^o Existem seis dimensões da saúde, abordado por SILVA e MARCHI (1997), são:

Saúde Física: composta principalmente pelo caso clínico do indivíduo,

Saúde Emocional: envolve desde de uma adequada capacidade de gerenciamento das tensões e estresse do dia-a-dia, até uma forte auto-estima,

Saúde Social: os fatores preponderantes são: alta qualidade dos relacionamentos, equilíbrio com o meio e harmonia familiar.

Saúde Espiritual: ter um propósito de vida baseado em valores e ética,

Saúde Intelectual: utilizar a capacidade criativa sempre que possível,

Saúde Profissional: composta de uma clara satisfação com o trabalho.

1.1.1 O Estresse

Hans Selye, 1965, considerado o pai do estresse, definiu-o como sendo o conjunto de reações que o organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço para adaptação.

Neste sentido, de acordo com SOUZA (1997), o famoso estresse seria um tipo de sofrimento psíquico leve. A palavra estresse significa pressão, tensão ou insistência, portanto, estar “estressado” quer dizer estar sob pressão ou estar sob a ação de estímulo insistente. O importante, é não confundir estado fásico de estresse com apenas estado de alarme, pois há alguns critérios estabelecidos para que se possa assumir que um indivíduo está estressado e não simplesmente com alerta temporária.

Por isso, há que se distinguir dois tipos de estresse: eustress e distress. Segundo WEISE (1999) o eustress é um nível positivo de estresse, é agradável e construtivo. são emoções positivas a bons feitos, pois é o esforço de adaptação que gera realização pessoal, satisfação das necessidades. O eustress trata-se de uma tensão com equilíbrio entre esforço, tempo, realização e resultados. O distress é por outro lado desagradável, prejudicial e causador de doenças relacionadas com o estresse. Trata-se de um processo negativo, caracterizado por situações aflitivas, é quando há uma resposta negativa do indivíduo frente a um estímulo estressor. O acúmulo deste estresse negativo, senão controlados e devidamente tratados e gerenciados, pode acarretar no aparecimento de doenças como os transtornos depressivos e de ansiedade.

O estresse pode ter valor terapêutico, como é o caso no esporte e no trabalho, exercidos moderadamente. Assim, uma partida de tênis ou um beijo apaixonado podem produzir considerável estresse, sem causar danos à saúde.

Chama-se de estressor qualquer estímulo capaz de provocar o aparecimento de um conjunto de respostas orgânicas, mentais, psicológicas e/ou comportamentais relacionadas com mudanças fisiológicas, padrões estereotipados, que acabem resultando em hiperfunção da glândula supra-renal e do sistema autônomo simpático. Essas respostas tem em princípio o objetivo de adaptar o indivíduo à nova situação, gerada pelo estímulo estressor. O estado de estresse está então relacionado com a resposta de adaptação. (SOUZA, 1997, p. 01).

O estresse é essencialmente um grau de desgaste no corpo e na mente, que pode atingir níveis degenerativos. Impressões de estar nervoso, agitado ou debilitado podem ser percepções de aspectos subjetivos de estresse. Contudo, estresse não implica necessariamente uma alteração mórbida: a vida normal também acarreta desgaste na máquina do corpo.

O estresse produz certas modificações na estrutura e na composição química do corpo. Algumas dessas modificações são manifestações de reações de adaptação do corpo, seu mecanismo de defesa contra o estímulo estressor, enquanto que outras podem ser sintomas de lesão. No conjunto dessas modificações o estresse é denominado Síndrome de Adaptação Geral (SAG), termo cunhado por Hans Selye, o criador e pesquisador que levantou pioneira e profundamente a questão.

O estresse pode ser físico, emocional ou misto. De acordo com SOUZA (1997), o estresse físico é o mais comum e está associado a eventos como cirurgias, traumatismos, hemorragias e lesões em geral, já que a dor induz a estados emocionais bastante intensos. O estresse emocional resulta de acontecimentos que afetam o indivíduo psicicamente ou emocionalmente, sem que haja relação primária com lesões orgânicas. O estresse misto se estabelece quando uma lesão física é acompanhada de comprometimento psíquico (emocional) ou vice-versa.

Entretanto, é válido ressaltar, que as pessoas diferem quanto a sua forma de reagir aos desafios da vida. Enquanto algumas são capazes de superar uma perda altamente significativa, outros podem dar início a um transtorno psiquiátrico diante de um acontecimento estressante de menor gravidade. Assim, as variáveis individuais desempenham um papel decisivo na formação de um problema psicopatológico.

Dentre as inúmeras causas do estresse, relacionadas com todos os tipos de conflitos e ambigüidades, sendo estes, potenciais causadores de estresse, é possível destacar:

- O ambiente físico;
- Os conflitos intrafamiliares;
- Os conflitos de trabalho;
- As ambigüidades do trabalho;
- A vulnerabilidade biológica;
- A vulnerabilidade psicológica;
- A influência da cultura.

Ainda, de acordo com HENRIQUES (2003), é importante pontuar aqui os cinco conflitos negativos do estresse:

- Efeitos subjetivos: ansiedade, agressividade, apatia, falta de paciência, depressão, fadiga, frustração, nervosismo e solidão, entre muitos outros efeitos.
- Efeitos comportamentais: consumo de drogas, distúrbios emocionais, excesso de tabaco e de álcool, instabilidade, etc.
- Efeitos cognitivos: Falta de concentração, incapacidade para tomar decisões, lapsos de memória, etc.
- Efeitos fisiológicos: aumento da pressão arterial, suores, falta de ar, etc.
- Efeitos sobre a organização: distração, más relações, má produtividade, má qualidade no trabalho, insatisfação, etc.

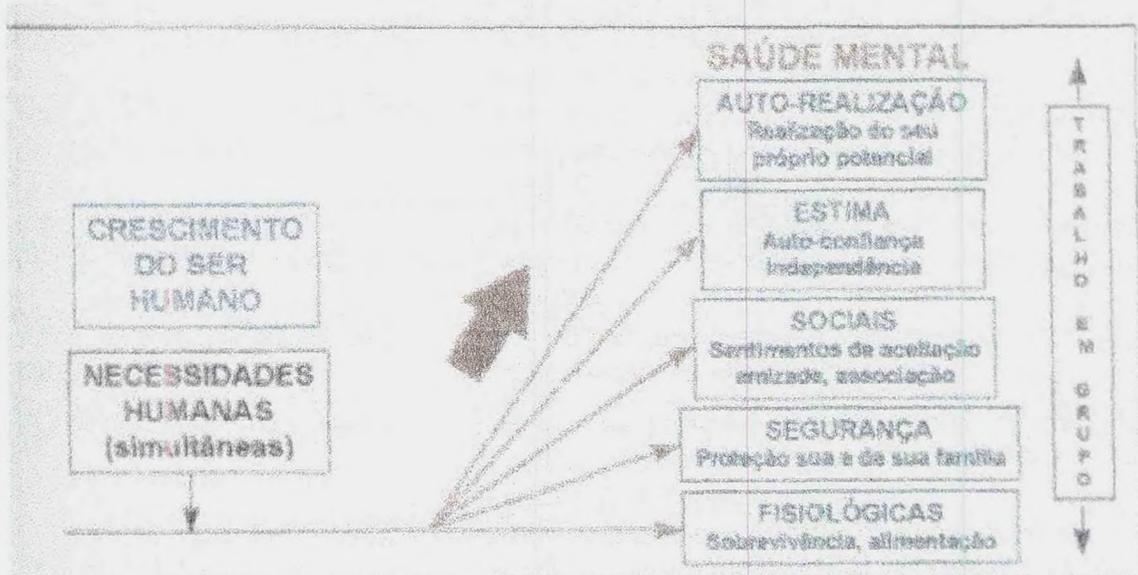
1.2 A Contextualização da Saúde Mental e seus Principais Transtornos

A saúde mental é tão importante como a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países. Não obstante, somente uma pequena minoria de 450 milhões de pessoas que apresentam transtornos mentais e de comportamento está recebendo tratamento. Avanços na neurociência e na medicina do comportamento já mostraram que, como muitas doenças físicas, os transtornos mentais e de comportamento resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Embora ainda haja muito por aprender, já temos os conhecimentos e a capacidade necessária para reduzir a carga dos transtornos mentais e comportamentais em todo o mundo. (RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO, 2001, p. 25).

Existe uma dependência indissociável entre a saúde mental, a saúde física e a social, não podendo jamais vê-las separadas. Neste sentido, a saúde mental fica cada vez mais evidente, como indispensável para o bem-estar dos indivíduos, sociedades e países.

A saúde mental está direta e intimamente relacionada com algumas de nossas mais básicas e fundamentais capacidades: pensar, estabelecer relacionamentos com outras pessoas, criar e encontrar significado para a vida.

Figura 1.2 Condicionantes da saúde mental



Ter uma ótima saúde mental o tempo todo é uma condição que poucos tem conseguido manter. Algumas pessoas tem muita dificuldade para manter-se sadias e dependem da ajuda de familiares, amigos e profissionais para estarem saudáveis.

Segundo as referências de COSTA (1989), existem limitações impostas pela concepção tradicional de saúde mental, que ressalta a matriz individualizante, a busca de uma *essência da doença* (grifo do autor) e a construção de um *setting* (grifo do autor) terapêutico clássico. Estes limites, impostos pela concepção tradicional, colocaram a necessidade de redimensionar da noção de construção psíquica e social das subjetividades individuais, através da análise da *doença dos nervos* (grifo do autor). Isto porque, de acordo com o autor, não existe doença independente do seu modo de expressão. “A representação da causalidade é indissociável da causalidade que a produz”. (COSTA, 1989, p. 90).

Sofrimento psíquico nem sempre significa doença mental. Quando o sujeito se torna psicótico, em geral já está fora do mundo do trabalho, diz Wanderley Codo, coordenador do Laboratório de Psicologia do Trabalho da Universidade de Brasília (UNB), responsáveis pelo Projeto Saúde Mental e Trabalho, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). (COSTA, 1997, p. 33)

De acordo com COSTA (1997), a vítima do sofrimento psíquico é o cliente típico dos consultórios de psicoterapia ou o comprador de livros de auto-ajuda. O Ministério da Saúde estima que 18,9% dos brasileiros (excluídos os psicóticos) têm algum problema psicológico. É lamentável que na maior parte do mundo não se dê a devida importância para a saúde mental, quanto é dada para a saúde física. Neste sentido, sabe-se que existe um déficit muito grande no que se refere ao repasse de recursos para a área. Poucas pesquisas foram realizadas sobre a saúde mental em relação a saúde física. Assim, o que pode-se perceber hoje é um enorme contingente de pessoas com transtornos mentais e que estão sem tratamento, sendo que estas pessoas acabam tendo que carregar sozinhas o fardo da depressão, demência,

neuroses, entre outros, sem nenhum apoio e ainda sendo vítimas de sua doença, como alvos de estigma e discriminação.

De acordo com o RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001, p.27:

Provavelmente ocorrerão outros aumentos do número de doentes, devido ao envelhecimento da população, ao agravamento dos problemas sociais e a inquietação social. Os transtornos mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo. Esse crescente ônus vem a representar um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos econômicos. Ainda, segundo estimativas, os transtornos mentais e de comportamento respondem por 12% da carga mundial de doenças e as verbas orçamentárias para a saúde mental na maioria dos países representam menos de 1% de seus gastos totais em saúde. A relação entre a carga de doenças e o gasto com doenças é visivelmente desproporcional. Mais de 40% dos países carecem de políticas de saúde mental e mais de 30% não tem programas nessa esfera. Mais de 90% dos países não têm políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes. Ademais, os planos de saúde freqüentemente deixam de incluir os transtornos mentais e comportamentais no mesmo nível das demais doenças, criando significativos problemas econômicos para os pacientes e suas famílias. E assim, o sofrimento continua e os problemas aumentam.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a importância da saúde mental desde sua origem e está refletida na definição de saúde da OMS, como não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Em consequência de grandes progressos nas ciências biológicas e comportamentais esta definição ganhou um foco mais nítido e estes progressos favoreceram a nossa compreensão a respeito da relação entre saúde física, mental e social, emergindo uma nova esperança sobre esse nova concepção.

Sabe-se que os fatores que influenciam na maioria das doenças mentais e físicas são de origem biológica, psicológica e social e que o problema atinge não só o indivíduo como também o meio em que vive, como as famílias e até mesmo as comunidades. Em relação ao tratamento, ele pode ser efetivo e representar baixo custo, porém, ainda não se atribui a devida importância à saúde mental e aos programas que atendam a grande demanda que sofre destes

problemas, possibilitando o tratamento adequado à estes portadores que poderiam levar vidas plenas e produtivas em suas respectivas comunidades.

A ausência de transtornos mentais e comportamentais não significa necessariamente a saúde mental. A saúde mental abrange o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa.

O RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001, p. 29 pontua que, “por uma perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa”.

Muitos avanços nos campos da neurociência e da medicina do comportamento trouxeram mudanças nos últimos anos na maneira de ver o funcionamento mental, deixando claro que o funcionamento mental tem um fator fisiológico e está indissociável com o funcionamento físico e social e com os resultados de saúde.

A promoção de saúde mental para todos os membros da sociedade é uma meta muito importante, embora não se chegue a atingir esse objetivo. Neste caso, existe uma série de intervenções eficazes para problemas de saúde mental, conforme aponta o RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001.

Ainda, o RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001, p. 35 afirma que “a evidência científica moderna indica que os transtornos mentais e comportamentais resultam de fatores genéticos e ambientais, ou noutras palavras, da interação da biologia com fatores sociais”.

Neste sentido, é possível dizer que a predisposição genética ao desenvolvimento de determinado distúrbio mental ou comportamental somente se manifeste em indivíduos sujeitos a certos estressores que desencadeiam a patologia. Quanto aos fatores ambientais pode-se citar a exposição de substâncias psicoativas no estado fetal até a desnutrição, infecção, abandono, isolamento, conflitos no ambiente familiar e trauma.

Enfim, o sofrimento psíquico pode manifestar-se como estresse, transtorno depressivo, transtorno de ansiedade, histeria, hipocondria, doenças psicossomáticas e até paranóia.

1.2.1 O Transtorno Depressivo

Quando o estresse é freqüente e intenso e não adequadamente tratado ou gerenciado, pode levar a quadros de transtorno depressivo ou popularmente chamado de depressão.

“A depressão é um transtorno mental comum, que se caracteriza por um desarranjo na química cerebral e que precisa e pode ser tratado”. (PAPAROUNIS, 2002, p. 28). Ainda, de acordo com o autor a depressão pode variar em gravidade, sendo que pode ser denominada como depressão branda até muito grave, ocorrendo apenas episodicamente ou ser recorrente ou crônica.

A depressão se caracteriza por tristeza, perda de interesse em atividades e diminuição de energia. Além de diversos outros sintomas, como a perda de confiança e auto-estima, o sentimento injustificado de culpa, idéias de morte e suicídio, diminuição da concentração e perturbações do sono e apetite.

Essa doença, é provocada pela combinação de fatores genéticos hereditários, com os problemas de origem psicológica. Em muitas pessoas com predisposição orgânica, nada pode surgir, entretanto, na maior parte dos casos, ocorre após situações traumáticas ou estressantes.

Segundo PITLIUK, psiquiatra do Hospital Israelita Albert Einstein de São Paulo apud SOUZA (1997), a vida moderna fez surgir diversas pressões que ajudam a desencadear essas doenças. Porém, nem sempre, a depressão é causada por acontecimentos ruins. A doença pode surgir também sem nenhum motivo aparente. Essa, aliás, é uma distinção que os médicos fazem. De acordo com PAPAROUNIS (2002), quando a depressão ocorre após algum evento traumático, chama-se de reativa, quando aparece sem nenhum motivo aparente, leva o nome

de endógena, pois sua causa está ligada a fatores do próprio organismo. Porém, na maioria das vezes, as duas causas se combinam.

Infelizmente, é importante salientar, que, embora a depressão se manifeste logo depois do indivíduo encontrar reverses na vida, apenas o diagnóstico de transtorno depressivo acontece, quando os sintomas atingem certo limiar e duram por pelo menos duas semanas.

“A doença é apontada pela OMS como a quinta maior questão de saúde pública. Em 2020 deverá ser a segunda maior, perdendo apenas para as doenças cardíacas” (PAPAROUNIS, 2002, p. 28).

De acordo com pesquisa realizada por LEWINSOHN et al (1993) apud RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001, a incidência de depressão é mais alta nas idades médias, embora possa afetar as pessoas em qualquer fase da vida. Porém, há crescente reconhecimento da depressão durante a adolescência e princípios da vida adulta.

Segundo THORNICROFT e SARTORIUS (1993) apud RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001, geralmente a depressão dura de alguns meses a alguns anos, com período normal interveniente. Quando não há tratamento adequado disponível, a depressão segue um curso crônico, sem remissão em 20% dos casos. Ainda, de acordo com os autores, a taxa de recorrência para os que se recuperam do primeiro episódio fica ao redor de 35% dentro de 2 anos e cerca de 60% dentro de 12 anos. A taxa de recorrência é mais alta naqueles que tem mais de 45 anos de idade.

Um fato alarmante, já constatado, é que a depressão é mais comum no sexo feminino do que no masculino. A Classificação Geral de Doenças - CGD 2000 apud RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001, p. 57, “estima a prevalência de pontos dos episódios depressivos em 1,9% no sexo masculino e 3,2% no sexo feminino, e que 5,8% dos homens e 9,5% das mulheres passarão por um episódio depressivo num período de 12 meses. Essas

cifras de prevalência são variáveis de acordo com diferentes populações e podem ser mais altas em algumas delas”.

A CGD 2000, através de análise realizada, mostra também, que os transtornos depressivos impõem pesado encargo à sociedade e situam-se em quarto lugar entre as principais causas de ônus entre todas as doenças, sendo 4,4% do total de Anos de Vida Ajustados para Incapacidade (AVAI) e sendo a principal causa de Anos de Vida Vividos com Incapacidade (AVI), de cujo total representa 11,9%. A segunda maior causa de ônus encontra-se na faixa etária de 15 aos 44 anos, totalizando 8,6% de AVAI perdidos.

Embora essas estimativas demonstrem claramente o muito elevado nível atual da carga resultante da depressão, as perspectivas para o futuro são ainda mais sombrias. Até 2020, se persistirem as tendências atuais da transição demográfica e epidemiológica, a carga da depressão subirá a 5,7% da carga total de doenças, tornando-se a segunda maior causa de AVAI perdidos. Em todo o mundo, somente a doença isquêmica cardíaca a suplantará em AVAI perdidos em ambos os sexos. Nas regiões desenvolvidas, a depressão é que terá então mais peso na carga de doenças. (RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001, p. 57-58).

O resultado mais trágico de um distúrbio depressivo é o suicídio. “Cerca de 15 a 20% dos pacientes depressivos cometem suicídio”.(GOODWIN e JAMISON (1990) apud RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001, p. 58).

Ainda, conforme aponta o RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001, hoje, o suicídio constitui um grande problema de saúde pública. Em 1996, em média por 53 países dos quais existem dados completos disponíveis, a taxa de suicídio foi de 15,1 (indivíduos) por cada grupo de 100.000 pessoas.

O mesmo Relatório aponta, que a taxa de suicídio é universalmente mais alta entre homens em comparação com mulheres, é de 3,5 por 1. Neste sentido, é importante ressaltar, que estudos comunitários recentes, usando uma metodologia bem fundamentada, revelaram que a prevalência geral de transtornos mentais e comportamentais não parece ser diferente entre homens e mulheres. Contudo, os transtornos da ansiedade e a depressão são mais

comuns no sexo feminino, sendo que os transtornos devido ao uso de substâncias são mais comuns no sexo masculino. Com isso, pode-se chegar a conclusão que o motivo do índice de suicídio ser maior nos homens em relação às mulheres, pode estar ligado ao fato de que o suicídio está relacionado com o uso de substâncias, seja na pessoa que a comete, seja dentro da família.

Segundo ROSSOW (2000) apud RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001, p. 68, “a proporção maior de suicídios em alguns países da Europa Central e Oriental foi recentemente atribuída ao uso de álcool”.

Em relação ao tratamento da depressão, muitos pacientes preferem os remédios à psicoterapia, já que o preço e o tempo de tratamento são menores. O ideal, segundo especialistas da área, é a associação dos dois.

1.2.2 O Transtorno de Ansiedade

De acordo com PAPAROUNIS (2002) p. 31, “a ansiedade não só é uma sensação comum como também muito importante para a humanidade. Sem ela, muita gente chegaria tarde aos compromissos, tudo demoraria o dobro do tempo para acontecer e ninguém se preocuparia em fugir dos perigos do dia-a-dia”.

Porém, é válido salientar, de acordo com o mesmo autor, que o que ocorre, é que muitas pessoas sofrem de um desajuste no mecanismo que controla essa sensação e passam a tê-la constantemente, ultrapassando os limites de tolerância do organismo e da normalidade, assim, transforma-se em doença: é a ansiedade generalizada ou transtorno de ansiedade.

É um transtorno que leva a pessoa a viver constantemente em estado de tensão e desconforto. Os portadores tornam-se hipersensíveis nos relacionamentos pessoais e normalmente sentem-se deprimidos e

inconvenientes. A característica desta doença é sempre estar apreensivo, preocupado com tudo, por mais que as coisas estejam indo bem. (PAPAROUNIS, 2002, p. 30-31).

PAPAROUNIS (2002) aponta que os sintomas mais comuns da ansiedade generalizada são inquietação, nervosismo, irritação, fadiga crônica, tensão constante, insônia, sustos exagerados, pulsação cardíaca acelerada, suor, frieza nas mãos, respiração ofegante, náusea e diarreia. Não quer dizer que os portadores têm todos esses sintomas. Eles variam de pessoa para pessoa.

A causa da ansiedade generalizada ainda não é muito clara para a ciência. Existe alguma evidência da existência de fatores biológicos em sua origem, mas as pesquisas não são tão conclusivas como na depressão. Segundo alguns pesquisadores, os fatores ambientais tem um peso bem maior que a predisposição genética. A personalidade é outro fator importante. “Pessoas muito rigorosas consigo mesmas, rígidas e perfeccionistas estão entre as maiores vítimas da doença”. (PAPAROUNIS, 2002, p. 31).

Neste sentido, além dos acontecimentos estressantes da vida, BARLOW (1993) apud WEISE (1999), sugere a existência de uma vulnerabilidade biológica e uma vulnerabilidade psicológica necessárias para a formação de um transtorno de ansiedade. A vulnerabilidade biológica refere-se a uma tendência herdada a manifestar ansiedade. A vulnerabilidade psicológica corresponde a uma percepção de imprevisibilidade em relação ao mundo, que é aprendida, a partir da relação familiar e das experiências de vida. Assim, se uma pessoa possui o componente biológico e desenvolve o componente psicológico, ela estará predisposta a sofrer de um transtorno de ansiedade, à partir do momento que surgirem os acontecimentos estressantes da vida.

Em relação ao tratamento para a ansiedade generalizada, PAPAROUNIS (2002), p. 31, destaca que, “conforme o nível de gravidade, a ansiedade pode ser tratada com psicoterapia,

com medicamentos ou com a combinação de ambos. Recomenda-se também aos portadores de ansiedade, a prática regular de exercício físico e atividades relaxantes e de lazer”.

1.2.3 As Doenças Psicossomáticas

Conforme SOUZA (1997), as doenças psicossomáticas surgem como consequência de processos psicológicos e mentais do indivíduo desajustado das funções somáticas e viscerais e vice-versa. Caracterizam-se as possibilidades de distúrbios de função e de lesão nos órgãos do corpo, devido ao mau uso e ao efeito degenerativo, e descontroles dos processos mentais.

Portanto, os pacientes somáticos são aqueles que descrevem ou apresentam uma alteração de sua estrutura anatômica ou funções fisiológicas. Queixam-se do corpo através de dor, dormência, cansaço, náuseas, vômitos, hipertensão arterial, úlcera péptica, edemas, etc. Certamente, a origem dos sintomas será de natureza diversa: agentes físicos, químicos, biológicos, psíquicos ou sociais que poderão estar na gênese dessas manifestações. Todos, não obstante, serão pacientes somáticos. (ZIMERMAN e OSÓRIO, 1997, p. 188).

Diferenciam-se neste ponto, das doenças mentais, em que o mau desempenho não é opcional. Distinguindo-se também, das doenças puramente orgânicas, as doenças psicossomáticas tem recorrência ou agravamento de sintomas através dos distúrbios emocionais. Assim, estes sintomas podem se transformar em doenças crônicas.

(O paciente somático, muitas vezes, queixa-se que está doente, mas nenhuma disfunção é evidenciada. Ele se sente doente, mas não está doente, então acaba ficando doente. Há, portanto, uma gama de sentimentos, de angústias, despertados pelo sentir-se doente.) Ao falar em "sentir-se doente", faz-se uma distinção evidenciável pelos meios habituais de diagnósticos. Sentir-se doente, é queixar-se de algo, sem que qualquer lesão ou disfunção seja evidenciada. Neste sentido, paradoxalmente, algumas pessoas estão doentes sem se sentirem doentes, enquanto outras sentem-se doentes sem estarem doentes. “Isto pode ocorrer numa família, em

diferentes períodos da vida de um paciente ou em certos ambientes de trabalho e até de lazer”.

(SOUZA, 1997, p. 05).

A incidência das doenças psicossomáticas nos dois sexos mostram grandes diferenças.

Asma é duas vezes mais freqüente nos meninos do que nas meninas, antes da puberdade. Depois da puberdade, é menos comum nos homens em relação às mulheres. A úlcera do duodeno manifesta-se mais em homens, e a doença de Basedow mais nas mulheres. (SOUZA, 1997, p.05).

1.3 Os Fatores Sociais no Desenvolvimento dos Transtornos Mentais e Comportamentais

Conforme aponta o RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001 não há razão para supor que as conseqüências da mudança social para a saúde mental sejam as mesmas para todos os setores da sociedade, embora se tem estabelecido uma associação de fatores sociais como urbanização, pobreza e mudança com o desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais. As mudanças exercem efeitos diferenciais baseados no status econômico, no sexo, na raça e na etnicidade.

Existe uma relação complexa entre pobreza e saúde mental. A pobreza, na sua definição mais estrita é a falta de dinheiro ou de posses materiais. Porém, de forma mais ampla, assim, podendo relacionar com transtornos mentais e comportamentais, entende-se como pobreza um estado em que não se dispõe de meios suficientes para garantir o bem-estar social, como cidadão, incluindo nisto, a falta de recursos sociais e educacionais. Assim, estão associados à pobreza: o desemprego, o baixo nível de instrução, a privação e o desabrigo, que atingem não só os países pobres, como também afetam os países ricos.

De acordo com o RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001, os pobres e os desfavorecidos acusam maior índice de transtornos mentais e comportamentais. Essa prevalência pode ser explicada tanto pelo fato dos transtornos serem maior entre os pobres por

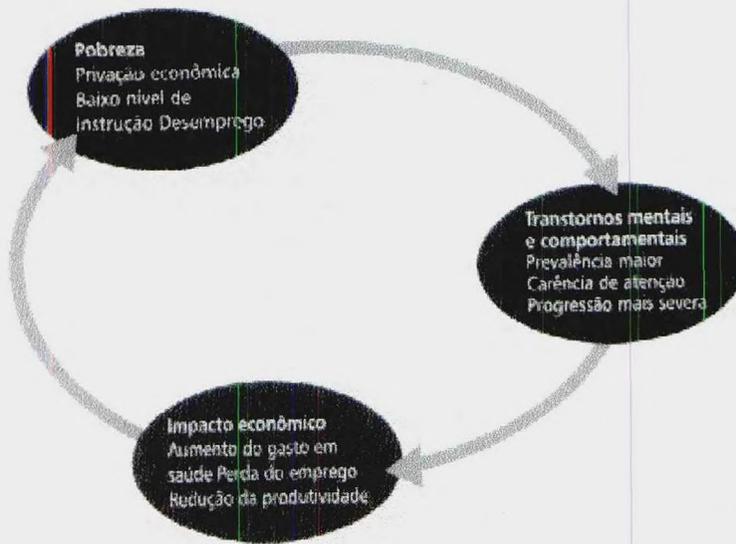
todos os motivos citados acima, como pela queda dos mentalmente enfermos na condição de pobreza, sendo que os que possuem recursos financeiros, tem condições de fazer tratamento. Ambos os indícios disponíveis são relevantes, embora haja controvérsia no tocante à determinação de qual desses mecanismos é responsável pela prevalência maior entre os pobres.

A causa dos transtornos mentais e comportamentais ser prevalente em pobres, geralmente é mais válido para os transtornos de ansiedade e depressão, enquanto que na teoria de que há queda dos mentalmente enfermos na pobreza, está mais associada para os transtornos psicóticos e uso de substâncias.

Pode-se afirmar, diante dos dados apresentados no RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001, que os indivíduos que encontram-se em situação de pobreza, estão desprovidos dos mais básicos direitos que deveriam ser garantidos à todos os cidadãos, para que assim, pudessem ter uma vida estável. Neste sentido, ocorre o contrário entre os desfavorecidos, que não tendo garantido seus direitos, a consequência é o aparecimento de inúmeros sentimentos negativos como desesperança, tristeza, angústia, sentimento de culpa, desespero, entre muitos outros sentimentos, que geram, assim, as mudanças comportamentais como irritabilidade, instabilidade, inquietação, nervosismo, fadiga crônica, insônia, falta de concentração, etc. Estes comportamentos estão exatamente enquadrados nos transtornos de ansiedade e depressão.

É importante ressaltar então, que a predominância da doença na classe mais pobre, está ligado ao fato dos doentes estar vivendo em situação de pobreza, desprovidos de informação e acesso para iniciar um tratamento adequado, além do desemprego, que não dá o suporte financeiro para qualquer tratamento. Neste sentido, os pobres enfrentam um estado de privação maior por estarem doentes.

Figura 1.3 O círculo vicioso da pobreza e dos transtornos mentais e comportamentais



Um fato não exclui o outro: um indivíduo pode estar predisposto a transtornos mentais e comportamentais devido a sua situação social, enquanto outro que apresenta transtornos pode estar enfrentando uma privação maior pelo fato de estar doente.

Os transtornos mentais podem causar incapacidade grave e sustentada, inclusive a incapacidade de trabalhar. Não havendo apoio social disponível, como frequentemente ocorre nos países em desenvolvimento sem organismos de bem-estar social organizados, o empobrecimento se verifica com bastante rapidez. (RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001, p. 39).

Além dos fatores apontados acima, é válido ressaltar que a vida moderna, trazendo a urbanização, o congestionamento e a poluição do meio ambiente, tanto como a pobreza e a dependência de uma economia baseada no dinheiro, com altos níveis de violência e reduzido apoio social, pode trazer conseqüências graves para a saúde mental, devido a influência de estressores maiores e de eventos vitais adversos e mais numerosos, caracterizando-se como conseqüência dessa urbanização moderna desordenada.

Segundo o RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001, aproximadamente a metade das populações urbanas em países de renda média e baixa vive na linha da pobreza.

Em certas zonas, o desenvolvimento econômico está forçando um número crescente de indígenas a migrar para áreas urbanas em busca de uma forma viável de ganhar a vida. Porém, a migração não produz melhoria do bem-estar social, ao contrário, resulta frequentemente em altos índices de desemprego e condições de vida miseráveis, expondo milhares de migrantes ao estresse social e a um risco maior de transtornos mentais e comportamentais, devido a ausência de redes de apoio social. Os conflitos, as guerras e a inquietação social estão associadas com a elevação das taxas de problemas de saúde mental. Pessoas refugiadas, deslocadas internamente, catástrofes naturais e grandes calamidades cobram pesado tributo à saúde mental das pessoas afetadas, sendo que a maioria vive em países em desenvolvimento, onde a capacidade de se fazer algo, frente a esses problemas, é extremamente limitada.

Entre um terço e a metade de todas as pessoas afetadas, sofrem de ansiedade. O diagnóstico realizado com maior frequência é o transtorno devido ao estresse pós-traumático (TEPT), muitas vezes ao lado dos transtornos depressivos e de ansiedade. Os sintomas são caracterizados por tensão, devido a lembranças intrusivas, evitação de circunstâncias, distúrbios do sono, irritabilidade, ira, falta de concentração e vigilância excessiva.

Também existem os problemas comuns de isolamento (recursos e perícia clínica se concentram nas áreas metropolitanas), falta de transportes, comunicações e restritas oportunidades educacionais e econômicas, deixando assim, limitadas as opções para os habitantes rurais que necessitam de atenção em saúde mental.

1.4 A Influência Cultural nos Transtornos Mentais e Comportamentais

O conjunto de práticas e as redes de significados compartilhados em agrupamentos sociais, formam o processo cultural. As características da cultura, representam potencialidades adaptativas e estressoras, dentro da numerosa gama de possibilidades de transformações,

reproduções e expressões próprias da complexidade e das riquezas humanas. Mas, existem processos culturais que limitam e moldam a expressão desta natureza, sobre o que GEERTZ apud SOUZA (1997), p. 12 afirma, que “[...] um dos mais significativos fatos sobre as pessoas é a constatação de que todos nascem com um equipamento para viver mil vidas, mas terminam tendo vivido uma só [...] o homem não é apenas produtor da cultura, mas também, num sentido especificamente biológico, o produto da cultura”.

Existem estudos, em que a atuação da cultura sobre o biológico se torna evidente, no processo do adoecer ou do curar. Por exemplo, o surgimento ou não de sintomas de mal-estar provocados pela ingestão combinada de determinados alimentos, como leite com manga. Além dos casos de curas decorrentes da fé, no remédio ou na religião.

Os processos psicossociais são construídos, em parte, por percepções e atitudes dos indivíduos e, em parte, por elementos culturais que direcionam os vínculos, reproduzem e recriam valores sobre vários fatos da realidade. Os critérios específicos sobre saúde, doença, indivíduo, trabalho, produtividade, força e vulnerabilidade são construídos pela cultura e transformada pelos indivíduos.

De acordo com BERGER e LUCKMANN (1987) apud SOUZA (1997), a cultura é edificada a partir do meio ambiente. O meio ambiente é o mundo externo e a realidade imediata. Realidade esta, decorrente da vida cotidiana, que se apresenta interpretada pelos homens.

Ainda, é possível relacionar respostas psicossomáticas e cultura, segundo alguns estudos realizados por WIITTKOWER sobre estresse cultural, citado por MELLO FILHO (1983) apud SOUZA (1997), nos quais foram identificados aspectos culturais estressantes, como o uso acentuado de tabus, saturação de valores, instabilidade de modelos culturais, privação de vida social, rigidez de normas e condições minoritárias. No entanto, pôde-se concluir, que as respostas psicossomáticas sofrem diferentes influências em cada cultura.

1.5 O Impacto dos Transtornos Mentais e Comportamentais na Qualidade de Vida

O impacto dos transtornos mentais e comportamentais sobre os indivíduos, as famílias e as comunidades é considerável. Os indivíduos sofrem com o distúrbio e também por estarem incapacitados de participar em atividades de trabalho e lazer, muitas vezes, em virtude da discriminação. Eles se preocupam em não poder arcar com suas responsabilidades com a família e os amigos, e seu maior temor é ser considerado um fardo para os outros.

Segundo GALLAGHER e MECHANIC (1996) apud RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001, além da carga direta, é preciso levar em conta as oportunidades perdidas. As famílias que têm um membro que sofre de algum problema mental e/ou comportamental, precisam fazer diversos ajustes e compromissos que impedem outros familiares de atingir o seu pleno potencial no trabalho, nas relações sociais e no lazer. Esses, são os aspectos humanos do ônus dos transtornos mentais e comportamentais, que são difíceis de quantificar e avaliar.

Conforme LEHNAN et al (1998) apud RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001, os transtornos mentais e comportamentais causam distúrbios tremendos na vida daqueles que são afetados e de suas famílias. Embora não seja possível medir toda a gama de sofrimento e infelicidade, um dos métodos de aferir o seu impacto é usar instrumentos que medem a qualidade de vida (QVD).

De acordo com os estudos de QVD, mesmo após a recuperação do indivíduo que sofreu de algum transtorno mental e comportamental, a qualidade de vida do mesmo fica muito prejudicada pelo fato da discriminação permanecer.

Ainda, conforme destaca UK700 GROUP (1999) apud RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001, os resultados de estudos de QDV também indicam que os

indivíduos com transtornos mentais graves que vivem em hospitais psiquiátricos de atenção prolongada, tem uma qualidade de vida menor do que os que vivem na comunidade.

Enfim, o RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001 salienta que estudos recentes demonstram claramente que o não atendimento das necessidades sociais e de funcionamentos básicos, foram os mais importantes previsores de uma baixa qualidade de vida entre pessoas com transtornos mentais graves.

2 – A RELAÇÃO SAÚDE MENTAL E TRABALHO NA CONTEMPORANEIDADE: A TRANSFORMAÇÃO NO MUNDO DO TRABALHO X SAÚDE MENTAL

2.1 A Saúde e o Trabalho: Reflexões sobre o tema

De acordo com BARÓ (1983) apud FONSECA (2001), p. 28 “trabalhar é sinônimo em sua origem de sofrer, esforçar-se dolorosamente, e, todavia, conserva esse sentido, quando por exemplo, se fala dos ‘trabalhos de parto’.”

O termo trabalho vem do latim *tripalium*, que significa “três paus”, instrumento de tortura para castigar escravos. Até o final da Idade Média, no século XIX, o trabalho era considerado castigo, tanto é, que os nobres não trabalhavam. O trabalho era considerado vergonhoso para decadentes remanescentes da velha estrutura social.

Segundo CAMPOS (1999), na Grécia Antiga haviam dois tipos de trabalho: o trabalho *tripalium* (executado por servos e escravos) e o trabalho *ergon* (exercido pela classe burguesa e era executado com satisfação/realização).

KRAWULSKI (1991) apud CAMPOS (1999), realizou um estudo sobre a evolução do conceito de trabalho através da história e concluiu que muito lentamente o trabalho vem perdendo esta divisão e a conotação de trabalho apenas como sacrifício e tortura. Segundo o autor, a partir do século XIX, o trabalho ganha o caráter de busca e realização profissional, pelo fato do trabalhador passar a ter vantagens, como identidade, autoconsciência, status, reconhecimento, satisfação das necessidades, entre outros. Isto não significa que todos os trabalhadores conseguiram este espaço, aliás, uma minoria de trabalhadores conseguiu.

Conforme aponta CODO (1994) apud FONSECA (2001), p. 41 “o trabalho é ao mesmo tempo criação e tédio, miséria e fortuna, felicidade e tragédia, realização e tortura dos homens”.

De uma forma mais ampliada sobre a concepção de trabalho, aparece a idéia de MARX (1964) apud CAMPOS (1999), p. 17 que assinala que “o trabalho é o processo entre a natureza e o homem, através do qual este realiza, regula e controla, mediante sua própria ação.”

SÉRGIO LESSA (1996) apud CAMPOS (1999), concebe trabalho como categoria fundante do ser social, ser este, que vive apenas para se efetivar numa contínua transformação da natureza.

De acordo com a idéia de KANAANE (1995) apud CAMPOS (1999), o trabalho deve estar voltado para a criação, liberdade, realização, participação via engajamento nas situações imediatas de trabalho. Isto mostra que o relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho reflete o grau de participação e colaboração dos envolvidos.

Para FRIEDMAN (1983) apud CAMPOS (1999), p. 18, o trabalho possui diferentes aspectos:

Aspecto técnico: implica em questões referentes ao lugar de trabalho e adaptação fisiológica e sociológica;

Aspecto fisiológico: se refere ao grau de adaptação homem-lugar de trabalho-meio físico e o problema da fadiga;

Aspecto moral: como atividade social humana, considerando especialmente as aptidões e a relação entre atividade de trabalho e personalidade;

Aspecto social: que considera as questões específicas do ambiente de trabalho e os fatores externos (família, sindicato, partido político, classe social, etc);

Aspecto econômico: constitui-se um fator de produção de riqueza.

Diante do contexto apresentado, é importante destacar, de acordo com FONSECA (2001), que o trabalho livre, após a Revolução Industrial, estabeleceu-se como primordial ao funcionamento do sistema econômico emergente: o capitalismo. O trabalhador passou a

oferecer a sua força de trabalho num mercado em que ele absolutamente não tinha nenhum controle.

Com o sistema capitalista, todos os trabalhadores passam a ser considerados recursos humanos, mão-de-obra, mercadorias. Os seres humanos são apenas fragmentos de tarefas mecânicas ou burocráticas. Através de cargos e tarefas, o trabalhador está impedido de enxergar a totalidade, pois por meio da ordem hierarquizada, limita sua atuação, executando apenas pedaços de projetos que ele desconhece. É o que ANTUNES (2000) chama de trabalho alienado ou estranhado, onde o produto do trabalho aparece como alheio e estranho ao trabalhador, sendo que deveria ser uma atividade vital do ser social, no qual, o trabalho se converte em mercadoria. É o que CODO (1986) chama de alienação do ser humano, advindo do latim *alienus*, que significa outro, um fenômeno que segundo este autor:

[...] os homens criam ou produzem alguma coisa, dão independência a esta criatura como se ela existisse por si mesma, deixando-se governar por ela, como se ela tivesse poder em si e por si mesma, não se reconhecem na obra que criaram, fazendo-a um ser outro, separado dos homens, superior a eles e com poder sobre eles. (CODO 1986, p. 170).

É neste tipo de estrutura que o trabalho passa a se chamar “emprego”, depende de salários cada vez mais baixos, perde a autonomia e o homem fica confinado em repartições, bancos, clínicas, postos de saúde, etc.

O homem moderno passa a viver para o trabalho, quando há tempo livre, muitas vezes, este tempo também é dedicado para o trabalho de forma indireta, como participação em congressos, estudos, entre outros.

Esta forma de dedicação ao trabalho, se dá em parte, pela situação alarmante de recessão que atinge o homem moderno. Este homem, convive diariamente com a insegurança, o desespero de não estar mais empregado e conseqüentemente não poder prover o seu sustento e de sua família. Além, é claro, da existência da brutal concorrência, que faz com que muitas pessoas sintam-se ainda mais pressionadas e incapacitadas ao trabalho. Desta forma,

quando este indivíduo consegue um emprego, ele dedica-se o máximo, não por satisfação, mas, pelo fato de não haver nenhuma estabilidade, sendo que logo poderá perdê-lo. Neste sentido, muitas vezes, o indivíduo dedica sua vida apenas para o trabalho, não sobrando tempo para fazer uma atividade que realmente sinta prazer ou goste de fazer.

Muito disso, está ligado ao consumo, palavra chave, em nossa sociedade capitalista, no qual trabalha-se para o consumo. Neste sentido, ter uma profissão é a garantia da obtenção de recursos para esse consumo. Assim, cada vez mais, vai-se extinguindo a satisfação das necessidades psicológicas do indivíduo, como foi citado acima, as atividades direcionadas para algo que se goste de fazer e que são de fundamental importância para a saúde do ser humano.

Diante do contexto apresentado acima, pode-se perceber que a atual situação econômica e trabalhista, está forçando as empresas a tomarem algumas decisões difíceis. Com a demanda aumentada de seus funcionários, as organizações estão rapidamente percebendo a relação vital existente entre a saúde de seus servidores e a produtividade. Em virtude disso, *substituídas* muitas delas adotaram um novo comportamento no que se refere a saúde dos empregados.

Portanto, existem muitas razões para o investimento em programas de promoção da saúde e qualidade de vida no local de trabalho. O importante, é que uma estratégia de saúde atenda, em todos os sentidos, as necessidades dos funcionários, de acordo com duas grandes categorias de fatores: a biologia humana e o estilo de vida.

Neste sentido, foram estabelecidas áreas prioritárias na elaboração de programas, incluindo redução de tabagismo, redução do consumo de álcool e drogas, dieta, nutrição, condicionamento físico e exercícios e gerenciamento do estresse.

Os estudos sobre o fenômeno do estresse, suas causas e conseqüências, lançaram novas idéias sobre o adoecer humano e suas relações com o modo de viver do mundo atual, principalmente nas sociedades industrializadas, foco de múltiplas patologias que ameaçam a existência humana, como a doença coronariana e a hipertensão arterial. O aumento assustador

destas doenças nos grandes centros, relacionado com o viver tenso, competitivo e o trabalho excessivo das classes médias e alta, porém também com a pobreza, o desemprego, a baixa educação e o trabalho insalubre das classes menos favorecidas, vem exigindo novos métodos de prevenção e tratamento, entre os quais situam-se os programas de saúde ocupacional inseridos em organizações.

2.2 Considerações sobre a Saúde Mental e a Carga Psíquica no Trabalho

A história do desgaste do trabalhador caminha junto com a evolução do capitalismo. O modelo de produção em que se baseia a lei da mais-valia e a competição por mercado de consumo, tem remetido grande interesse para o estudo da exploração operária, já que trazem inclusos problemas relativos a cargas excessivas de trabalho, salários menores e maior exposição aos fatores de risco.

As condições de trabalho precárias, o ambiente inadequado, as jornadas muito longas, os salários baixos e cada empregadora tinha suas próprias regras, não existindo nenhuma norma governamental que interferisse ou regulasse essa atividade. Dessa forma, os acidentes graves e fatais que atingiam os trabalhadores incluindo crianças e mulheres, era responsabilidade deles mesmos. Além disso, são descritos danos à saúde de difícil caracterização objetiva e rigorosamente médica, mas de inconfundível ligação com o trabalho, como por exemplo, a fadiga, o envelhecimento precoce, o desgaste e alterações de comportamento.

Sob a influência direta das imigrações e como reflexo dos movimentos sindicais europeus, as lideranças ideológicas conseguem mobilizar a classe operária na grande questão social. Em consequência seguem-se as famosas greves de 1907, 1912 e as grandes greves de 1917 a 1920, que expuseram as más condições e jornadas prolongadas oferecidas ao trabalhador, responsabilizando-as por doenças, acidentes e mortes prematuras, o que levou

o setor privado a começar a pagar seguros de acidentes de trabalho. (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2003, p. 03).

No ano de 1934, foram agregados à Constituição Brasileira, os direitos inspirados na Encíclica do Papa Leão XIII, sendo que antes somente existiam os direitos civis e políticos. A Encíclica Rerum Novarum, foi o primeiro documento histórico que visava melhorar as condições sociais e econômicas dos trabalhadores.

A problemática da saúde do trabalhador, além de estar associada as más condições de vida do mesmo, também estava relacionada com a crescente industrialização, aumentando o número de doenças, acidentes e mortes relacionadas ao trabalho. Foi diante deste contexto, que motivou a elaboração da Encíclica do Papa Leão XIII, na tentativa de solucionar os grandes desentendimentos entre patrões e empregados, e as denúncias por parte dos trabalhadores e de suas organizações político-intelectuais.

No ano de 1960, em decorrência de forte pressão dos trabalhadores, foi criada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPES). Esta Lei propõe que os benefícios prestados pelos institutos, sejam uniformes e responsabilize a Previdência Social pela assistência médica de seus previdenciários.

Porém, em 1979, houve um enorme rombo financeiro na Previdência Social. As soluções encontradas para enfrentar o problema, foram diminuir as despesas e aumentar a receita, através de decretos-lei impopulares.

Ainda, é importante destacar, que neste mesmo ano é instalada a Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (CI S AT), e no ano seguinte o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa em Saúde dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), que estimularam vários sindicatos a criarem práticas voltadas para ação preventiva em saúde do trabalhador, que até então era responsabilizado pelos acidentes que sofria.

A partir daí, que se deu o início nas modificações no perfil dos órgãos e instituições. Houve a ampliação dos quadros técnicos no Ministério do Trabalho, conseqüentemente abrindo concurso público, em 1983, para contratar médicos e engenheiros para as Divisões de Segurança e Medicina no Trabalho. Além disso, como principal acontecimento, houve a emergência da questão da saúde do trabalhador para o campo da saúde pública, discutidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Conforme dados da ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (2003), nos anos que seguiram de 1983, ocorreram intensas discussões, em diversas linhas, propondo formulação e implantação de projetos adequados à nossa realidade. Na seqüência, surgiram projetos de Atividades de Saúde Ocupacional na Rede Pública (Londrina, Paulínea, Cangaíba entre outros) e em São Paulo foram criados os primeiros Programas de Saúde do Trabalhador. No ano de 1985, apareceu uma seqüência de Programas de Saúde do Trabalhador (PST). Logo após o PST de Salto (1984), surgiram os Programas de Bauru, Baixada Santista e Campinas, seguidos em 1986 pelos Programas da Zona Norte e ABC, que já começavam a se desenhar na forma de Serviços de Saúde do Trabalhador, matriz para o surgimento dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador, criados posteriormente.

Neste contexto apresentado em nosso país, com a Constituição de 1988 e as eleições municipais do mesmo ano, abriu-se muitas perspectivas para a saúde do trabalhador, que englobava as ações de assistência à saúde e vigilância, com atividades ambulatoriais, de intervenção nos ambientes de trabalho e de atendimento, acompanhamento, registro e vigilância de acidentes e doenças do trabalho. A proposta era a participação em todos os níveis, inclusive na gestão do serviço e na escolha do coordenador. Infelizmente, poucos Centros de Referência foram implementados de acordo com as propostas acima, devido a fatores político-eleitorais.

Portanto, pode-se notar que a década de 80 foi marcada pela luta em defesa da saúde no trabalho, e resalta o avanço da incorporação dos trabalhadores e seus representantes como sujeitos no processo de disputa por melhorias nas condições de trabalho, intensificando a ação das organizações e os esforços para a conquista da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

Através da Constituição Federal, na última década, surge o Sistema Único de Saúde (SUS), que contempla a saúde como direito social e dever do Estado, com acesso universal e igualitário no atendimento assistencial e na equânime distribuição de recursos. Portanto, é esta mesma Constituição Federal de 1988, no título VII da Ordem Social, no Artigo 200 item II, que rege a Legislação Trabalhista atual, que diz:

[...] o atual texto da Constituição institui a saúde como direito de todos e como dever do Estado, de forma igualitária nas ações e serviços de proteção, promoção e recuperação da saúde. Institui também a participação de instituições privadas como complementares ao SUS, a descentralização, o atendimento integral com prioridade para atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade. (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2003, p.09).

É importante enfatizar que decorridos dez anos da aprovação da Lei, a estrutura administrativa do Ministério da Saúde ainda encontra-se inadequada às novas normas vigentes.

A principal ameaça que vem perdurando o SUS é o colapso da assistência médica, aliada as medidas de ajuste econômico, que obrigou diversos municípios a buscarem novas soluções, resultando em experiências criativas totalmente a margem do SUS, como por exemplo, programas inseridos nas instituições, que atendam uma parcela de trabalhadores.

De acordo com todo o contexto citado acima, a preocupação com a saúde do trabalhador, que até então era esquecida, passou a ser incorporada na vida das pessoas, através de inúmeras medidas e leis. Por outro lado, houve enorme redução da qualidade de vida, devido ao empobrecimento das relações humanas, poluição e degradação ambiental,

desenvolvimento dos meios de comunicação em massa e substituição do trabalho humano por tecnologia.

A partir da década de oitenta, que a temática saúde mental e trabalho está presente na produção de conhecimento brasileiro de forma sistematizada sob diversas áreas, como psicologia, serviço social, medicina, antropologia, entre outras. Neste sentido, a temática é sem dúvida uma questão contemporânea e marcada pela sua interdisciplinariedade.

É importante ressaltar, de acordo com TITTONI e NARDI (1989), que existe um saber legitimado sobre saúde-doença e trabalho-não trabalho, que as concebe como dualidades ao qual os trabalhadores recorrem para compreender sua própria situação. Segundo FOUCAULT (1987) apud TITTONI e NARDI (1989), este saber constrói o discurso médico, que nada mais é do que um saber investido de poder, que reconhece e legitima a doença, assim, articulando saúde à normalidade e doença à anormalidade.

DEJOURS e ABDOUCHELI (1994) apud SILVA (1989), enfatizam a importância de não associar a psicopatologia à doença ou à loucura, mas do estudo dos mecanismos e processos psíquicos mobilizados pelo sofrimento.

É válido enfatizar, que a situação de adoecimento do trabalhador não deve ser vista isoladamente, e sim, é preciso atentar-se a toda trajetória de vida do mesmo, incluindo todo seu cotidiano, sua vida intrafamiliar, seus projetos de vida, entre outros.

Outra questão a ser levantada é que atualmente, o trabalhador depara-se com constantes inovações tecnológicas, que modificam seu trabalho, ocorrendo assim, a angústia crescente da perda do emprego, de não poder acompanhar as exigências da nova tarefa, de não poder ter novos aprendizados dentro dos prazos impostos, onde o sofrimento surge da necessidade de constante aperfeiçoamento, colocando em jogo as capacidades físicas e cognitivas desses profissionais, interferindo diretamente no plano mental e indiretamente por meio de doenças físicas, ditas psicossomáticas.

De acordo com DEJOURS (1992) apud FREITAS (2000), pode-se dividir a carga de trabalho em dois grupos: a carga física e a carga mental de trabalho. Primeiramente é importante partir da definição de carga de trabalho. Para SILVA (1989) apud FREITAS (2000), p. 62 “a carga de trabalho representa o conjunto de esforços desenvolvidos pelo homem para atender às exigências das tarefas, sendo que esse conceito abrange os esforços cognitivos e os psicoafetivos (emocionais).”

O efeito da interação destes esforços do indivíduo (carga física e mental de trabalho), torna-se evidente durante e após o trabalho, com o aparecimento da fadiga por exposição prolongada ou recuperação insuficiente, em queixas de saúde e bem-estar, estresse e a possibilidade de erros no trabalho. Quanto maior for a carga de trabalho, maior será a possibilidade de cometer erros.

DEJOURS (1992) apud FREITAS (2000), p.63 pontua que:

A carga psíquica de trabalho resulta da confrontação do desejo do trabalhador com as exigências do patrão, aumentando quando a liberdade de organização do trabalho diminui. Podemos dizer, então, que a carga psíquica de trabalho é a resposta do trabalhador frente às pressões da organização do trabalho.

Em geral, a carga mental se define em função da diferença entre a capacidade do indivíduo e as demandas da tarefa. Neste sentido, a carga mental se produz quando as demandas da tarefa excedem a capacidade do sujeito.

No caso do afastamento do trabalho, uma das grandes discussões existentes é a resistência das perícias médicas, em muitas organizações, em reconhecer que o trabalhador está afastado do trabalho, efetivamente por adoecimento profissional, ou seja, que a grande causa de sua doença está diretamente ligada ao trabalho.

Uma das conseqüências do afastamento do trabalho, é o fato de que muitos destes trabalhadores ficam ociosos, restringindo-se à esfera privada do cotidiano, sendo que esta esfera passa a ter um lugar central em suas vidas. Muitas vezes, isto implica em tensão nas

relações familiares, como por exemplo, a incapacidade de ser “um bom pai, marido, esposa ou mãe”. Existe, neste caso, um processo de isolamento do indivíduo no interior da própria casa e da família, em detrimento das relações sociais e pessoais mais amplas, conseqüentemente concorrendo para uma vivência com determinantes que sugerem a depressão.

De acordo com COSTA (1987) apud SILVA (1989), o sofrimento mental desses trabalhadores afastados, podem também, estar relacionados diretamente com a quebra do traço identificatório do *ser trabalhador* (grifo do autor), pois existe a relação da identidade desse trabalhador com a vida social. Frente a estas e muitas outras pressões que sofre o trabalhador, são utilizadas estratégias de defesa que são construídas coletivamente, porém, ocorrendo o rompimento destas estratégias no momento do afastamento do trabalho, resultando no enfrentamento de forma isolada e individual, as conseqüências de um ambiente de risco do qual se defendiam e que passa a materializar-se na forma de doença e incapacidade.

Cabe salientar também, a relação existente entre as questões de gênero e o afastamento do trabalho. Segundo GOLD (1998) apud RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001, a proporção de mulheres que apresentam transtornos depressivos e de ansiedade é maior em relação aos homens. Neste sentido, existe um índice maior de mulheres afastadas do trabalho por motivos de saúde. Estas mulheres, sob cargo de sua doença, acabam ficando geralmente em casa, em restrição de tarefas ou são readaptadas dentro das normas da instituição. No primeiro caso, inicia-se na maioria das mulheres uma internalização de sentimentos de inutilidade, de incapacidade que acabam agravando seu quadro de transtorno. No segundo caso, a pessoa normalmente sente-se inadaptada, por estar exercendo uma outra função que não é a sua e pode também sentir-se inferiorizada, pelo fato de que, em alguns casos, são readaptadas para algumas funções que são consideradas “inferiores” a sua.

Ainda, com relação às mulheres, estas, quando afastadas do trabalho estão mais inseridas ao espaço doméstico, assim, extinguindo-se a gama de relações sociais que elas

tenham ao estarem trabalhando. Além do mais, existe o fato do trabalho doméstico não ser valorizado como algo produtivo como no trabalho fora de casa.

Um aspecto importante a ressaltar também, conforme aponta DEJOURS (1987) apud SILVA (1989), é que, enquanto para os homens, o afastamento do trabalho significa a paralização das atividades profissionais, para as mulheres, isso é diferenciado, pois mesmo na condição de doentes, as mesmas estão sujeitas aos cuidados dos filhos e a manutenção da casa.

Diante do contexto apresentado, pode-se dizer que o espaço doméstico contribui de certa forma à doença, pelo fato de ser associada a um espaço da improdutividade. Ao contrário do espaço de trabalho que é representado pelo processo produtivo que é exercido.

Segundo as reflexões de COSTA (1989) apud SILVA (1989), p.90 :

Ao tomarem como eixo da discussão sobre identidade psicológica e o sofrimento advindo da 'quebra' do traço identificatório do ser trabalhador, sugere que um importante aspecto associado ao sofrimento mental está na relação que a identidade mantém com a vida social.

Ainda, de acordo com a autora, isto acontece, pelo fato de que existe uma norma psicológica, que cria a idéia do trabalho como algo natural, que é internalizado no indivíduo, e é justamente a impossibilidade de relativizar esta norma que acaba gerando o sofrimento mental, pois a identidade social do sujeito está atrelada ao fato de ser trabalhador.

Outro fator importante, que é preciso estar atento, em relação a saúde no trabalho, que pode estar presente em algumas instituições, é o questionamento da veracidade da doença por parte dos profissionais da saúde. Segundo TITTONI e NARDI (1989), diversos funcionários relataram que médicos da perícia, utilizavam ameaças explícitas de demissão, caso fosse revelada a existência da doença e sua vinculação com o trabalho.

Segundo DEJOURS (1987) apud SILVA (1989) existe a "ideologia da vergonha", que seria um sentimento coletivo de vergonha que faz com que os trabalhadores evitem demonstrar seu adoecimento em razão de uma concepção dominante pautada pela acusação a quem está

doente. Assim, todo este processo coloca os trabalhadores em uma situação contraditória pois ao mesmo tempo que devem se apresentar fragilizados e incapacitados para que seu adoecimento não seja questionado, devem demonstrar o contrário, principalmente para os profissionais da saúde que lhes prestam assistência, pelos motivos já citados anteriormente.

Com isso, é possível confirmar que a possibilidade do acesso dos trabalhadores aos direitos sociais passa pela comprovação da sua incapacidade, fragilidade e improdutividade.

O questionamento da veracidade da doença por parte dos profissionais da saúde sugere a representação de que *quem adoeece é vagabundo e não quer trabalhar*, associando doença e não trabalho. A culpabilização do doente (individualização) e o descaso com as condições e organização do trabalho são fontes geradoras de vivências de sofrimento. (TITTONI e NARDI 1989, p. 97).

É importante salientar, que o tratamento para saúde mental é diferenciado do tratamento para saúde física. Na saúde mental, o processo é bem mais lento, assim, para que os resultados sejam efetivos, são necessários tratamentos a longo prazo, desde de apoio psicológico, acompanhamento psiquiátrico, terapias, bem como programas para recaídas.

Entretanto, existe uma série de dificuldades por parte de muitas organizações, tanto públicas como privadas, do investimento em programas para saúde mental do trabalhador, muito disso, pela falta de importância que é dada à saúde mental, em relação a saúde física.

Uma das estratégias criadas em organizações, que tentam suprir esta carência de atendimento aos trabalhadores com problemas de saúde mental, são os chamados grupos terapêuticos ou grupos de auto-ajuda, que tem o intuito de recuperação, de um grupo de pessoas, que apresentam problemas semelhantes, e, que ajudam-se mutuamente. Estes grupos tornam-se ricos, na medida em que podem contar com a intervenção de uma equipe interdisciplinar, composta principalmente por psicólogo, psiquiatra, terapeuta, assistente social, enfermeiro, entre outros.

2.2.1 A Organização do Trabalho e sua Interface com a Saúde Mental

“A organização do trabalho é a definição de tarefas e das condições de execução, por instâncias exteriores aos trabalhadores”. (DEJOURS, 1987 apud FREITAS, 2000, p.26).

SANTOS et al (1997) apud FREITAS (2000), através de uma abordagem sociológica, define a organização do trabalho como o resultado de um equilíbrio momentâneo, e reconstruído no cotidiano, entre diversos grupos sociais.

Entretanto, PACHECO (1998) apud FREITAS (2000), p. 26 conceitua a organização do trabalho como “associação ou instituição composta por recursos humanos e não humanos com o objetivo definido, respondendo de um modo sistemático às exigências de funcionalidade e eficiência.”

Existem muitas condicionantes da organização do trabalho como: condicionantes políticas, econômicas, tecnológicas e sócio-culturais. Todas estas condicionantes influenciam e serão influenciadas pela organização do trabalho, tornando um processo dinâmico.

Figura 1.4 Condicionantes da Organização do Trabalho



nte: PRÓFENCA 1993

Segundo CHANLAT (1992) apud FREITAS (2000), os vínculos do indivíduo com a organização onde este trabalha, desde a sua lealdade, participação e preocupação com o trabalho bem feito, mais forte será, se a empresa se interessar efetivamente pelas pessoas. Hoje, acontecendo a priorização da modalidade do curto prazo e da juventude, são fatores que contribuem para o enfraquecimento dos vínculos do pessoal, disto, resultando a rotatividade, o absenteísmo, o desengajamento, a apatia e o desinteresse não só pelos objetivos e metas, como até pelo próprio destino da organização.

De acordo com COSTA (1997), existem muitos programas de qualidade total que nasceram no Japão nos anos 70 e hoje estão espalhados pelo mundo, tendo como meta, a integração e participação do trabalhador, chamado a opinar sobre a execução das tarefas e a preocupar-se junto com o patrão, com a produtividade e qualidade. Ainda, resume CODO (1986) apud COSTA (1997), p. 34 que:

A organização de trabalho, pós-taylorista, envolve uma demanda afetiva muito forte. Se de um lado é bom, pois o trabalhador torna-se menos alienado, de outro, traz maior risco psicológico, pois o trabalho desgasta o que usa e hoje está usando muito mais a mente que o corpo.

Para que exista uma organização, é preciso que exista uma ação de grupos de pessoas, para se alcançar determinada meta ou objetivo. Assim, muito mais do que simples instrumentos para produção de bens e serviços, as organizações criam o ambiente onde a maioria das pessoas passa sua vida, e assim, tem grande influência sobre o comportamento. Por isso, é importante ressaltar, que as diversas formas de organização do trabalho, mesmo que sempre objetivando a produtividade, deve considerar a motivação dos trabalhadores, através do conteúdo e das condições de trabalho.

Conforme aponta BAHNIUK (2000), p 25 “a organização do trabalho age sobre o pensar e o sentir dos trabalhadores, provocando sofrimentos, angústias, frustrações e infelicidade”.

Em 1968, o trabalho foi reconhecido por muitos estudiosos, como a causa principal da alienação humana.

De acordo com DEJOURS (1988) apud BAHNIUK (2000), p. 25, “a luta pela sobrevivência condena a duração excessiva do trabalho. A luta pelo corpo conduz a denúncia das condições de trabalho. Quanto ao sofrimento mental, ele resulta da organização do trabalho”.

Uma outra categoria de análise que compõe a organização do trabalho é a “disciplina”, que segundo FOUCAULT apud BAHNIUK (2000), p. 26

A disciplina não pode se identificar como uma instituição nem um aparelho: ela é um tipo de poder, uma modalidade para exercê-lo, que comporta todo um conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimentos, de níveis de aplicação, de alvos; ela é uma física ou anatomia do poder, uma tecnologia.

FOUCAULT se refere acima ao trabalhador como “sujeito assujeitado”, ou seja, o sujeito da disciplina, o sujeito construído pelo discurso, que significa nada mais, do que o sujeito apoderar-se de certos discursos da sociedade, deixar-se dominar, ou seja, o sujeito é nomeado pelo discurso das pessoas e se constitui assim; constitui sua própria identidade de acordo com o que a sociedade ou o sistema lhe diz. É o que FOUCAULT denomina de corpo dócil, que facilmente assume, incorpora certos papéis ditos pelo discurso. Por exemplo, no trabalho, existe a disciplina, que é o poder ou o discurso da organização do trabalho que faz com que os trabalhadores assumam papéis ou identidades de trabalhadores de acordo com a organização em que trabalha, ele é submetido ou submisso e assume o papel de trabalhador de acordo com a “disciplina” da organização do trabalho.

Neste sentido, é importante ressaltar aqui a idéia da autora CODO e SAMPAIO (1995) apud FONSECA (2001), p.61 que fala de três requisitos necessários para o exercício do controle da organização do trabalho por parte do trabalhador:

Familiaridade: diz respeito à intimidade e conhecimento sobre a tarefa realizada;

Poder: diz respeito à possibilidade de o trabalhador interferir e mudar o trabalho, de acordo com suas necessidades.

Limite subjetivo: diz respeito ao quanto, quando e como é possível suportar as estimulações dos contratos de trabalho.

Portanto, de acordo com a autora, quando estes requisitos não estão presentes simultaneamente, ocorre a ruptura do equilíbrio, e, é justamente aí, que os problemas de saúde são sentidos, pelo fato dos limites subjetivos não serem respeitados. A consequência disto, é o aparecimento de doenças, os acidentes e o sofrimento é demasiado.

2.2.2 A Pressão no Trabalho X Saúde Mental

Toda a pressão que é exercida no trabalhador, pode ser caracterizada pelos mais diversos tipos de situações, como aumento da carga horária, troca de função, cobranças de horário, fiscalização de tarefas, relações de poder entre patrões e empregados, modalidades de comando como autoritarismo, hierarquia, exigências físicas do funcionário, etc. Todas estas pressões são destrutivas, sendo que deveriam ser construtivas, no sentido de haver um nível de pressão apropriado ao trabalhador para que aconteça o trabalho. As pressões construtivas trabalham para o indivíduo e não contra ele. São pressões exercidas de maneira que haja estímulo, agilidade, compromisso e motivação das tarefas. No entanto, as pressões destrutivas acabam gerando no trabalhador muita tensão, que cada dia acumula-se e acaba resultando no estresse.

Diante da situação de estresse, o trabalhador acaba tendo que se deparar com outra situação conflitante: lutar ou fugir?, ou seja, ou ele acumula toda a sua tensão e continua trabalhando ou ele respeita seu organismo e sai do trabalho. O trabalhador tensionado ou estressado torna-se bem menos produtivo, então de nada adianta, muitas vezes, o mesmo suportar aquela situação por muito tempo, pois em primeiro lugar ele precisa se ajudar, para

então poder ajudar os outros. Infelizmente, na maior parte dos casos o trabalhador com medo de ser estigmatizado como “vagabundo” ou mesmo, pelo fato de estar com medo de perder seu emprego, (afinal ele e sua família dependem de seu trabalho para sobreviver), apenas requerem a licença do trabalho, quando existe o agravamento de sua doença.

É importante salientar, que existe um campo de estudo interdisciplinar a respeito da saúde mental e trabalho, no qual visões diferenciadas conceituam a temática.

SELIGMANN-SILVA (1994) apud CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA (2001), p. 03, identifica a existência de um campo de estudo interdisciplinar voltado para análise das conexões entre saúde mental e trabalho, que afirma:

O desgaste psíquico foi associado à imagem de ‘mente consumida’, por Seligmann-Silva reunindo três abrangências: a primeira, compreendendo quadros clínicos relacionados ao desgaste orgânico da mente (seja acidentes de trabalho, seja pela ação de produtos tóxicos); a segunda, compreendendo as variações do ‘mal-estar’ das quais a fadiga (mental e física) é uma das analisadas; e a terceira, quando se verificam os desgastes que afetam a identidade do trabalhador, ao atingir valores e crenças, que podem ferir a dignidade e a esperança.

O desgaste no trabalho causa diversos sinais e sintomas ligados a sentimentos como medo, ansiedade, depressão, nervosismo, tensão, fadiga, mal-estar, perda de apetite, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos (gastrite, crises hipertensivas), além disso, principalmente, as pessoas em seu pequeno tempo de lazer, não conseguem desligar-se do trabalho e muitas vezes até sonham com ele.

É válido ressaltar as condições do trabalho, como um fator fundamental para o desencadeamento de transtornos mentais e comportamentais. Tais condições de trabalho, podem estar diretamente relacionados com a organização do trabalho e às condições de vida, ou seja, estes transtornos são desencadeados tanto dentro do trabalho como fora dele, ou mesmo com a interrelação de ambos.

De acordo com SELIGMANN-SILVA (1995) apud CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA (2001), p. 10:

Não existe um consenso que tenha permitido uma classificação dos distúrbios psíquicos vinculados ao trabalho, existe uma concordância da importância etiológica do trabalho, mas não a respeito do modo como se exerce a conexão trabalho/ psiquismo de forma suficiente a permitir um quadro teórico. Os distintos modelos teóricos vêm trazendo dificuldades para a clínica e prevenção.

“A Síndrome da Fadiga Crônica corresponde à fadiga acumulada ao longo de períodos de duração variável, diante de uma situação de trabalho que não permite recuperação suficiente por intermédio de sono e repouso.” (CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA, 2001, p. 10). Neste caso, alguns sintomas são distúrbios do sono, cansaço, irritabilidade e desânimo.

SELIGMANN-SILVA (1995) apud CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA (2001), p.11, afirma que as síndromes depressivas podem ter seu desencadeamento e evolução nitidamente associadas às vivências do trabalho, podendo a depressão, manifestar-se em quadros agudos ou crônicos típicos, como tristeza, vivências de perda ou fracasso e falta de esperança, entre outros. No entanto, os quadros depressivos associados ao trabalho, muitas vezes, não são típicos, revelam-se de forma mais sutil, apresentando como principal manifestação o desânimo diante da vida e do futuro.

É importante salientar que o nexa entre adoecimento e situação de trabalho não é simples, pois existe um processo específico para cada indivíduo, que envolve a história de vida e de trabalho do mesmo.

Ainda, cabe apontar, de acordo com BERGAMINI (1982), que a manifestação das tensões variam de pessoa para pessoa, afinal algumas pessoas têm a capacidade de entender certas pressões de maneira diferente, não destrutiva, mas construtiva, sendo assim, esta pessoa, assimilando de forma diferente certas pressões, acaba controlando-as e evitando o estresse.

Contrapondo a apresentação acima, DEJOURS busca entender justamente as relações que podem se estabelecer eventualmente entre a organização do trabalho e o sofrimento psíquico. Em contrapartida, BERGAMINI (1982) salienta que o homem contemporâneo tem

apresentado um aumento de estados conhecidos como de ansiedade e angústia, por uma série de razões dele próprio, de seus grupos sociais e do ambiente em que vive. A autora foca a causa desse mal-estar no próprio ser humano. Ela diz: “[...] percebe-se que as pessoas parecem ter uma capacidade muito grande de inventar uma infinidade de coisas que as tornam desnecessárias e infinitamente infelizes”.

Em contraposição com a idéia da autora, DEJOURS (1992) apud FONSECA (2001), vai se preocupar com aquilo que põe em perigo a vida mental do trabalhador, no afrontamento com sua tarefa. Nas palavras de DEJOURS (2000) apud FONSECA (2001), p. 51:

[...] até indivíduos dotados de uma sólida estrutura psíquica podem ser vítimas de uma paralisia mental induzida pela organização do trabalho [...] o homem inteiro que é condicionado ao comportamento produtivo pela organização do trabalho e fora da prática, ele conserva a mesma pele e a mesma cabeça. Despersonalizado no trabalho, ele permanecerá despersonalizado em sua casa.

Ainda, DEJOURS afirma que o medo está presente em todos os tipos de ocupações profissionais, como nos trabalhos repetitivos e nas tarefas. Mas existe a ideologia defensiva, que funciona a nível do grupo e é funcional também a nível do trabalho, garantindo a produtividade. Em consequência disto, o medo, que tem origens nos ritmos de trabalho ou nas más condições de trabalho, destrói de modo progressivo a saúde mental dos trabalhadores.

É importante destacar as relações de hierarquia, com chefias, com a supervisão, que às vezes são desagradáveis e até mesmo insuportáveis. Muitos chefes utilizam-se de uma arma terrível, que é a desigualdade na divisão do trabalho, assim, emergindo nos trabalhadores, muita frustração, revoltas, agressividade, que na maior parte dos casos não conseguem vazão. Dessa forma, a repressão desta agressividade dos trabalhadores, acaba afetando o seu funcionamento mental.

Outro aspecto importante a ressaltar aqui seria a ligação entre as pressões originadas do trabalho e as defesas construídas coletivamente pelos trabalhadores frente a tais pressões.

Estas estratégias se desenvolvem como forma de proteção e ao mesmo tempo como sintomatologia.

No momento do afastamento do trabalho, estas estratégias se rompem e então estes trabalhadores passam a enfrentar de forma isolada e individual as conseqüências de um ambiente conflituoso do qual defendiam-se e passa a materializar-se na forma de doença e incapacidade. Assim, pode-se estabelecer duas conexões: o sofrimento advindo da quebra da identidade do ser trabalhador e o sofrimento advindo das pressões da organização do trabalho. (TITTONI e NARDI, 1986, p. 91).

A evolução dos quadros clínicos mantém estreita associação com o suporte fornecido pelas instituições, empresa, sindicato, serviços de saúde e familiares, entendendo-se que tal suporte nada mais é do que um conjunto de ações que resgatem a identidade profissional e social dos trabalhadores.

Quanto a evolução dos quadros clínicos, é importante atentar-se para os casos de afastamento do trabalho com retorno a mesma situação de trabalho ou para os casos de mudanças de função, sem haver uma adequada política de readaptação, pois pode acabar gerando agravamento na sintomatologia. Sendo assim, é preciso tomar cuidado com o retorno ao trabalho após afastamentos por distúrbios psíquicos, pois é preciso, que existam ações integradas e acompanhamento interdisciplinar, abrangendo tratamentos de psicoterapia, grupoterapia ou grupos de auto-ajuda, bem como, acompanhamento da medicação e suporte por parte de chefias e colegas de trabalho.

Considerando as dificuldades de se estabelecer relação do trabalho com o diagnóstico dos distúrbios psíquicos, é de fundamental importância, capacitar profissionais dos serviços de saúde, para que haja vigilância epidemiológica, com notificação dos casos com suspeita de relação com o trabalho, e desenvolver ações interdisciplinares e interinstitucionais em saúde mental e trabalho, com programas de reabilitação de funcionários.

Diversos programas podem ser estruturados através de grupos terapêuticos ou os chamados grupos de auto-ajuda ou mútua-ajuda, inseridos dentro da própria instituição e que

apresente uma equipe interdisciplinar com psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas, enfermeiras, entre outros profissionais, para assim, atender a demanda de trabalhadores, numa dinâmica grupal, com intuito de prevenir o agravamento de seus problemas e de reabilitar estes funcionários ao trabalho.

2.3 Qualidade de Vida no Trabalho

A expressão qualidade de vida no trabalho pode ter várias interpretações, que representam uma variável que não afirma nem nega as condições em que vivem os trabalhadores. Segundo KANAANE (1995) apud CAMPOS (1999), p. 23:

A qualidade de vida refere-se à satisfação das necessidades do indivíduo, afetando atitudes pessoais e comportamentais, bem como a criatividade, a vontade de inovar ou aceitar mudanças, a capacidade de adaptar-se às mudanças no ambiente de trabalho e o grau de motivação interna para o trabalho.

Ainda, é importante salientar que a qualidade de vida está diretamente relacionada a organização do trabalho, voltada para aspectos de satisfação no cargo e valorização do trabalho.

O conjunto destes fatores são evidentemente importantes para o alcance da produtividade no trabalho.

Neste sentido, impulsionadas por vários fatores externos do seu ambiente, muitas empresas iniciam um processo de busca de novos paradigmas, de reavaliação de seus valores e métodos de gestão e trabalho.

Em virtude de nossa sociedade estar se transformando aceleradamente numa sociedade de organizações, todas as instituições, inclusive o mundo dos negócios, terão que se responsabilizar pela qualidade de vida humana e terão que fazer atendimento de valores sociais básicos, crenças e objetivos fundamentais, uma das principais metas de suas atividades normais, em vez de responsabilidade social que se restrinja ou que fique alheia às suas funções principais usuais. As instituições precisarão apreender a tornar a qualidade de

vida compatível com suas finalidades precípua [...]. (DRUCKER, 1975 apud CAMPOS, 1999, p. 20).

Diante do presente contexto, é importante pontuar, que quando se estuda o estresse no trabalho, necessita-se investigar também a qualidade de vida no trabalho e vice-versa, simplesmente por haver o entendimento de que estes fatores estão interligados. Com isso, o impacto do trabalho e do seu ambiente sobre o bem-estar do indivíduo tornou-se uma questão de crescente discussão e de pesquisa nas últimas décadas.

Conforme FERNANDES et al (1996) apud CAMPOS (1999), o movimento em busca da qualidade de vida no trabalho que remonta à década de 30, na Escola de Relações Humanas, originou-se para corrigir a forte tendência à desumanização do trabalho surgida com a aplicação de métodos rigorosos, científicos e precisos, aos quais os trabalhadores deveriam forçosamente se submeter e do desenvolvimento das ciências humanas. No entanto, o termo qualidade de vida no trabalho, como nova abordagem em administração apareceu na literatura somente no início da década de 50, na Inglaterra, com Eric Trist e colaboradores. O estudo central deste movimento era baseado no modelo macro, para agrupar a tríade: indivíduo, trabalho e organização. Nesta perspectiva, foi desenvolvida uma abordagem sócio-técnica, almejando compreender a organização do trabalho a partir da análise e reestruturação da tarefa.

A década de 60, foi marcada por iniciativas de cientistas, junto ao movimento de qualidade de vida no trabalho, na busca de formas mais humanizadas de realização das tarefas, baseada na saúde, segurança e a satisfação dos trabalhadores.

Na década de 70, em virtude, principalmente da alta inflação, da crise do petróleo, da recessão e da competição internacional de indústrias, houve uma estagnação no desenvolvimento da qualidade de vida no trabalho.

No entanto, na década de 80 houve grande emergência da idéia de maior participação do trabalhador nas decisões organizacionais.

Finalmente, nos anos 90, de acordo com FERNANDES (1996) e BÚRIGO (1997) apud CAMPOS (1999), a qualidade de vida no trabalho tornou-se foco de programas que estudam a saúde na organização.

O elemento central das pesquisas na área de 'Qualidade de Vida no Trabalho' advém da importância que o trabalho desempenha na vida das pessoas e da constatação de que a forma como o trabalho está estruturado e organizado apresenta um impacto direto sobre o trabalhador, podendo levá-lo à satisfação ou frustração com outros fatores da vida que estão relacionados com a qualidade de vida no trabalho (BÚRIGO, 1997 apud CAMPOS, 1999, p. 24-25).

Neste sentido, é válido ressaltar que a qualidade de vida no trabalho inclui a satisfação de necessidades individuais dos trabalhadores, como suas expectativas, valores, crenças, necessidades situacionais como tecnologia, fluxos de trabalho, sistemas de recompensas, condições do sistema econômico e político, e a satisfação das necessidades dos trabalhadores quanto ao seu desempenho e ao desenvolvimento organizacional. Assim, VIEIRA (1996) apud CAMPOS (1999), p.25 define qualidade de vida no trabalho como:

Melhorias nas condições de trabalho - com extensão e todas as funções de qualquer natureza e nível hierárquico, nas variáveis comportamentais, ambientais e organizacionais que venham juntamente com a política de Recursos Humanos condizente, a humanizar o emprego, de forma a obter-se um resultado satisfatório, tanto para o empregado como para a organização.

É certo que há muitas dificuldades para que aconteçam mudanças, melhorias, na organização do trabalho. A qualidade de vida no trabalho depende de uma série de fatores, como já citados acima. Dentre muitas estratégias para proporcionar qualidade de vida no trabalho, está a criação de programas inseridos nas organizações, com valores ambientais e humanísticos, que, por sua vez, normalmente são negligenciados em favor do avanço tecnológico.

Uma das maneiras encontradas pelo Serviço Social, da Prefeitura Municipal de Florianópolis – PMF, visando proporcionar melhor qualidade de vida no trabalho, foi a criação do Programa "Redução do Stress e Qualidade de Vida", que através de uma abordagem grupal busca atender servidores da rede municipal de ensino que estão readaptados ou em restrição de tarefas, por problemas de saúde mental, desde o estresse até a depressão e outras doenças. Nos momentos de funcionamento do grupo que os servidores readaptados desligam-se de seu local de trabalho e passam a trabalhar a si mesmo no grupo, e, os servidores em restrição de tarefas, que estão infiltrados em seus lares, permanecendo sozinhos com suas doenças, vão para o grupo compartilhar seus problemas, como forma de recuperação em grupo.

Este Programa, é sim, uma maneira de proporcionar qualidade de vida no trabalho, mesmo que, de forma pouco abrangente, pelo fato de ser apenas beneficiada uma pequena amostra de servidores da rede municipal de educação.

2.4 A Saúde Mental na Perspectiva de Algumas Categorias Profissionais

É certo que a saúde física e mental de profissionais de diferentes áreas está diretamente relacionada com seu ambiente de trabalho. Neste sentido, os aspectos fisiológicos, orgânico, emocional e de labuta estão correlacionados às condições física, higiênica, instrumentais e com o estresse de seu local de trabalho. É claro, sem esquecer, que juntamente ao local de trabalho, é preciso sempre articular a vida intrafamiliar e social como fatores indissociáveis para a saúde do profissional.

Entretanto, algumas categorias profissionais estão mais propensas ao desencadeamento de problemas de ordem mental, como o alto nível de estresse ou mesmo doenças, como a ansiedade generalizada, depressão, as doenças psicossomáticas, entre outras.

"As características da organização do trabalho influenciam no estresse psicológico e no estado de humor do profissional, podendo ter influência direta no seu desconforto e na dor músculo-esquelética das suas extremidades superiores". (SELYE, 1973 e SMITH, 1996 apud WAINSTEIN, 2000, p.28). Porém, alguns fatores, segundo SMITH (1997) apud WAINSTEIN (2000), são sempre estressores, independente das categorias profissionais dos atingidos.

Neste sentido, SMITH (1997) apud WAINSTEIN (2000), p. 28-29 pontua as demandas do trabalho que levam ao estresse:

- sobrecarga de trabalho
- pressão no trabalho e aumento do ritmo deste
- falta de controle sobre o processo de trabalho e/ou inabilidade de participar nas decisões
- alto nível de dificuldade da tarefa, associado a habilidades inadequadas
- monotonia, falta de variedade ou falta da prescrição clara da tarefa
- relações de supervisão fraca ou falta de suporte na supervisão
- problemas na tecnologia
- medo pela instabilidade no trabalho.

No que se refere aos que mais sofrem de estresse, as categorias profissionais que mais se enquadram são aquelas que recebem menores salários; as que têm menos habilidades e que vivenciam alterações da tecnologia com a qual não estavam acostumados a lidar; as que mantêm maior contato com problemas sociais; as que estão mais vulneráveis à situações de risco e violência; as que lidam com educação; as que trabalham diariamente com enfermos, entre muitas outras. Dentre os profissionais que se situam nestas condições de trabalho, pode-se destacar: telejornalista, policial, assistente social, professor, enfermeiro, entre outros.

Neste caso, é importante ressaltar, que há prevalência dos problemas de saúde mental nas áreas da saúde e educação, a qual será abordada mais profundamente, devido ao enfoque do trabalho.

2.5 O Trabalho e a Saúde Mental dos Professores Municipais

A escola apresenta-se como uma das mais importantes instituições sociais por fazer, assim, como outras, a mediação entre o indivíduo e a sociedade

Porém, a escola, tornou-se uma instituição fechada, destinada a proteger as crianças desta mesma sociedade. Ela reproduz os valores sociais, os modelos de comportamento, os ideais da sociedade, ensina o conteúdo do que está sendo aplicado na produção da riqueza e da sobrevivência do grupo social. (FONSECA, 2001, p. 72).

Contudo, ASSUNÇÃO (1996) apud FONSECA (2001), aponta que o magistério vem sofrendo continuamente e muito rápido processo de desvalorização quanto às condições objetivas de trabalho. No entanto, as pessoas permanecem nessa profissão, apesar da insatisfação.

Ainda, de acordo com a autora, existe a questão da vocação, que está associada a algo relacionado a dom, as qualidades especiais para a missão de ensinar, a doação, enfim, o magistério como sacerdócio.

Segundo FONSECA (2001), p. 68 "ser professor, pode também significar ser respeitado, e o respeito, por sua vez, está vinculado à importância que se atribui à alguém. Entretanto, os professores, em depoimentos, mostram a ausência desse respeito por parte dos alunos.

O que está levando a estes acontecimentos são mudanças de padrões, valores e comportamentos dos alunos, provocando, assim, muitas dificuldades entre os profissionais educadores, que por sua vez, não tem conseguido assimilar esta mudança brusca de atitudes dos alunos e conseqüentemente, continuando a utilizar as mesmas práticas profissionais, reproduzindo em suas posturas e palavras o que há décadas, seus mestres ensinaram. Alguns professores reconhecem a necessidade de inovação na prática cotidiana.

Os professores expressam, com descontentamento, as mudanças ocorridas e o quanto são desvalorizadas atualmente, dizendo se sentirem envergonhados de dizer que são professores, uma vez que existe um desprezo por parte das pessoas em relação a eles, como se estivessem mendigando, em virtude do salário que recebem. (FONSECA, 2001, p. 69).

Muitos professores admitem, que em alguns momentos, onde prevalecem situações ruins tais como: turma ruim, problema com alunos, conflitos na escola, pressão de chefia, o não reconhecimento dos pais pelo trabalho deles, eles pensam em desistir, mas a idéia não prevalece.

“O que mais fascina, encoraja, vem daqueles que, ambigualmente, ele ama e odeia: os alunos”. (FONSECA, 2001, p. 69).

No Brasil, a década de 80 foi marcada por lutas, greves e diversas manifestações na área da educação, que muito contribuíram para a emergência de uma consciência política em relação ao papel social do educador. Aconteceram muitas denúncias pelas condições precárias de trabalho e pelos míseros salários. No momento atual, esses movimentos não causam os mesmos abalos, nem a consciência política e sindical deu conta de resolver os problemas.

“As queixas dos professores, apesar de diversificadas e freqüentes, apresentam-se de forma paradoxal, encobertas pela ‘aceitação’ das condições de trabalho a que são submetidos.” (FONSECA, 2001, p. 69).

Conforme salienta VEIGA (1995) apud FONSECA (2001), a impotência perante os problemas educacionais tem se constituído no sentimento mais freqüente entre os educadores que estão corroídos pelo cansaço psicológico e por uma grande angústia, pois estão ansiando por possíveis modelos de um paradigma que melhor aplique o fazer da educação.

De modo geral, não só no Brasil mas na maioria dos países em desenvolvimento, encontramos uma situação discriminatória dentre algumas categorias de profissionais do cargo de professores, em termos de acesso a salário digno, formação profissional precária, falta de acesso a produção científica, tecnologia, etc. Por conseqüência, temos um quadro de

professores desmotivados e desatualizados em relação ao seu papel social, geralmente com dois ou mais empregos, sem oportunidade de participar de debates, de fazer leituras, assim sua atuação é extremamente dependente dos livros didáticos.

Os participantes do Programa "Redução do Stress e Qualidade de Vida" em sua maioria são professores do ensino fundamental, de 1ª a 4ª série e de 5ª a 8ª série, da rede municipal de ensino, da grande Florianópolis, sendo que, muitos deles, se enquadram nas situações apresentadas acima.

Pôde-se constatar, no decorrer das reuniões, que muitas professoras reclamavam dessas situações semelhantes em sua escola, como: sobrecarga de trabalho com tarefas fora do expediente e sem remuneração, sem condições para o lazer, desorganização administrativa, falta de recursos pedagógicos, conflitos no ambiente de trabalho interno, e, outro fator, que vem se agravando, é a pressão externa de pais e alunos. Estes fatores, aliado aos conflitos de ordem pessoal familiar, somam-se para o desencadeamento de um alto nível de estresse ou mesmo de um posterior quadro de transtorno depressivo.

De modo geral, os participantes, apresentando-se angustiados e frustrados, pelo fato de estarem "suportando" tais pressões do cotidiano, chegam ao ponto de não conseguirem mais manter um contato diário saudável, com as crianças e com a tarefa de modo geral, adoecendo mental e emocionalmente.

Outro fator importante, também presente, principalmente na categoria de servidores da rede municipal de educação, seria a falta de valorização da organização para com esta categoria.

Um dos fatores que demonstra esta desvalorização, é o exemplo de muitos professores, que devido a problemas de saúde, são readaptados, passando a executar uma nova tarefa diferente da sua, podendo assim, muitas vezes, sobrecarregá-los, e, ainda, em alguns casos, são consideradas tarefas "inferiores". Com isso, além de estarem em processo de recuperação, tem

que assimilar novos conteúdos e serviços para assumirem novas funções, o que, em muitos momentos, os remetem a sentimentos de angústia, decadência e incapacidade.

Em outra esfera, temos muitos professores que apresentam-se com problemas de saúde físicos como lombalgia, dores musculares, problemas no uso da voz, entre outras, e, que devido a isso, também se enquadram na situação de readaptação. O fato é que para muitos, a readaptação é um fardo e não uma forma de prevenir o não agravamento de seu estado de saúde, afinal, em muitos casos, seus problemas físicos tem ligação direta com os problemas de ordem emocional, com isso, configurando-se um aumento do alto nível de estresse, tensão nervosa, ansiedade generalizada e até depressão.

Todos estes fatores analisados, estão ligados a organização do trabalho e a vida social como um todo, que acabam desencadeando as chamadas doenças psicossomáticas, que no universo geral das enfermidades tem um certo desmerecimento e inclusive quanto a questão de suporte para tratamento. Nesta perspectiva, vem toda uma série de dificuldades que os remetem a segregação do convívio e do acesso aos serviços, quando não são estigmatizados por nomes pejorativos como “aproveitador”, “encostado”, etc.

Dessa forma, entendemos que a atenção adequada ao acometido de transtorno mental e comportamental em organizações, não se trata simplesmente de trocar a tarefa do servidor ou afastá-lo de seu trabalho, restringindo-o ao espaço doméstico, onde os problemas continuam e/ou agravam pela afloração dos sentimentos de inutilidade, em consequência da quebra da identidade do ser trabalhador, sem oferecer-lhe um tratamento adequado para que o mesmo tenha possibilidades de recuperação.

Este foi mais um motivo pertinente que levou à criação do Programa “Redução do Stress e Qualidade de Vida”, pois além da readaptação ou restrição de tarefas e das medicações que normalmente estes servidores doentes passam a administrar, eles têm a oportunidade de participar de um contínuo trabalho terapêutico, através do Programa.

2.6 As Políticas de Saúde Mental na Rede Pública

A Lei de Saúde Mental, nº 10.216, de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O Presidente Fernando Henrique Cardoso, de acordo com o Congresso Nacional decreta e sanciona

a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV- ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V- ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI- ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim

entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II- internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III- internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo

responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

(PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA – CASA CIVIL – LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001).

É importante ressaltar, que esta Lei entrou em vigor na data de sua publicação, em 6 de abril de 2001, sendo que é visível em nosso país que não há o cumprimento efetivo, destas leis, ou simplesmente não há o cumprimento.

Diante da Legislação vigente e o dilema de seu não cumprimento, pode-se elencar algumas dificuldades presentes nos órgãos públicos que contribuem para não efetivação desses direitos.

De acordo com a atual demanda e o que as políticas oferecem como oferta de Recursos Assistenciais, torna-se notória que a demanda é muito elevada, frente as possibilidades existentes hoje, de atendimento aos portadores de transtornos mentais e comportamentais.

Foi a essa situação, identificada hoje, que existe uma seleção excludente, que contribui para o agravamento deste quadro e conseqüente desdobramento de situações que se

multiplicam e que caracterizam a falta de atendimento dos usuários na rede pública e o aumento dos serviços na rede privada. Faltam leitos e serviços adequados na rede pública, inclusive pela não aplicação das políticas públicas já existentes, ou seja, o Estado não cumpre a determinação constitucional de que saúde é um direito de todos, e, nesse caso, são prejudicados os profissionais que tem que assumir uma grande demanda, prejudicando a qualidade no atendimento e a população como um todo, que sofre a ausência desse serviço na espera pública.

Como a demanda que procura atendimento na rede pública é muito elevada, freqüentemente ultrapassando a possibilidade de atendimento, a solução encontrada por muitas instituições é de não escutar o indivíduo, tão logo o que ele busca é ajuda.

De acordo com GOIDANICH (2001), p. 30, “o que parece ser necessário é criar, a partir da particularidade de cada serviço, alguma solução possível que mesmo longe de um ideal possibilite o andamento do trabalho”.

Neste sentido, o que acontece é a ineficiência da máquina estatal, que não dá subsídios suficientes para que o trabalho seja adequado, ou seja, existem poucos profissionais contratados para atender uma grande demanda e além do mais, existe a grande questão do baixo salário, que não garante motivação suficiente para o trabalho do funcionário público.

Transportando este contexto para o Serviço Público Municipal de Florianópolis, onde se processou nossa intervenção no Programa, como estagiária de Serviço Social, temos algumas caracterizações que vão possibilitar a identificação do atendimento às demandas dos servidores portadores de transtornos mentais e comportamentais.

Não se tem um registro mais sistematizado ou uma pesquisa sobre a situação de saúde dos servidores nessa situação. O que tem revelado a existência dessa grande demanda, é a procura pelos servidores em situações particularizadas aos setores de Recursos Humanos, ao

Serviço Social e ao Serviço Pericial, para justificar o afastamento do trabalho, na forma de licenças.

Este quadro, que vem sendo denunciado por esse serviços, explicita a existência de uma demanda que é real e que vem sendo assumida através de uma intervenção mais pontual por parte dos setores de Recursos Humanos, Órgão Pericial e Sindicato dos Servidores, para refluir e minimizar esta situação.

No que se refere aos serviços oferecidos pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, existe dentro do setor de Recursos Humanos, uma Coordenadoria de Serviço Social e uma Divisão de Perícia Médica de Saúde Ocupacional, que tem individualmente desenvolvido ações de orientação, encaminhamento e assistência aos serviços existentes na Rede Básica de Atenção à Saúde, seja de internação e/ou acompanhamento médico e psicológico.

Vale ressaltar, que caracterizamos na Rede Pública, a predominância de serviços mais emergenciais, em detrimento de um acompanhamento sistemático, fundamental para qualidade de vida e resultados mais positivos, para os quadros de transtornos mentais e comportamentais.

Atualmente, existem na Rede Pública, dois hospitais psiquiátricos que são credenciados pelo SUS. Estes, realizam tratamento e internação de servidores que estão em situações de crise ou surto, sendo concedida alta hospitalar após a crise. Além desses serviços, existe na Rede Básica de Saúde, a nível Estadual e Municipal, os Centros de Atenção Psiquiátrica, os chamados CAPS e NAPS. Estes serviços prestam assistência psicossocial, de caráter mais individualizado, onde se tem um tratamento mais prolongado. No entanto, vale destacar, que a alta demanda frente a estes dois serviços, também acabam por fazer a exclusão dos atendimentos, mesmo diante dos recursos técnicos e operacionais que dispõe.

Essa análise nos permite inserir a intervenção do Serviço Social frente a essa demanda e passa a justificar a implantação do Programa "Redução do Stress e Qualidade de Vida", que

surgiu como alternativa para auxiliar no tratamento ao portador de problemas de saúde mental, desde alto nível de estresse até a depressão, que já estão em recuperação. Infelizmente, devido a fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, entre outros, o trabalho a princípio, é dirigido a um público restrito: somente ao servidor lotado na Secretaria de Educação do Município.

2.7 A Atuação Psicossocial do Serviço Social frente a Demanda

A reabilitação psicossocial é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes em virtude de transtorno mental a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais (OMS 1995). A reabilitação psicossocial é um processo abrangente, e não simplesmente uma técnica. (RELATÓRIO SOBRE SAÚDE NO MUNDO, 2001, p. 94).

As estratégias de reabilitação psicossocial variam segundo as necessidades do usuário, o contexto no qual é promovida a reabilitação (hospital ou comunidade) e as condições culturais e sócio-econômicas do município, estado ou país. Os principais objetivos são a emancipação do usuário, a redução da discriminação e estigmatização, o melhoramento da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração. Portanto, a reabilitação psicossocial é um dos componentes de atenção em saúde mental abrangente com base na comunidade.

A intervenção profissional do setor de Serviço Social, da Secretaria Municipal de Administração está voltada ao atendimento do servidor municipal e desenvolve ações ligadas à saúde e outros fenômenos existentes na relação de trabalho. Para executar suas atividades, trabalha em conjunto com outros setores da Prefeitura, que prestam assistência à saúde, como a Divisão de Perícia Médica e Saúde Ocupacional, a Secretaria Municipal de Saúde e Divisão de Assistência Social do Município e os setores de apoio e Recursos Humanos da Prefeitura.

Neste sentido, o Serviço Social realiza atendimento individual aos servidores com questões de saúde, que demandam orientação, assistência e encaminhamento, e, vem operacionalizando suas atividades nesta perspectiva, sejam àqueles que procuram este serviço ou encaminhados pelos setores acima mencionados, que contribuem para nossa ação profissional.

O profissional que ali trabalha também está sujeito às regras e combinações estabelecidas na instituição, e, por mais que possa ter liberdade para conduzir cada caso, tem de adaptar-se a certos padrões institucionais. Esta é uma das questões que dificulta o trabalho dos profissionais na rede pública, pelo fato de diversas vezes, muitos profissionais serem impedidos de executarem certas ações que beneficiariam o usuário, devido à diversos dilemas institucionais inseridos na máquina estatal.

Diante destes e muitos outros fatores como a falta de profissionais para atender a grande demanda, é que acontece a desqualificação nos atendimentos, assim ocorrendo o comprometimento na qualidade dos serviços públicos.

A pressão para o aumento do trabalho em grupos dificulta, muitas vezes a possibilidade dos sujeitos serem escutados em suas particularidades e talvez reedite uma história de massificação, onde a singularidade não tem valor nem lugar. Por outro lado, para certos sujeitos o trabalho em grupos terapêuticos é possibilitador e de grande validade, o que aponta mais uma vez para a importância de respeitar-se sempre as diferenças de cada caso e não deixar-se levar por regras prévias e rigidamente estabelecidas. (GOIDANICH, 2001, p.30).

É importante deixar claro que a desestruturação da máquina estatal e a ineficiência das empresas públicas não criam problemas só para o usuário dos serviços, mas também comprometem a saúde mental dos próprios funcionários que ali trabalham.

De acordo com COSTA (1997), existe uma grande demanda de funcionários públicos que apresentam apatia, irritação, deficiências sociais e dificuldades de diferenciar conotação de culpa, de vergonha, de degradação. Esta gama de sentimentos normalmente ocorre, pelo fato de que muitos profissionais se deparam freqüentemente com todas as questões que já

tornaram-se permanentes dos órgãos públicos, como a insuficiência de aparatos que viabilizem atendimentos adequados. Contudo, estes profissionais, sozinhos, não possuem forças suficientes para mudar uma situação, então acabam, muitas vezes, sendo levados a reproduzir um serviço mal qualificado, afinal, muitos serviços prestados pelas instituições, dependem de uma rede de outros serviços, que estão diretamente articulados para que o atendimento seja efetivo, como por exemplo, quando as redes de atenção psicossocial “deixam a desejar”, conseqüentemente o serviço prestado pelo profissional também deixará. Neste sentido, o profissional sentindo-se impotente diante de certas situações de trabalho, acaba incorporando essas desvalorizações, representando a si mesmo e ao trabalho de forma inexpressiva e desqualificada.

Desta relação apresentada, pode-se afirmar que se o trabalho é essencial para o indivíduo estruturar sua identidade, como acreditam os psicólogos, esta identidade fica prejudicada, no momento em que muitos destes funcionários não conseguem exercer o seu trabalho como realmente gostariam, com isso, sentindo-se angustiados e impotentes diante do mesmo. Ao esforçar-se e não conseguir o pretendido, as forças sociais e/ou institucionais se apresentam ao indivíduo com forças terríveis, estranhas e hostis, que estariam impedindo o desenvolvimento daquilo que se constituiria o seu ser mais autêntico, ou seja, o processo de socializar-se junto a instituição onde trabalha, aparece ao indivíduo como sendo algo que lhe obriga a abrir mão de suas íntimas aspirações, daquilo que seria sua individualidade e que a instituição o impede de desenvolver.

Diante do exposto acima, vários problemas podem emergir, como o alto nível de estresse, desajustamentos e sentimentos de culpa, angústia, ansiedade, depressão, entre outros, justamente, pelo fato do trabalhador não conseguir se inserir num contexto que lhe traga realizações e satisfações materiais e pessoais.

Cada indivíduo busca, normalmente, por meio de seu trabalho, uma oportunidade de realizar as suas potencialidades, e com isso, criando uma indispensável ligação com a comunidade em que vive. O trabalho só pode ser considerado como uma necessidade própria ao homem e é por meio dele que se consegue reconhecer o próprio valor e, conseqüentemente, equilibrar expectativas e sentimentos de auto-estima.

O profissional de Serviço Social da PMF, certamente também sofre diariamente estes tipos de conflitos internos com a instituição a que presta serviço. O mesmo, deparando-se com situações em que, muitas vezes, não pode resolver ou não depende somente dele para haja resolução, acaba, em algumas situações, reproduzindo o discurso do “não posso fazer nada”. Neste sentido, como já apresentado acima, o profissional sente-se impotente diante de certas situações, que acumulam-se e geram angústias, emergindo em forma de doenças.

Este profissional, destacando o assistente social, não estando saudável, torna-se uma ameaça em seu local de trabalho, no sentido de que se o mesmo precisa passar ao usuário que o procura: confiabilidade, segurança, interesse, esperança, etc, e este profissional que presta serviços, não estando saudável, conseqüentemente não conseguirá trabalhar de forma adequada com os atributos acima mencionados, pelo fato de necessitar estar bem de saúde, para trabalhar com pessoas que buscam a saúde.

Diante de todo o contexto apresentado, é importante relatar que o trabalho do assistente social da PMF se processa, quando é solicitado atendimento para o funcionário que procura seus serviços. Entretanto, é exatamente neste momento, que o profissional se depara com uma série de dificuldades nas redes prestadoras de serviços, como a carência de inovação e manutenção destas redes, bem como, a falta de vagas, devido a grande demanda e a falta de suporte para cobrir maior número de pessoas. Ocorre também, a questão de que muitos destes servidores, terão que pagar por estes serviços desqualificados, o que significa um peso a mais, para o funcionário, que se apresenta com uma situação financeira indigna (que é a maioria dos

casos), sendo que a própria organização onde ele trabalha, não oferece estes tipos de serviços aos seus funcionários.

Um exemplo, que pode ser citado aqui, seria o caso do servidor dependente químico, que procura o Serviço Social, afim de recuperação, através da internação. Porém, muitas vezes, o assistente social, ao solicitar serviços da rede articulada, depara-se com a falta de estrutura destes serviços, conseqüentemente, não proporcionando um atendimento de qualidade ao servidor.

Outro exemplo da PMF, que cabe ressaltar aqui, é o caso de muitos servidores, que estão em licença por motivos de saúde, destacando os casos de alto nível de estresse ou mesmo depressão, ansiedade, etc, que procuram o Serviço Social buscando algum tipo de tratamento, não encontrando um tratamento permanente e intensivo, são encaminhados pela perícia médica, para Programa com trabalho terapêutico de acompanhamento, que recentemente foi criado, para suprir esta carência.

Neste sentido, devido a essa falta de suporte, para o atendimento aos servidores da Secretaria Municipal de Educação, com problemas de saúde mental, que criou-se uma estratégia de atendimento, através do Programa "Redução do Stress e Qualidade de Vida".

3 – O PROGRAMA REDUÇÃO DO STRESS E QUALIDADE DE VIDA

3.1 Justificativa do Programa

O Serviço Social, da Secretaria Municipal da Administração, da PMF, a partir de suas ações, no tocante a saúde do servidor, passou a observar, em janeiro do ano de 2000, uma demanda muito grande de servidores da Secretaria Municipal de Educação, que procuravam o Serviço Social, encontravam-se em licença para tratamento de saúde. Esta observação durou três meses, até surgirem algumas queixas por parte das Diretoras das Escolas, contra professores, auxiliares de sala e merendeiras, que estavam apresentando problemas de absenteísmo, bem como, conflitos com colegas de trabalho e chefias, causando dificuldades na Escola.

Durante o 2º semestre de 2000, a assistente social resolveu fazer um levantamento, afim de obter maiores informações sobre estes servidores. Descobriu, que eram pessoas que estavam readaptadas ou em restrição de tarefas. Além disso, também soube, que estas pessoas apresentavam vários problemas de saúde, como alto nível de estresse, tensões, dores musculares, lombalgia, ansiedade generalizada, depressão e até câncer.

Neste sentido, a assistente social, mediante inúmeras informações, obteve conhecimento de que a demanda maior que apresentava problemas de saúde partia destes profissionais da área escolar e que poderia se fazer um projeto que visasse o atendimento deste público alvo. Assim, a clientela escolhida à participar do proposto Programa que iria se formar, foram servidores municipais, da Secretaria de Educação, necessariamente na condição de readaptados ou em restrição de tarefas. Com isso, os participantes do grupo, passaram a ser escolhidos a partir de relatórios (fornecidos pela Secretaria Municipal de

Finanças), sobre a situação dos servidores da Secretaria Municipal de Educação, que estão readaptados ou em restrição de tarefas.

A partir da identificação da clientela com maior índice de problemas de saúde mental, o Serviço Social definiu uma estratégia de intervenção que contribuisse no tratamento destes servidores, através da elaboração de um Projeto que visasse ações voltadas para melhoria da qualidade de vida destas pessoas, do seu desempenho no trabalho e redução do número de licenças de saúde.

Com todos os dados necessários em mãos, a assistente social procurou a Secretaria Municipal de Educação e ouviu do Departamento de Administração Escolar que o trabalho nas unidades escolares estava ficando inviável, por causa do grande número de licenças, e, que também havia uma preocupação por parte da Secretária com estes servidores doentes, por isso, seria importante a inserção deste tipo de Programa. Neste caso, o trabalho proposto inicialmente como idéia, foi se consolidando na medida em que houve interesse no desenvolvimento dessa idéia por parte da Secretaria Municipal de Educação. Assim, com os dados levantados sobre afastamentos, destes servidores, da rede municipal de educação, partiu-se para elaboração de um projeto de intervenção.

A assistente social realizou um estudo preliminar, com diversas bibliografias a respeito da saúde ocupacional, estresse, qualidade de vida no trabalho e grupos. Os autores mais utilizados, como referencial teórico, foram principalmente Pichón Rivière, Luiz Carlos Osório e David E. Zimmerman. Ainda, a assistente social iniciou um curso de terapia familiar, com Luiz Carlos Osório que lhe motivou a iniciar esta atividade, utilizando a abordagem grupal, subsidiada por uma equipe interdisciplinar, seguindo a linha de trabalho da abordagem sistêmica. Neste sentido o Programa “Redução do Stress e Qualidade de Vida” ficou caracterizado como um Grupo Operativo-Terapêutico.

Inicialmente, nos anos de 2000 e 2001, a equipe interdisciplinar era composta por 01 assistente social (coordenador), 01 psicólogo e 01 naturóloga. No ano de 2002, a equipe interdisciplinar aumentou, sendo composta por 01 assistente social (coordenador), 01 psicólogo, 01 terapeuta naturóloga e 01 enfermeira (terapeuta alternativa), com mais 02 auxiliares. É importante enfatizar que a cada ano existem mudanças no quadro dos profissionais, de acordo com as necessidades dos grupos.

Entre a equipe, são realizadas continuamente, reuniões, avaliações, acompanhamento dos participantes do grupo, etc. Sempre, baseados em estudos, leituras de bibliografias, assim como embasamento teórico, na escolha de autores que se adequem a linha de trabalho da equipe no grupo.

O Programa teve boa aceitação, por parte da chefia e equipe da Secretaria Municipal de Educação, sendo que foi aceito e colocado em prática em outubro de 2000.

É importante destacar, no caso do programa realizado no ano de 2002, que a listagem de servidores readaptados ou restrição de tarefas, contava 136 servidores, dos quais foram selecionados apenas 25 para participarem do grupo, sendo que 03 recusaram o convite e 03 desistiram no decorrer do curso, restando ao final, apenas 19 integrantes. Ainda, é válido ressaltar que 01 servidora, que já havia participado do grupo no ano de 2001, retornou em 2002, pois houve necessidade, visto que seu processo é mais lento e longo.

O Programa já existe há 3 anos e a cada ano, existe a preocupação do Serviço Social em estar aprimorando suas atividades e aumentando a sua equipe interdisciplinar, em virtude da riqueza em diversas visões a respeito de como trabalhar com a saúde do ser humano.

O Programa foi iniciado apenas com 10 horas mensais. Em 2001, aumentou para 30 horas mensais e em 2002, pela grande demanda de pessoas e pelo sucesso do Programa, o mesmo passou a ter 40 horas mensais, com duração de 06 de agosto a 10 de dezembro.

3.2 Objetivo do Programa

O referido Programa visa proporcionar aos servidores as Unidades Escolares, ferramentas que viabilizem uma adequada administração do estresse pessoal, social e ocupacional, visando a melhoria da qualidade de vida e melhor produtividade.

3.3 Metodologia do Programa

O Programa é dividido em módulos. No ano de 2002, estava dividido em 03 módulos, sendo que cada módulo apresentava programações diferenciadas. Cada módulo sucessivamente segue uma etapa diferente de terapia, como se fossem “degraus” no qual as pessoas irão avançando. O módulo 1, compreende os meses de agosto e setembro, o módulo 2, os meses de outubro e metade de novembro e o módulo 3 a metade de novembro e o início do mês de dezembro. Os encontros do grupo são semanais, duas vezes na semana, com duração de 4 horas cada encontro. O local onde acontecem os encontros não são fixos, por falta de espaço próprio para o Curso. A cada semana, a assistente social e a estagiária precisam agendar a reserva de local, nas dependências da PMF, para que aconteçam os encontros.

Os encontros são sempre distintos uns dos outros. São divididos em dois momentos. O primeiro momento geralmente é atribuído ao trabalho científico do psicólogo, que compreende métodos de apreensão de conhecimentos diversos, como exposição de conceitos, compartilhamento de idéias, apresentação de vídeos, dinâmicas de grupo, técnicas de psicodrama, aulas vivenciais e avaliação dos resultados (feedback com o grupo). No caso no ano de 2002, onde haviam duas terapeutas no Programa, o segundo momento foi dividido a cada dia da semana, com dois tipos de trabalhos terapêuticos diferenciados, hora o trabalho

terapêutico da naturóloga, com técnicas de relaxamento, harmonização corpo-mente, meditação, técnicas de tai-chi, reflexologia, exposição de conceitos, entre muitos outros, hora o trabalho da terapeuta alternativa, com trabalhos de musicoterapia, cantoterapia, biodança, contar histórias, etc.

Além destes encontros, realizados semanalmente nas próprias dependências da Prefeitura, também são realizados passeios com o grupo, são os chamados “Passeios Holísticos”, pelo seu caráter terapêutico. São caminhadas, técnicas de relaxamento, harmonização pessoal e lanche comunitário, sempre visando a melhoria e o bem-estar dos participantes.

3.4 Instrumentais Técnicos-Operativos Utilizados pelo Serviço Social no Programa

O instrumentais técnicos-operativos utilizados na execução do Programa “Redução do Stress e Qualidade de Vida” são:

Entrevista – procedimento essencial, utilizado pelo assistente social, com as pessoas já selecionadas e convidadas a participarem do Programa. Através da entrevista, que se obtém informações mais detalhadas a respeito dessas pessoas, sendo algumas informações pertinentes são repassadas aos instrutores do Programa, afim de uma preparação prévia. As entrevistas são informais e, dependendo do caso, são realizadas geralmente na própria sala do Serviço Social, senão, pode ser feita em local mais reservado. Os questionamentos realizados pela assistente social são de ordem mais indagativa, como por exemplo o nome da escola e o horário que a pessoa trabalha, a causa que a pessoa está readaptada ou em restrição de tarefas, ou seja, qual a situação problema que ela apresenta e se a pessoa têm interesse em participar do Programa.

↳ **Observação Participante** – é um instrumento fundamental na prática do assistente social com o propósito de se atingir a finalidade do Programa, uma vez, que pode-se perceber através de observação, a integração do grupo, (sempre mantendo o “distanciamento” necessário para que haja um “estranhamento” por parte do profissional, assim estimulando a investigação), com isso resgatando os motivos centrais, que levam ao adoecimento do funcionário, podendo tratá-los com maior eficácia. Como também, perceber onde estão acertando ou errando no andamento do Programa, para que possam posteriormente aprimorá-lo.

Dinâmicas de Grupo – as técnicas de dinâmicas de grupo são pequenos instrumentos utilizados para dinamizar uma discussão, desenvolver a participação, transmitir informações, clarificar situações e obter feedbacks grupais. O uso dessas técnicas, pode mais rapidamente criar uma atmosfera grupal propícia a facilitar mudanças referentes ao comportamento grupal como cooperação, participação, decisão, etc. No referido Programa, foram aplicadas várias dinâmicas de grupo, tanto pelo psicólogo, terapeutas como pela assistente social e estagiária. Um fator importante a ser ressaltado, é que o profissional, ao aplicar a dinâmica de grupo, sempre deve estar atento as características daquele grupo em especial e ao momento do grupo, para que não haja um constrangimento no grupo e para que não surta os efeitos esperados, ou mesmo, causar efeitos contrários. Nesse caso, é preciso, em muitos momentos, abdicar da dinâmica previamente preparada ou modificá-la de acordo com o que o grupo está ansiando no momento.

↳ **Reuniões** – as reuniões acontecem, geralmente, duas vezes ao mês, para que sejam colocados entre a equipe, tudo que vêm ocorrendo no curso do Programa. São expostos, os erros e acertos e as possíveis alterações, de acordo com a visão da equipe. Todos os instrutores, coordenador e estagiário, reúnem-se para expor suas idéias, sugestões e opiniões.

↓ **Avaliações** – é o instrumento essencial para o bom andamento do Programa, na busca de uma ação cada vez mais eficaz. As avaliações são sistemáticas, ou seja, são avaliados os processos e resultados do Programa. Esta avaliação sistemática exige revisões semanais, na tentativa de obter informações dos resultados. As informações colhidas durante o processo de avaliação podem ser usados para novas estratégias e redirecionamentos, que serão úteis para o desenvolvimento do Programa.

O processo de avaliação pode ser dividido em resultado, impacto e processo. Os resultados estão sempre levando em consideração se o Programa teve os resultados esperados. O impacto será avaliado nos comportamentos e atitudes dos componentes do Programa. No processo, o importante é a avaliação dos aspectos qualitativos do Programa, ou seja, como o Programa funciona do ponto de vista dos participantes.

As avaliações mensais tem a finalidade de identificar no grupo os fatores que necessitam de mudanças e que têm a possibilidade de alteração, bem como, são discutidos os casos particulares de cada participante do grupo, os progressos e as recaídas de cada um. Neste sentido, cada membro da equipe expõe a sua observação particular para a equipe e assim passam a discutir sobre o caso, até chegarem a um consenso.

Além das avaliações mensais, é realizada ao término do Curso, uma avaliação geral, que tem o intuito de revisar todos os acontecimentos do curso e tudo que foi abordado: os fatos marcantes, os pontos positivos e negativos, quais participantes alcançaram melhora e quais não houve resultado, em quais participantes o processo de aprendizagem é mais logo e que provavelmente precisarão participar novamente do curso, quais melhoraram e no final tiveram recaída, e principalmente avaliar os fatores que terão que modificar no próximo ano e os que permanecerão, assim, discutindo novas propostas, afim de um aprimoramento cada vez maior do trabalho.

Vale citar também, que no processo de avaliação, são as reuniões periódicas, que oferecem oportunidade de levantar resultados tanto qualitativos quanto quantitativos.

Este, é um dos instrumentos de maior importância no Programa, afinal, é através das avaliações que pode-se expandir determinados objetivos, buscando resultados cada vez mais positivos.

3.5 Caracterização do Programa

O Programa “Redução do Stress e Qualidade de Vida” é caracterizado pelo trabalho de grupo, mais especificamente trata-se de um Grupo Operativo-Terapêutico.

O referido grupo é operacionalizado por uma equipe interdisciplinar, seguindo a linha teórica da abordagem sistêmica.

Visto a importância da abordagem grupal que qualifica o trabalho do referido Programa, abordaremos a seguir algumas considerações a respeito destes temas.

3.5.1 Conceituando Grupos

De acordo com ZIMERMAN e OSÓRIO (1997), o ser humano somente existe ou subsiste em função de seus inter-relacionamentos grupais. Desde o primeiro dia de sua vida, o indivíduo interage em diversos grupos, numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social.

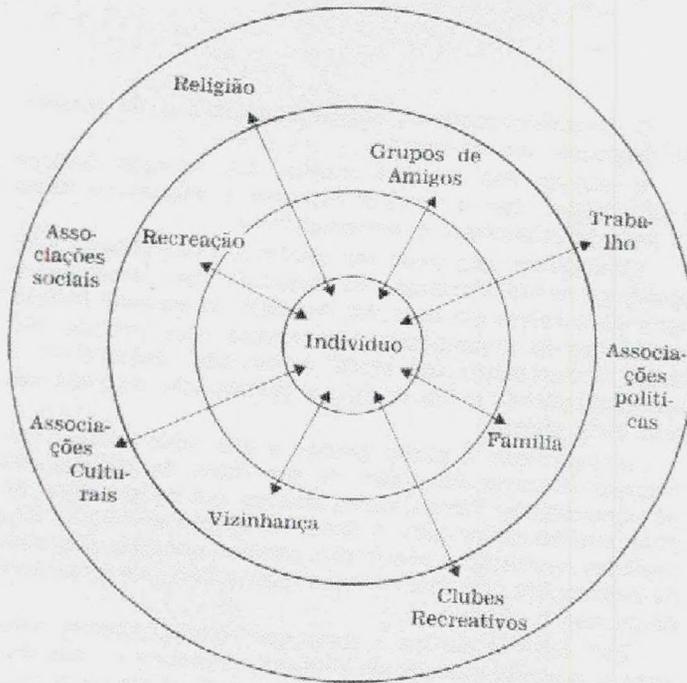
Ainda, ZIMERMAN e OSÓRIO (1997) afirmam que um conjunto de pessoas constitui um grupo, um conjunto de grupos constitui uma comunidade e um conjunto interativo das comunidades configura uma sociedade.

Todo indivíduo passa a maior do tempo de sua vida convivendo e interagindo com diferentes grupos. O primeiro grupo natural do indivíduo, em praticamente todas as culturas, é a família, passando por creches, escolas, grupos de formação espontânea e os costumeiros cursinhos paralelos. Neste sentido, desde criança, o ser humano estabelece diversificados vínculos. Na vida adulta, os vínculos se ampliam, com a constituição de novas famílias e de grupos associativos, profissionais, esportivos, sociais, etc.

A essência de todo e qualquer indivíduo consiste no fato dele ser portador de uma conjunto de sistemas: desejos, identificações, valores, capacidades, mecanismos defensivos e, sobretudo, necessidades básicas, como a da dependência e a de ser reconhecido pelos outros, com os quais ele é compelido a conviver. Assim, como o mundo interior e o exterior são a continuidade de um do outro, da mesma forma, o individual e o social não existem separadamente, pelo contrário, eles se diluem, interpenetram, complementam e confundem entre si. (ZIMERMAN e OSÓRIO, 1997, p. 27).

Baseado nessas premissas, pode-se afirmar, que todo indivíduo é um grupo, da mesma forma que, todo grupo pode comportar-se como uma individualidade.

Figura 1.5 O indivíduo como um membro de diversos grupos



É muito vaga e imprecisa a definição do termo grupo, assim, ele pode designar dispersas conceituações.

Portanto, existem diversos tipos de grupos. Segundo ZIMERMAN e OSÓRIO (1997), a primeira subdivisão que diferencia os grupos são os grandes grupos e os pequenos grupos.

Em relação aos microgrupos existe a distinção entre o grupo propriamente dito e o agrupamento. ZIMERMAN e OSÓRIO (1997) ressaltam que o agrupamento é apenas um conjunto de pessoas que convive compartilhando de um mesmo espaço e que guardam entre si uma potencialidade, em virem a se construir como um grupo propriamente dito. Um exemplo de agrupamento, citado pelos autores, é o caso de uma fila à espera de um ônibus: essas pessoas, têm um mesmo interesse, apesar de não estar havendo o menor vínculo emocional entre elas. Porém, um determinado incidente pode modificar toda a configuração grupal. Outro exemplo, seria uma série de pessoas que encaminham-se à um congresso: elas estão próximas, mas não se conhecem e não estão interagindo, por isso, elas não formam mais do que um agrupamento.

Mais adiante, estas pessoas podem participar de uma mesma sala de discussão e assim se constituírem como um grupo de trabalho. Neste sentido, segundo ZIMERMAN e OSÓRIO (1997), p. 28 , "pode-se dizer que a passagem da condição de um agrupamento para a de um grupo consiste na transformação de 'interesses comuns' para a de 'interesses em comum'."

É importante ressaltar, que um grupo propriamente dito, quer seja de natureza operativa ou terapêutica engloba as seguintes características:

- Um grupo não é um mero somatório de indivíduos, constitui-se uma nova entidade com leis e mecanismos próprios.
- Todos os integrantes do grupo estão reunidos em torno de uma tarefa e objetivos comuns.
- O grupo não deve exceder o limite de tamanho, pois pode por em risco a preservação da comunicação visual, auditiva e conceitual.
- Deve haver a instituição de um enquadre e o cumprimento das combinações nele feitas. O enquadre é a soma de todas os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o funcionamento grupal. Ele resulta de uma combinação de regras, atitudes e combinações, como o local das reuniões, os horários, a periodicidade, plano de férias, o número médio de participantes, etc.
- O grupo é uma unidade que se comporta como uma totalidade, e vice-versa, de modo que ele está a serviço de seus membros e há também a recíproca deste.
- No grupo, devem ser preservadas, separadamente as identidades específicas de cada um dos componentes do grupo.
- Existem duas forças contraditórias no grupo: uma de coesão e outra de desintegração.

- A dinâmica grupal se processa no plano da intencionalidade consciente (grupo de trabalho), e o outro é o da interferência de fatores inconscientes (grupos de supostos básicos). Na prática geralmente há uma superposição entre eles.
- É inerente, para a conceituação de grupo, existir entre os seus membros alguma forma de interação afetiva.
- Sempre haverá nos grupos uma distribuição de posições e de papéis distintos.
- Na formação de um campo grupal dinâmico é inevitável que gravitem as fantasias, as ansiedades, mecanismos defensivos, funções, fenômenos resistenciais e transferenciais, etc, além de outros fenômenos específicos de cada grupo.

Diante do exposto acima, é válido salientar, a definição de grupo, segundo PICHÓN RIVIÈRE apud OSÓRIO (1989), p.127 :

Um grupo é um conjunto restrito de pessoas que, ligadas por constantes de tempo e espaço, e articulados por sua mútua representação interna, se propõe de forma explícita ou implícita à realização de uma tarefa que constitui sua finalidade, interagindo para isso através de complexos mecanismos de adjudicação e ascensão de papéis.

LEWIN (1951) apud RODRIGUES, (1970) afirma que o grupo é concebido como uma realidade sui generis, irreduzível aos indivíduos que o compõem e também aos seus objetivos. O grupo, segundo o autor é um sistema de interdependência entre os membros do grupo e entre os elementos do campo grupal, como os papéis, normas, percepções, etc.

Ainda, é importante ressaltar, a idéia de grupo apresentada por RODRIGUES (1970), p.36:

O grupo é um todo cujas propriedades são diferentes da soma das partes que o compõem; o grupo e o seu meio constituem um campo social dinâmico cujos principais elementos são os sub-grupos, os membros, os canais de comunicação, as barreiras. Quando se modifica um elemento importante do campo, a estrutura do conjunto pode se modificar.

Finalmente, não deixaríamos de destacar, através da noção de vínculo, apresentada por Pichón Rivière, o qual diz que o sujeito é um ser de necessidade, que somente se satisfaz

socialmente, através das relações que o determinam. Neste sentido, o fundamento motivacional do vínculo são as necessidades, e, sobre a base destas, se estabelecem as relações intersubjetivas.

Conforme aponta PICHÓN-RIVIÈRE (1977) apud OSÓRIO (1989), p. 132:

O grupo interno se constitui sobre a base de vínculos internalizados, começando pelo grupo familiar, e continuando pelos subseqüentes grupos com os quais o sujeito se relaciona: este grupo interno serve-lhe como modelo de aproximação em cada nova experiência.

Segundo a representação do mesmo autor, os critérios existentes entre saúde e doença, estão em termos da adaptação ativa ou passiva à realidade. Portanto, o sujeito sadio é aquele que pode apreender a realidade, modificando-a e modificando-se a si mesmo, assim, mantendo uma relação dialética com o meio e não uma relação passiva e estereotipada. Isto implica uma leitura da realidade com capacidade de avaliação e propostas de mudança.

3.5.2 Considerações sobre o Campo Grupal

O campo grupal dinâmico comporta-se como uma estrutura que vai além da soma de seus componentes, mas sim, da combinação entre eles.

Esse campo é composto por múltiplos fenômenos e elementos do psiquismo e, como trata-se de uma estrutura, resulta que todos estes elementos, tanto os intra como os inter-subjetivos, estão articulados entre si, de tal modo que a alteração de cada um deles vai repercutir sobre os demais, em uma constante interação entre todos. Por outro lado, o campo grupal representa um enorme potencial energético, tudo dependendo do vetor resultante do embate entre as forças coesivas e as disruptivas". (ZIMERMAN e OSÓRIO, 1997, p. 29).

Vale destacar, alguns aspectos que estão ativamente presentes no campo grupal, os quais são:

- Uma oscilação permanente entre o grupo de trabalho e o de supostos básicos.

- Uma presença permanente oculta de necessidades, desejos, demandas, inveja, ideais, etc.
- Circulam também no grupo, as ansiedades, que podem ser de natureza depressiva, perda de amor, castração, etc. Estas, resultam tanto de conflitos internos como de frustrações impostas pela realidade externa.
- Na tentativa de bloquear essas ansiedades, cada componente do grupo e esse como um todo, mobilizam mecanismos de defesa, os quais, podem ser a negação, projeção, idealização, defesas maníacas, entre outras, como também as defesas mais elaboradas como a repressão, isolamento, deslocamento, etc.
- Na dinâmica do campo grupal, a comunicação, tanto as verbais como as não verbais, representam um aspecto de especial importância.
- O desempenho de papéis, em especial, os que adquirem uma característica de repetição estereotipada, como por exemplo, o do bode expiatório, também são elementos importantes no campo grupal.
- Os vínculos no campo grupal manifestam-se e articulam entre si, seja no plano intrapessoal, no interpessoal ou até no transpessoal.
- Costuma aparecer também no campo grupal, um fenômeno típico, chamado de ressonância, que, como o próprio nome sugere, consiste na comunicação trazida por um membro do grupo, que vai ressonar em um outro, o qual, por sua vez, vai transmitir um significado afetivo equivalente, ainda que venha embutido de forma bem diferente.
- O campo grupal funciona como uma galeria de espelhos, onde cada componente do grupo pode refletir e ser refletido nos outros e pelos outros.
- Um grupo coeso e bem constituído, deve ser um continente das angústias e necessidades de cada um e de todos.

- Além dos fatos, das fantasias e dos conflitos, podem ser percebidos sensorial e racionalmente no campo grupal, muitos aspectos que permanecem ocultos, enigmáticos e secretos.
- Existe no campo grupal, o estabelecimento de conflitos entre o ego individual de cada participante e o ideal de ego coletivo, ou seja, o discurso do “Outro” (dos pais e a cultura), que determina o sentido e gera a estrutura da mente.

Todos os elementos teóricos do campo grupal somente terão validade se encontrarem um eco de reciprocidade no exercício da técnica e prática grupal. Assim, a técnica também não pode prescindir a teoria, ambas interagem e evoluem de forma conjugada e paralela.

3.5.3 O Grupo Operativo-Terapêutico

De acordo com ZIMERMAN e OSÓRIO (1997), os grupos operativos-terapêuticos visam fundamentalmente a melhoria de alguma situação patológica dos indivíduos, quer seja no plano da saúde orgânica, no plano do psiquismo ou em ambos ao mesmo tempo.

A forma mais utilizada dos grupos operativos-terapêuticos é conhecida sob o nome de grupos de auto-ajuda, que consiste num grupo de formação espontânea entre pessoas, que se identificam por algumas características, e assim, unem-se, quando se dão conta, que têm condições de se ajudarem reciprocamente. Normalmente, estes grupos formam-se a partir do estímulo de algum profissional, que pode coordenar o grupo, até o momento que sinta necessidade de afastar-se e deixar o grupo caminhar sozinho.

Uma antiga problemática, que existe no campo grupal, é saber se um grupo operativo é também um grupo terapêutico e vice-versa. Segundo PICHÓN-RIVIÈRE apud OSÓRIO (1989), o grupo operativo é um instrumento de trabalho, mas além disso, cumpre uma função terapêutica, pelo fato de que uma tarefa realizada com eficiência tem qualidades curativas, se,

através dela, emergirem dificuldades de cada integrante, frente aos obstáculos. Neste sentido, o grupo operativo tende a romper com os estereótipos e possibilitar uma reaprendizagem.

Quando a técnica operativa é aplicada a um projeto terapêutico, no qual a tarefa é a cura, a função terapêutica do grupo é óbvia. Neste sentido, em um grupo terapêutico, a tarefa é a recuperação ou melhoria de seus componentes e o grupo está centrado nisso.

Enfim, pode-se afirmar, que os grupos operativos estão centrados numa tarefa, que, por vezes, são dirigidas ao plano do inconsciente, e, nos grupos operativos-terapêuticos a tarefa central do grupo é a recuperação de seus integrantes.

Os grupos operativos estão centrados principalmente em duas tarefas: uma tarefa externa, que é um trabalho produtivo, no qual a realização constitui a razão de ser do grupo (aprendizagem, reflexão, cura, tomada de decisões, etc), e uma tarefa interna, que consiste na totalidade das operações que devem realizar os membros do grupo, de maneira conjunta, para constituir, manter e desenvolver o grupo como equipe de trabalho.

A diferença entre tarefa interna e tarefa externa poderia ser, talvez esclarecida, se compararmos a tarefa interna com o metabolismo basal de nossos organismos, isto é, com esse trabalho que deve realizar nosso corpo unicamente pela razão de estar vivo, ainda se em complexo repouso, e a tarefa externa com o gasto de energia que deve realizar nosso organismo cada vez que entra em atividade. (PORTARRIEU e TUBERT-OKLANDER, 1989, p.136).

Neste sentido, é válido enfatizar, através desta comparação, que todo grupo, deve realizar um certo trabalho para cuidar de si mesmo se considerarmos a tarefa externa, combinada entre seus membros, pois, nos grupos operativos, a tarefa interna exige que os membros realizem uma permanente indagação das operações que se realizam no seio do grupo, em função da relação com a tarefa externa, vista como organizadora do processo grupal.

Em um grupo terapêutico clássico, existe o privilégio da tarefa ter um enfoque regressivo, ou seja, o reflexo de outra pertencente ao passado, ao mesmo tempo, que as situações grupais são analisadas como reflexo ou dramatização de acontecimentos exteriores.

Ao contrário do grupo operativo, no qual se privilegiam às interpretações que surgem no interior do grupo, para fora dele.

Na prática, o grupo operativo pode passar por momentos regressivos e progressivos, sendo que, a mesma dinâmica de grupo o vai levando a alternar-se entre ambas as polaridades.

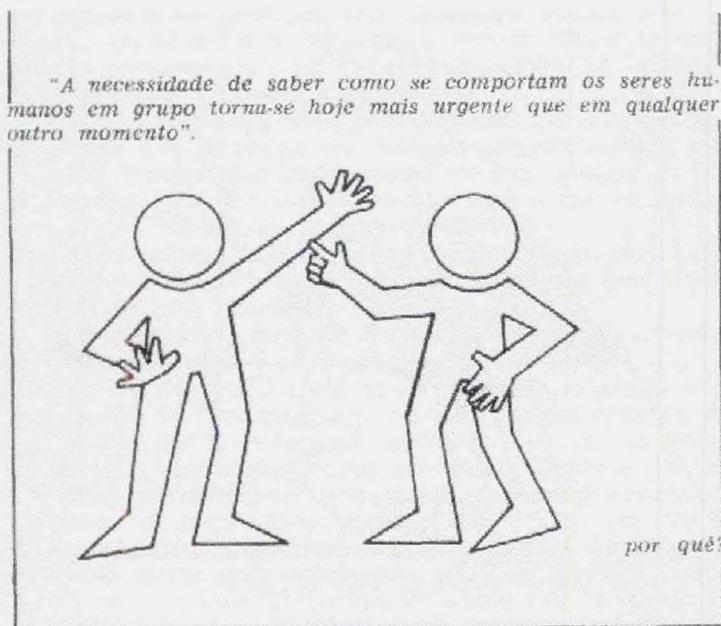
É válido destacar aqui, as contribuições de PICHÓN-RIVIÈRE apud OSÓRIO (1989) à psicoterapia de grupo. Segundo o autor, no campo da dinâmica de grupos, muitas experiências são vividas. Entre elas, pode-se citar: a resistência à mudança, os papéis e o porta-voz.

- Resistência a mudança: numa grupoterapia, o processo está voltado na recuperação ou melhoria de seus membros, e, conseqüentemente, todo processo de recuperação implica em mudança. Frente às situações de mudanças, surgem os medos: medo da perda e medo do ataque. O primeiro é o medo de perder o que já se tem e o segundo é o temor frente ao desconhecido. Esse medo podem causar ansiedade depressiva ou paranóica. Quando o grau da ansiedade é muito intenso, emerge a resistência à mudança.
- Os papéis: no avanço de um grupo terapêutico, os papéis mudam. Passam de fixos e estereotipados para funcionais, intercambiáveis e operativos. Cada integrante, adquire uma consciência de sua própria identidade e da identidade dos demais. Há uma assunção de papéis. A facilidade de mudança dos papéis, permite assumir outros papéis complementares e suplementares. Na medida em que um grupo operativo propõe a cura de seus integrantes, acontece a ruptura dos esteriótipos, e, assim, conseguem modificar seus vínculos internos e externos.
- O Porta-Voz: é aquele integrante que num determinado momento do grupo diz algo ou faz algo, que é o sinal de um processo grupal que estava latente. O porta-voz, geralmente, não tem consciência do significado grupal que possui, diante daquilo

que enuncia ou denuncia. Quer dizer, que ele diz algo dele mesmo e percebe que alguma coisa acontece no grupo e pode expressá-lo, porque muitas pessoas identificaram-se com a sua cena. Portanto, ele denuncia o acontecer do grupo, suas fantasias, ansiedades e necessidades. Ele não fala por si só, mas por todos. Neste caso, ao ser depositário de aspectos negativos do grupo, pode ser transformado em bode expiatório.

É importante enfatizar também, que existe nos grupos, a questão da liderança. De acordo com ANDALÓ (2001), no caso dos grupos espontâneos (que se formam sem uma iniciativa pré-estabelecida, que não tem uma tarefa definida), parece que se fazem líderes, aqueles indivíduos que num certo momento, mostram-se intérpretes dos desejos e intenções de todos, conseguindo ver os integrantes em suas particularidades e o movimento do próprio coletivo. Porém, esta liderança é temporária, pois facilmente se desmonta, diante da necessidade de um outro intérprete mais eficaz. Neste sentido, nestes grupos, não existem comandos ou dirigentes. Ao contrário dos grupos institucionalizados ou grupos com tarefas, como é o caso do Programa “Redução do Stress e Qualidade de Vida”, que se impõe a necessidade de uma organização, de um enquadre, para realizar a tarefa, assim, fazendo-se necessária a presença de uma liderança, para que, de um modo mais efetivo, seja capaz de organizar as ações em função da realização dos objetivos propostos.

Figura 1.6 A dinâmica grupal



PICHÓN-RIVIÈRE destaca outro aspecto da dinâmica grupal, escrito por BERSTEIN (1989), no qual afirma que nos grupos operativos-terapêuticos aparecem, muitas vezes, defesas no grupo, frente à ansiedade, que gera a possibilidade de mudança, significando o enfrentamento dessas ansiedades, que se manifestam sintomaticamente. Neste aspecto, aparecem em momentos do grupo, o que denomina-se de pré-tarefa, tarefa e projeto. A pré-tarefa é uma etapa que se caracteriza por diferentes formas de não entrar na tarefa, ou seja, dá-se uma desculpa para a tarefa prescrita, dá-se voltas ao redor do tema, sem entrar de cheio; divaga-se. Este fato acontece pois existe um mecanismo que oculta a dificuldade em tolerar a frustração de iniciar e terminar tarefas. O momento da tarefa consiste na tomada de consciência, através da elaboração dos medos básicos, das ansiedades, onde há a emergência de uma posição depressiva ao abordar o chamado objeto destruído, núcleo da depressão, que dificulta a aprendizagem, ou seja, a correta leitura da realidade, assim, havendo justamente, o rompimento e recriação deste objeto, que implica possibilidade de aprendizagem. Portanto, existem duas tarefas: uma explícita, no sentido de reelaboração da informação e outra

implícita, que é a elaboração das ansiedades e ruptura dos mecanismos que perturbam o processo de aprendizagem. Ao elaborar uma estratégia operativa, o grupo orienta a ação e aparece o projeto emergindo da tarefa, o que permite um planejamento para o futuro, ou seja, o grupo se propõe objetivos, que vão além do aqui e agora. Porém, é importante esclarecer que esse projeto indica a superação no aqui e agora, justamente no momento em que o grupo se der conta de que terminou a tarefa e que se aproxima da finalização e da separação.

Um fator pertinente, também presente nos grupos terapêuticos, que é válido destacar aqui, é que, nestes grupos, pode haver a manifestação de muitos fenômenos somáticos, pois, a linguagem corporal atua como um modelo de comunicação, onde operam mecanismos inconscientes de caráter regressivo. Muitas vezes, tais fenômenos passam despercebidos, como doenças comuns e não, como tensões vividas no grupo em certos momentos. No decorrer das próprias sessões surgem somatizações habituais como crise de tosse, cefaléia, entre outras, e, que, no decorrer do processo grupal podem evoluir para aftas, sintomas alérgicos, crises de herpes, episódios dolorosos, etc. Isto acontece, em pacientes que têm ou não o hábito de somatizar. Desta maneira, expressam-se ansiedades particulares, mudanças, situações de perda, luto, microdepressões, vivências transferenciais em relação ao terapeuta ou qualquer outro participante do grupo. Em muitos casos, estas situações tem caráter repetitivo, como é o caso de uma participante do grupo "Redução do Stress e Qualidade de Vida", que todas as vezes que tinha que falar sobre seus filhos, que haviam saído de casa e que ela sentia muita falta, reagia com uma crise de tosse, mal conseguindo continuar sua fala. A mesma está em readaptação de tarefas na PMF por problemas sério localizado na garganta.

"Essas somatizações, se compreendidas, podem representar etapas de um processo de elaboração". (FILHO 1989, p.261). Como foi o caso de outra participante do mesmo grupo que costumava falar excessivamente, tomando a vez dos demais, era muito competitiva e reivindicadora. Numa oportunidade, foi criticada por todo o grupo de modo construtivo,

inclusive, desconhecendo as necessidades de falar de uma colega em depressão. Na sessão seguinte, a mesma estava com muita tosse. Assim, devido ao problema, percebido por muitos como sintoma de culpa, foi obrigada a falar menos dando mais oportunidade para os outros.

Como acontece com famílias nas quais vários componentes adoeçam no decorrer de situações de crise, os grupos terapêuticos também podem apresentar múltiplas somatizações durante momentos muito especiais no curso de suas evoluções. (FILHO, 1989, p.261).

Um exemplo deste fenômeno, que aconteceu no grupo "Redução do Stress e Qualidade de Vida", foi quando uma das participantes, por conseguir expressar mais facilmente do que as outras, os seus sentimentos, foi alvo de maior atenção por parte do terapeuta. Assim, o grupo, tendo percebido isto, desenvolveu reações de ciúmes e rivalidade em relação àquela integrante, apontada como especial. A ambivalência do grupo em relação a aceitar ou não, o novo contexto, expressou-se, muito dramaticamente, em nível mental, por uma participante do grupo, que afirmou estar atordoada, nervosa, confusa e louca, sem resposta, sem saber o motivo.

É importante levantar a questão, de que num grupo operativo-terapêutico com pacientes somáticos, é preciso trabalhar o grupo como uma rede interpessoal, onde as informações circulam livremente, os integrantes se ajudam mutuamente e o terapeuta é apenas um elemento a mais no todo-dinâmico-grupal. É criado um espaço muito rico, com troca de vivências, modelos e papéis, funcionando como experiência emocional, que poderá corrigir ou não, situações conflituosas e rígidas, tanto passadas como atuais.

"Este clima pode possibilitar ao doente somático um manejo diferente de suas vivências emocionais, ensinando-o a poder perceber e falar dos conflitos até então inconscientes ou vividos como catastróficos e condenados a eterna repressão ou negação". (FILHO, 1989, p. 262).

Aspectos específicos da dinâmica de cada grupo podem ajudar na evolução de certos pacientes somáticos, de acordo com sua história pessoal e familiar, como no exemplo a seguir. Uma participante do grupo "Redução do Stress e Qualidade de Vida", com 39 anos de idade, apresentava um quadro de dores generalizadas, resistente a inúmeros tratamentos reumatológicos, por vários meses. A mesma está em readaptação de tarefas, e o problema continua. Ao ouvir sua história de vida no grupo, durante uma sessão, ficou-se sabendo que seu marido havia falecido de câncer, a partir deste momento, iniciou-se as dores generalizadas. Em poucas sessões, os sintomas básicos cessaram e a mesma passou a ser uma integrante do grupo como a maioria das outras, com problemas de relacionamento com a filhos, com trabalho, etc. Com isso, ela passou a realizar as atividades que necessitavam movimentar o corpo, que inicialmente ela não realizava.

Enfim, cabe salientar, que a presença de um paciente somático catalisa os demais componentes do grupo a cuidarem melhor de sua saúde corporal, fazendo prevenções, refletindo em torno do adoecer, etc. Demonstrou-se claramente isto, no grupo "Redução do Stress e Qualidade de Vida", com uma participante de 36 anos, que apresentava problema de obesidade, e, junto com este problema, uma série de somatizações, como lombalgia, dores musculares, etc. Com o decorrer das sessões, trabalhando continuamente a auto-estima dos participantes, estes, conseqüentemente estavam ajudando uns aos outros. Assim, o resultado positivo veio para muitas participantes do grupo como também para a participante obesa, que conseguiu emagrecer sete quilos, suas dores diminuíram e sua resistência em realizar atividades físicas sessou após esse período, pois passou a realizá-las.

3.5.4 A Abordagem Sistêmica

Conforme FREITAS (2000), a Teoria Geral de Sistemas desenvolveu-se na década de 60, fundamentando-se em três premissas básicas:

- a) Os sistemas existem dentro dos sistemas;
- b) Os sistemas são abertos;
- c) As funções de um sistema dependem de sua estrutura.

Através da utilização do pensamento analítico de decompor e reduzir as coisas em elementos simples, para o entendimento das partes e posterior compreensão do todo, que fez com que esta teoria causasse revolução na forma de pensar das áreas de conhecimento. (PACHECO, 1998; SANTOS et al, 1997; CHIAVENATO, 1993 apud FREITAS, 2000)

Este sistema é considerado um conjunto de unidades integradas, caracterizando-se pela implementação de objetivos, de forma que nada ocorra ao acaso, do globalismo, onde sistema reage como um todo, quando uma das partes é estimulada, ou totalidade do sistema, entropia, o sistema tende ao desgaste e homeostasia, tende ao equilíbrio dinâmico entre as partes. (FREITAS, 2000, p. 34).

Neste sentido, de acordo com FREITAS (2000), na teoria geral de sistemas, as organizações são aceitas como subsistemas de um sistema maior, portanto, baseia-se no conceito de homem funcional, que se caracteriza pelo relacionamento interpessoal, como um sistema aberto.

Os praticantes desta corrente partem de um princípio de que os grupos funcionam como um sistema, ou seja, há uma constante interação, complementação e suplementação dos distintos papéis que foram atribuídos e que cada um de seus componentes desempenha. Assim, um sistema se comporta como um conjunto integrado, onde qualquer modificação de um de seus elementos, necessariamente irá afetar os demais e o sistema como um todo.

A abordagem sistêmica enfatiza o homem como um todo, ser-em-relação, a sua existência no mundo, no seu tempo histórico e no seu espaço físico e social, com um potencial de ação transformadora de si e do seu mundo, a partir da aproximação de sua própria verdade, no qual o campo ou espaço vital psicológico e social é entendido como um todo dinâmico, concreto e delimitado que se caracteriza por uma rede de relações entre partes.

A terapia familiar tem apresentado uma relevante expansão neste meio, seus referenciais específicos são alicerçados na teoria sistêmica. Entretanto, isso não impede que muitos terapeutas de família também utilizam o respaldo oferecido pelos conhecimentos psicanalíticos, assim como o emprego de técnicas de dramatização.

3.5.5 A interdisciplinariedade em Serviço Social

A interdisciplinariedade é entendida como um instrumental, no qual há reciprocidade, enriquecimento mútuo, com tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma evidência teórica e/ou política básica, e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum, os princípios e os conceitos fundamentais, assim, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação das diferenças e convergências desses conceitos. Desta forma, gera uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos.

O tema da interdisciplinaridade vem sendo debatido recentemente na literatura do Serviço Social brasileiro, porém, de forma não sistemática. As linhas centrais do debate sobre o tema, nos textos publicados nos últimos anos são:

- as bases filosóficas e epistemológicas das práticas interdisciplinares para as ciências em geral e para as ciências sociais em particular;

- a interdisciplinaridade enquanto proposta de organização do ensino e pesquisa em Serviço Social ;
- as práticas interdisciplinares em campos específicos de atuação do Serviço Social;
- as bases filosófico-políticas do pluralismo enquanto exigência de uma abordagem democrática a práxis científica e profissional .

Segundo VASCONCELOS (1997), é importante discutir o tema da interdisciplinaridade a partir de um campo específico de atuação, porém sob um enfoque diverso e mais amplo, mostrando as repercussões para o conjunto do Serviço Social: o das práticas profissionais enquanto processos institucionais, fazendo uso dos instrumentais analíticos da sociologia das profissões, da análise das políticas sociais e da análise institucional.

Esse enfoque, a meu ver, permite avançar um pouco mais no debate atual sobre a interdisciplinaridade, particularmente na avaliação das práticas profissionais concretas que se pretendem interdisciplinares e na indicação de estratégias para implementação mais efetiva de um "modo interdisciplinar" de trabalho em tais projetos. (VASCONCELOS, 1997, p. 133).

COUTINHO (1991) apud VASCONCELOS (1997), ressalta que o pensamento moderno colocou-nos diante do desafio de buscar uma síntese entre a necessidade de uma vontade coletiva (ou de projetos com vocação hegemônica, segundo a abordagem gramsciana), que impede que as múltiplas associações de interesses caiam na fragmentação corporativa ou particularista. Assim, por um lado, está a conservação dessa multiplicidade, diversidade e pluralismos de sujeitos, por outro, onde esse pluralismo foi negado, tivemos claros casos de despotismo.

COUTINHO (1991), sabiamente, retoma o postulado de que não há ciência que esgote o real, pois ela é sempre aproximativa. Também nos alerta de que o pluralismo, no entanto, não significa ecletismo ou relativismo moral, ou seja, a conciliação de pontos de vista teóricos e éticos inconciliáveis. Pluralismo, neste sentido, é sinônimo de abertura para o diferente, de respeito pela posição alheia, considerando que essa posição, ao nos advertir para os nossos erros e limites e ao fornecer sugestões, é necessária ao

próprio desenvolvimento de nossa posição e, de modo geral, da ciência.”
(VASCONCELOS, 1997, p. 14).

COUTINHO (1991) ainda nos chama a atenção para o fato de que os projetos históricos hegemônicos e o conhecimento científico em ciências sociais implicam na formação de vontades e saberes coletivos em níveis de diferentes consensos e pactuação, o que requer uma unidade interna dinâmica e baseada na diversidade. Neste sentido, de acordo com o mesmo autor, não é ecletismo, no mau sentido da palavra, levar em conta o ponto de vista do outro e se empenhar para elaborar uma consciência coletiva que implique, em muitos casos, a conciliação com o ponto de vista contrário.

Assim, as formulações gramscianas de COUTINHO, indicam alguns princípios básicos que podem orientar os projetos de prática interdisciplinar.

Quanto a interdisciplinariedade no campo da saúde mental, se deu a princípio quando buscou-se transformar internamente o asilo e o hospital psiquiátrico, na tentativa de humanizá-los e de torná-los terapêuticos e mais eficazes na recuperação dos internos. As experiências de comunidade terapêutica, foram expressão desse movimento e logo revelaram suas limitações. A partir dos anos 60, tiveram propostas mais radicais, que questionavam o próprio saber psiquiátrico como um todo e seu mandato social em relação à loucura, como nas experiências do movimento anti-psiquiátrico, e que acabaram mostrando um caráter voluntarista. Paralelamente, na França e nos Estados Unidos, desenvolveram-se propostas que enfatizaram a oferta paralela de serviços externos (ambulatórios e centros comunitários de saúde mental), numa tentativa, ainda limitada, de controlar o caráter hospitalocêntrico do sistema de cuidado até então.

A partir dos anos 70, surge a proposta de desinstitucionalização, principalmente na Itália, consolidando assim, como um outro projeto assistencial, que nas décadas seguintes vem

revelando um caráter desafiador com experiências sólidas e bem-sucedidas, difundindo-se em todo o mundo.

A proposta centra-se em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental, e do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é definitivamente antiterapêutico, e que a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição radical do hospital por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda e as demandas de cuidado psicológico até as necessidades mais amplas de caráter social. (VASCOLCELOS, 1997 p.135).

Este novo paradigma coloca sua ênfase na reinvenção da saúde, da existência/sofrimento dos pacientes, no sentido da produção de vida, de sociabilidade, a utilização de formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa.

Neste sentido, de acordo com VASCONCELOS (1997), pode-se destacar que:

- a nova abordagem insere a saúde mental no campo da conquista e reinvenção da cidadania, que passa pelos tradicionais direitos civis, políticos e sociais, mas, implicando uma luta mais específica pelo reconhecimento de direitos particulares dos usuários dos serviços e seus familiares.
- a nova estratégia elege como clientela-alvo prioritária o que se convencionou chamar: a clientela de cuidado contínuo, identificada tradicionalmente pela categoria de psicose ou de neurose grave, e que constitui o grupo básico que procura a hospitalização psiquiátrica clássica.
- a estratégia busca mobilizar os atores envolvidos no sistema de ação institucional, marcadamente os trabalhadores de saúde mental, por intermédio de modelos organizacionais participativos e/ou autogestivos (Rotelli, 1990) e de dispositivos grupais institucionalistas.
- a nova estratégia visa transformar as relações de poder entre a instituição e sua clientela, ou seja, os usuários e seus familiares, não só na superação das formas

tradicionais de contenção, tutela e segregação, mas em formas positivas de participação nos serviços e tratamentos, particularmente como sujeitos ativos do processo de reelaboração do sofrimento e de reinvenção da vida. Daí a importância de dispositivos coletivos e grupais de tratamento (Lancetti, 1994), sociabilidade, suporte

mútuo e de ação concreta no tecido social, particularmente aqueles utilizados pelos atuais movimentos e associações de usuários e familiares (Mezzina et al, 1992; Pilgrim, 1991; Haafkens et al, 1986).

- a abordagem propõe que cada serviço de uma unidade sanitária básica se assuma como referência para um território e sua população, pela qual se faz responsável, sem possibilidade de estabelecer limites de especialização e competências parciais ou de delegar a outras estruturas a assistência (Rotelli, 1990; DeU'Acqua, 1991). Isso implica uma estratégia de abordagem que supere as partições convencionais.
- ainda, a estratégia propõe que a transformação dos serviços e da abordagem ao portador de transtorno mental e comportamental implica numa mudança cultural profunda na sociedade, iniciando-se na mídia e outros formadores da opinião pública, visando maior consideração para com os doentes, aceitando assim o diálogo.

Existem muitas áreas de conhecimento que podem trabalhar com a saúde mental, sendo que a grande riqueza do trabalho está na combinação de todas estas áreas. Neste sentido, abordaremos a seguir, algumas áreas mais importantes no trabalho com a saúde mental e suas contribuições, conforme aponta VASCONCELOS (1997):

- a) Filosofia: contribui na discussão dos pressupostos básicos, em termos de concepção do homem e das características gerais e específicas dos diversos campos de conhecimentos envolvidos no campo da saúde mental, bem como das suas inter-relações;

- b) **Psiquiatria:** contribui com as suas raízes nas ciências naturais e humanas e dentro dela a psicopatologia, a psicofarmacologia, as chamadas neuro-ciências, e a clínica psiquiátrica em especial, que constituem formas particulares de integração entre aqueles saberes;
- c) **Psicologia:** contribui com suas diversas correntes e suas respectivas abordagens clínicas, e a psicologia social, discutindo as interseções entre os processos psíquicos e sociais;
- d) **Psicanálise:** também contribui com suas diversas correntes teóricas e clínicas;
- e) **Sociologia:** contribui enfocando as condições sociais mais amplas correlacionadas à saúde e doença mental e a antropologia, ao abordar as diferentes estruturas culturais e simbólicas coletivas associadas aos fenômenos mentais;
- f) **Campo da saúde pública:** que busca identificar as necessidades na área (incluindo a epidemiologia), planejar, executar e avaliar os programas de assistência em saúde mental;
- g) **Campo das ciências políticas e institucionais:** contribui abordando as estruturas de políticas públicas e os processos políticos e institucionais, e os atores sociais e seus interesses, envolvidos nas diversas organizações de saúde mental.

Em termos de profissões e campos aplicados de conhecimento envolvidos, essa lista cresce ainda mais, pois existem também profissões e áreas de saber que constituem recombinações de uma ou mais disciplinas. Este é o caso do próprio Serviço Social, mas a lista também inclui a enfermagem, a terapia ocupacional, a educação física, a arte-terapia, a fonoaudiologia, entre outros, já integrantes das modernas equipes multiprofissionais de saúde mental e engajadas no cuidado direto com a clientela.

É importante ressaltar, que os programas de saúde mental, na sua maioria, sustentam-se em duas linhas de financiamento e de estruturas político-assistenciais: a saúde e a assistência social.

A passagem e a integração de serviços e responsabilidades entre as duas estruturas gera competição interprofissional, por um lado, e por outro, verdadeiros ‘buracos negros’ na assistência, implicando burocratização, negligência e jogo de ‘empurra-empurra’ de competências, principalmente na assistência às questões mais espinhosas. Por exemplo, serviços de saúde mental tendem a medicar, oferecer psicoterapias e ‘reabilitação imediata’, mas serviços residenciais, trabalho, serviços sociais pessoais, tais como acompanhamento terapêutico e assistência domiciliar de longo prazo, todos tendem a ser de responsabilidade dos órgãos de assistência social. (VASCONCELOS, 1997, p. 148).

Ainda, conforme aponta VASCONCELOS (1997), essa passagem da área da saúde para a social, nos países com baixo nível de assistência social pública, como é o caso do Brasil, é acompanhada quase sempre de negligência social, e os profissionais de saúde mental, tradicionalmente tendem a lavar as mãos, reproduzindo o discurso de que o problema não é deles, com isso, entregando este enorme desafio ao Serviço Social, que conta em geral com um reduzido poder institucional e com poucas alternativas concretas de implementação desse tipo mais complexo de serviços, repercutindo em sérias implicações para a efetividade da proposta de desinstitucionalização e para a oferta de um cuidado integral ao usuário e sua família.

Contudo, de acordo com o mesmo autor, é necessário:

Criar uma cultura profissional adequada ao contexto da saúde pública, em que os profissionais possam aderir às propostas de mudança de suas identidades profissionais convencionais para se engajarem em práticas interdisciplinares, exigindo um mínimo de reciprocidade em termos de salários dignos, boas condições de trabalho, jornada de trabalho que evite o multiemprego excessivo que impede o compromisso com o trabalho, e investimento em treinamento e supervisão. (VASCONCELOS, 1997, p. 149-150).

No Brasil, nas condições atuais das prefeituras, principais responsáveis pela assistência no processo de municipalização da saúde e saúde mental, estas condições ideais são raramente

alcançadas. De qualquer forma, segundo VASCONCELOS (1997) a experiência vem demonstrando que a implantação efetiva da reforma depende primordialmente do que o autor chama de pactos políticos e sociais locais, nos quais os governos municipais e a sociedade civil local devem priorizar o investimento social e a reforma psiquiátrica, e implantar de forma criativa as condições para implementá-la e motivar seus trabalhadores em torno dela.

Diante do contexto apresentado, pode-se concluir, que a reforma psiquiátrica vai adaptando-se às características das estruturas do profissionalismo e das políticas sociais em cada contexto. Neste sentido, os serviços na comunidade tem induzido a psiquiatria, em alguns casos, a abrir mão de parcela do mandato social antes exclusivo sobre a saúde mental.

“No Brasil, além da já tradicional hegemonia histórica da psiquiatria, vimos assistindo recentemente a um forte processo de psicologização e difusão de culturas terapêuticas, tais como a psicanálise, nas camadas médias.” (FIGUEIRA, 1988 apud VASCONCELOS, 1997, p. 150). Assim, a dinâmica atual das equipes profissionais em saúde mental, tende a uma valorização relativa dos psicólogos e psicanalistas.

Enfim, conforme a exposição de VASCONCELOS (1997), mesmo com muitos empasses em torno das políticas de saúde mental vigentes em nosso país, não há dúvidas que o setor saúde mental, dentro do conjunto do setor de saúde, é reconhecido hoje no país como o que mais avançou na direção da interdisciplinaridade.

3.6 A Atuação do Serviço Social com Grupos

As origens do trabalho com grupos, realizado pelo Serviço Social, teve grande influência das ciências sociais, especialmente da sociologia e da pedagogia.

O trabalho com grupos, dentro da ação do profissional do Serviço Social, está ligado a abertura de possibilidades das valorizações dos papéis, através de espaço para motivação, saúde, educação, política, religião, etc, por meio de debates, terapias, encontros de convivência, entre muitos outros. Estes Grupos tem o intuito que as pessoas se encontrem para trabalhar questões comuns.

O papel do assistente social de organizações, frente ao trabalho com grupos, é o de mediador do grupo com a instituição. Ele tem a função de articulador do processo grupal, tanto no andamento do grupo, como na própria coordenação do Projeto como um todo.

É importante destacar, no caso dos grupos operativos-terapêuticos, como o exemplo do Programa “Redução do Stress e Qualidade de Vida”, o assistente social, mesmo podendo exercer a função de coordenador do grupo, normalmente, apenas desempenha a função de coordenador do Programa e não do grupo, visto que, em geral, no trabalho com grupos terapêuticos, faz-se necessária uma equipe interdisciplinar, neste caso, depende do grupo, a atribuição do papel de coordenador, que geralmente é atribuído ao terapeuta.

Neste sentido, o terapeuta (coordenador), atua como facilitador no grupo, age como catalizador e intermediário do processo de reconhecimento da realidade por parte do grupo.

Para isso, ele deve fluir com o grupo, não impondo-se a realidade, para não comprometer o livre curso das coisas: as coisas devem se auto-revelar naturalmente, e o facilitador conduz o grupo como um maestro conduz uma orquestra – com cientificidade, tecnicidade, espontaneidade, sensibilidade, poder de entrega e capacidade para criar. (MACEDO, 1998, p. 48 apud ANDALÓ, 2001, p. 142).

Quando se fala de facilitador é porque acredita-se que os grupos já detêm em si tais capacidades ou características, que precisam apenas ser reveladas ou desveladas. Tal

perspectiva se contrapõe à concepção dos sujeitos e dos grupos como constituídos nas e pelas relações sociais estabelecidas.

O autor MORENO (1972) fala no contexto psicoterápico, que existe a importância de se ter num grupo, um diretor (coordenador), que mantenha o necessário distanciamento para investigar com mais objetividade, e um ou mais auxiliares, que se constituam na parte do diretor, que entram na ação, transformando-se em co-atores no grupo, procurando colher as experiências vividas. Estes, precisam ter conhecimento e trabalhar em conjunto com o diretor.

Segundo ANDALÓ (2001), o coordenador deve ser um mediador, o que significa que este, por não estar imerso na situação vivida, consegue ter uma visão distanciada, que lhe permite captar aspectos mais amplos e profundos. De acordo esta autora:

Sua ação é pautada na leitura crítica da realidade, ou seja, sua função é provocar reflexão, trazer a dúvida, problematizar o que está 'naturalizado' (tido como verdadeiro, eterno e imutável), denunciar as contradições, enfim ajudar o grupo a pensar e encontrar suas respostas e construir o próprio crescimento. (ANDALÓ, 2001, p. 148).

Diante deste aspecto, é importante destacar que, o assistente social tem um papel de orientador, já que ao compreender as necessidades de um grupo e dos indivíduos que o integram, deve guiar e orientar o processo, para que o próprio grupo atinja a satisfação dessas necessidades. Neste sentido, o assistente social orienta o grupo para:

- Organizar-se como tal, impulsionando os membros a pensar, sentir e atuar com consciência de grupo;
- Determinar, com precisão, seus objetivos e organizar um programa, encontrando os meios para que os membros se lancem à ação;
- Estruturar situações que favoreçam a integração;

- Descobrir os recursos potenciais de cada membro;
- Compreender suas próprias capacidades e limitações, para que possa tomar decisões de acordo com seu nível de desenvolvimento;
- Reconhecer e tentar enfrentar e solucionar seus problemas internos;
- Integrar-se no programa da instituição e projetar sua ação na comunidade ou em outras instituições;
- Avaliar o processo grupal;
- Estabelecer relações positivas com os outros grupos.

É válido enfatizar, de acordo com ANDALÓ (2001), que no caso dos grupos não espontâneos, a liderança, geralmente é imposta ou estabelecida a partir de fora, através da figura de um coordenador ou de uma equipe de coordenação. Segundo a autora, um dos maiores riscos deste tipo de liderança é a adoção de posturas autoritárias, respaldadas na situação de poder que lhe foi outorgada.

De acordo com a visão do Serviço Social, nos grupos operativos-terapêuticos, o tratamento deve focar um duplo objetivo: tentar solucionar problemas e capacitar o grupo para o seu desenvolvimento, fazendo utilização racional de seus próprios recursos potenciais, utilizando como meio para conseguir solucionar um problema através da participação do grupo.

Ainda, o assistente social deve estar atento às relações intra-grupos e às relações grupo-assistente social. Assim, nos dois casos, ele necessita ter conhecimento e formação sobre o funcionamento do grupo, tanto a nível de seus processos internos, como em suas relações mais amplas. Vai precisar destes conhecimentos para adequá-los a seu nível de intervenção, visto que para ambos, as inter-relações humanas e a sua conotação institucional são fundamentais para a consecução de seus objetivos.

No Serviço Social as dimensões dos grupos podem ser preventivas, terapêuticas, socializantes ou promocionais. Neste sentido, o trabalho com grupos, em Serviço Social, pode ter uma perspectiva de tratamento clínico através de grupo, como é o caso do Programa “Redução do Stress e Qualidade de Vida”, ou pode adquirir um caráter mais amplo, permitindo a adoção de grupos contínuos ou descontínuos, grandes ou pequenos, onde a seqüência programada de intervenção não é alcançada somente através da abordagem grupal terapêutica, mas combinada com outras formas de atuação.

Neste sentido, ao oposto dos grupos de tratamentos, no qual já trabalha-se com indivíduos que já estão doentes, existe a riqueza do trabalho do Serviço Social com os grupos de convivência, grupos de encontro, grupos de aprendizagem, grupos de ação social, no qual a intervenção profissional está centrada em políticas de ação social de cunho educativo, preventivo e socializante, resgatando meios que incluam grupos de pessoas na efetivação ou na busca por seus direitos de cidadão, ao atingir melhor qualidade de vida, participando de grupos, como forma de expansão e participação, na construção de uma sociedade mais humanizada, justa e igualitária.

CONCLUSÃO

Ter uma ótima saúde mental o tempo todo, é uma condição que poucos tem conseguido manter. É mesmo difícil manter-se saudável o tempo todo diante de tantas pressões presentes em nosso cotidiano. Pressões estas, que estão relacionadas com a vida profissional, familiar, social, cultural, econômica e política, gerando tensões, que, se não devidamente controladas e tratadas, podem emergir em doenças, como depressão, ansiedade generalizada, neuroses, fobias, entre muitas outras. Neste sentido, algumas pessoas tem muita dificuldade para manter-se sadias e dependem da ajuda de familiares, amigos e profissionais para estarem saudáveis.

O mundo moderno é um dos principais catalisadores do fenômeno estresse . As mudanças tecnológicas, econômicas e culturais, que estão em constante mutação, influem diretamente na qualidade de vida. Se por um lado, existe uma série de artificios que facilitam a vida, por outro lado, as conseqüências advindas desse processo de mudança constante, podem ser nocivas à saúde e bem-estar do homem.

Com a apresentação deste trabalho, pôde-se compreender melhor os processos que levam ao estresse, considerando os indivíduos e as organizações. Neste sentido, foi importante o destaque da saúde mental num contexto de fatores intrafamiliares e sociais, até os fatores relacionados diretamente com o trabalho.

Na atualidade, o estresse no trabalho, é sem dúvida um dos grandes problemas a ser enfrentado pelas organizações. Aos poucos, as organizações vêm percebendo o reflexo desse fenômeno no seu desempenho e na sua eficiência. Neste sentido, busca-se formas de controle ou gerenciamento do estresse e diversas formas de tratamento, para os transtornos mentais e de comportamento, nas organizações.

É preciso, que a maioria dos países em desenvolvimento aumente e aprimore a formação de profissionais para a saúde mental, com atenção especializada e apoio nos programas de atenção em saúde mental. Em condições ideais, as equipes especializadas em atenção em saúde mental deveriam incluir profissionais médicos e não médicos, tais como psiquiatras, psicólogos, enfermeiros psiquiátricos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, que podem trabalhar juntos, com vistas à atenção e a integração total dos pacientes na comunidade.

O presente trabalho, também apontou, aspectos relevantes na atividade do profissional educador, afim de entender seu processo de adoecimento, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida desta categoria, visto que, o programa é direcionado, na sua maioria para estes servidores.

As reflexões analisadas neste trabalho indicam a necessidade de redimensionarmos, também, as políticas sociais, no sentido de serem mais abrangentes, dando conta do atendimento das demandas atuais e futuras, tanto no aspecto da qualidade dos técnicos assistenciais, quanto na qualidade de recursos alternativos proposto pelas políticas já existentes.

Destacando o referido programa, outro fator relevante a ser apontado, é que, na dificuldade em se estabelecer mudanças na base da organização do trabalho, muitos profissionais, inclusive assistentes sociais, elaboram propostas/programas de cunho mais curativo e a curto prazo, em detrimento das mobilizações que “mexam” na base do problema, como no caso do ambiente de trabalho, prevenindo futuros problemas. Afinal, isto implica, em significativas mudanças, que se dão a longo prazo, sendo o trabalho muito mais dificultoso.

Toda esta realidade apresentada é desafiadora na prática dos assistentes sociais. Na medida em que o reflexo destas questões sociais estão desmerecidas da devida atenção, há uma dependência na relação que os trabalhadores e profissionais têm com a organização.

No espaço institucional do Serviço Social, na Prefeitura Municipal de Florianópolis, estes reflexos estão expressos nas demandas referentes a problemas de saúde mental, que remete à questão das doenças profissionais (fadiga, dependência química, distúrbios emocionais, estresse profissional, entre muitas outras); problemas familiares (conflitos conjugais, conflito com os filhos); problemas financeiros (um deles é o baixo salário); problemas estruturais (no que tange a falta de assistência, de programas na área da saúde mental) e os problemas funcionais, no que diz respeito às questões de conflitos de relacionamento interpessoal.

A característica do Programa “Redução do Stress e Qualidade de Vida”, criado pelo Serviço Social da PMF, surgiu como uma estratégia importante de auxílio aos funcionários portadores de problemas como estresse ou mesmo de diversos transtornos mentais e comportamentais; pelo fato, da abordagem grupal, ser um meio no qual o homem pode reaprender e/ou desenvolver suas possibilidades e potencialidades.

Neste sentido, a terapia ocupacional tem como alvo a saúde mental. Ela é um objetivo a ser alcançado, tornando-se em seguida um instrumento para o trabalho de inserção social.

Evidenciamos, a necessidade da presença do profissional de Serviço Social, frente a reformulação do saber, que orienta no tratamento da doença mental, juntamente com a inserção de várias áreas do conhecimento. Isto demonstra, que a assistência psiquiátrica, vem passando por inúmeras transformações.

Assim, neste trabalho, contextualizamos a existência de uma ação interdisciplinar no Serviço Social, através do Programa “Redução do Stress e Qualidade de Vida” e a participação do assistente social no processo coletivo de produção dos serviços públicos em saúde mental em Florianópolis. Registramos, ainda, a preocupação por parte do assistente social em alcançar uma perspectiva interdisciplinar, em que muito mais que uma simples adição ou mistura de conhecimentos, haja reciprocidade e enriquecimento mútuo.

Observamos, ainda, como se dá a organização do trabalho na PMF e verificamos que existe diferença das práticas de saúde predominantes até a década de 70, em que os profissionais atuavam de forma isolada, sendo que hoje há o surgimento de uma diversidade de atividades, resultantes da ampliação, complexificação e redivisão dos tradicionais ofícios da área da saúde.

O trabalho em saúde mental tem sua especificidade, dada a natureza das demandas de seus usuários. O assistente social, enquanto profissional coletivo do serviço público de saúde, identificando-se com as características do trabalho em saúde de um modo geral, trabalha na execução de programas institucionais governamentais.

De acordo com FIGUEIRA (2000), p. 434:

A redução de gastos na esfera social, o desmantelamento dos serviços sociais e a retirada de direitos, são fatores que contribuem para o aprofundamento da pobreza, o sucateamento e a conseqüente mercantilização das políticas públicas, gerando uma grande demanda aos serviços públicos de saúde, em que o assistente social aparece como um dos principais agentes.

Ainda, é válido ressaltar, segundo FIGUEIRA (2000), que o objeto de trabalho do assistente social são as expressões concretas da questão social, manifestando-se nas mais diferentes formas, que interferem no processo saúde-doença dos usuários. O trabalho do assistente social tem como objetivo a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população assistida, através do desenvolvimento de ações educativas que possibilitem um processo de mudança na forma de pensar e agir dos indivíduos, na busca de melhoria da qualidade de vida. O

assistente social, enquanto trabalhador condicionado a um contrato institucional, que o possibilita viabilizar aos usuários o acesso a seus serviços, atua no âmbito da viabilização dos direitos sociais, intervindo no enfrentamento das contradições cotidianas. Em sua ação, o assistente social utiliza muitos instrumentos, como entrevistas, reuniões, parecer social, relatório, etc, sempre tendo que adotar, em suas intervenções, um posicionamento ético-político, que fundamenta-se em conhecimentos teórico-metodológicos, os quais orientam as práticas técnicas-operativas.

FIGUEIRA (2000) aponta que, o assistente social é chamado à intervir nos problemas institucionais, com isso, o seu trabalho constitui-se como necessário para assegurar não só o desempenho institucional, mas a própria dinâmica do processo de trabalho em saúde. Em saúde, o assistente social desenvolve ações de cunho emergenciais, educação em saúde, presta informações e faz encaminhamentos, planeja e assessora, mobiliza a comunidade, entre tantas outras atividades. Porém, o resultado de seu trabalho, não é mensurável materialmente.

Segundo IAMAMOTO (1997) apud FIGUEIRA (2000) p. 437, “o trabalho encontra-se expresso na forma de serviços e tem produtos; interfere na produção material da força de trabalho e no processo de reprodução sócio-política ou ideo-política dos indivíduos sociais”.

Existe, na questão da saúde, certa imprevisibilidade dos resultados, uma vez, que diferentes fatores influenciam ao seu cumprimento, na resposta por parte dos consumidores, desde as indicações médicas às condições necessárias para o seu tratamento como medicamentos, exames, etc.

Neste sentido, os resultados obtidos, do trabalho do assistente social em saúde, dependem das circunstâncias em que ele se realiza. Portanto, considera-se que o fazer profissional e o desejo de responder às demandas a ele apresentadas, passam pelas condições vivenciadas no cotidiano da instituição, o que, na maioria das vezes, impõe entraves ao desenvolvimento de

projetos e programas. No entanto, acredita-se que a construção de práticas coletivas em saúde, deve ser algo vislumbrado pelo profissional no seu cotidiano.

Contudo, pode-se concluir, que a ação do assistente social busca ultrapassar o enfrentamento das questões diárias, importantes e imprescindíveis no seu atendimento, respaldada nos princípios éticos da profissão, combinado ao seu saber técnico e competência política, na luta pela ampliação e defesa dos direitos de cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDALÓ, C. S. de A.** *O Papel de Coordenador de Grupos*. Psicologia USP, São Paulo, 2001, Vol. 12. Nº1, 135-152.
- ANTUNES, R.** *Adeus ao Trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho*. 7ª ed. São Paulo: Cortez
- BERSTEIN, M.** *Contribuições de Pichón-Rivière à psicoterapia de grupo*. In OSÓRIO, L. C. *Grupoterapia Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 358p, p. 108-132.
- BRASIL**, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001*.
- CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**, vol.17, nº3, Rio de Janeiro, Mai/Jun 2001. *Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática*. Disponível em: <<http://www.saudementaletrabalho.com.br>> Acesso em: 30 abr, 2003, às 15:13h.
- CAMPOS, C. C.** *O Estresse Profissional e suas implicações na qualidade e vida no trabalho dos Bombeiros Militares de Florianópolis*. Florianópolis, 1999. Trabalho de Conclusão de Curso Serviço Social - Universidade Federal de Santa Catarina.
- CODO, W.** *O que é alienação*. São Paulo: Brasiliense (col. Primeiros Passos), 1986.
- COSTA, T.** *Quando o trabalho ameaça a saúde mental*. Revista Medicina, v.23, nº133. Rio de Janeiro: Hoje, 1997.
- ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**, Fundação Oswaldo Cruz, 2003. *A problemática da saúde do Trabalhador – Histórico*. Disponível em: <<http://www.saudenotrabalho.com.br>> Acesso em: 09 jun, 2003, às 20:30h.
- FIGUEIRA, C.C.S.** *Processo de Trabalho em Saúde Mental: Reflexões sobre o agir profissional do Serviço Social*. In Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social – ENPSS VII. Brasília, 2000. Anais do VII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social Brasília: ABEPSS, 2000.
- FILHO, J. M.** *Grupoterapia com pacientes somáticos*. In OSÓRIO, L. C. *Grupoterapia Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989, 358p.
- FONSECA, C. C. O. P.** *O adoecer psíquico no trabalho do professor de ensino fundamental e médio da rede pública no Estado de Minas Gerais*. Florianópolis, 2001. 225f. Dissertação (Mestrado) – Engenharia de Produção - Universidade Federal de Santa Catarina.
- FREITAS, P.** *Fatores que decorrem da Carga Mental de Trabalho e sua interferência na qualidade de vida no Trabalho de Servidores no Serviço Público Federal uma visão ergonômica*. Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado) – Engenharia de Produção - Universidade Federal de Santa Catarina.

- GOIDANICH, M.** *Saúde Mental na Rede Pública: Possibilidade de Inserção Psicanalítica?*. Revista PSICOLOGIA, Ciência e Profissão nº4, Ano 21. São Paulo: ed. Sérgio Antônio da Silva Leite, 2001, p.26-33
- HENRIQUES, J.P. e SANTOS, P.S.** *Gestão de Conflitos e Gestão do Stress*. Disponível em: <<http://www.saudeetrabalho.com.br/stress>> Acesso em: 08 de abr. 2003, às 14:21h.
- OSÓRIO, L. C.** *Grupoterapia Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 358p.
- PAPAROUNIS, D.** *As armas certas para combater os males da alma*. Revista Saúde, maio. São Paulo: ed. abril, 2002.
- PORTARIEU, M.L.B. e TUBERT-OKLANDER, J.** Grupos Operativos. In OSÓRIO, L. C. *Grupoterapia Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989, p.135-141, 358p.
- RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva, Suíça: Office of Publication, World Health Organization.
- RODRIGUES, Maria Lúcia.** *O Trabalho com Grupos e o Serviço Social*. São Paulo: Cortez & Moraes, 1970.
- SILVA, E. S. et al.** *Crise, trabalho e saúde mental no Brasil*. São Paulo: Traco, 1986. 159p.
- SILVA, R. C.** *A importância do Grupo de Ajuda Mútua da Celesc para seus membros* – Agência Regional Florianópolis. Florianópolis, 2002. Trabalho de Conclusão de Curso – Serviço Social - Universidade Federal de Santa Catarina.
- SOUZA, F.P. ITA/SP, UFMG e ENSA/Paris.** *Revista de Psicofisiologia*, 1997. Disponível em : <<http://www.icb.ufmg.br/revistadepsicofisiologia>> Acesso em: 10 abr, 2003, às 18:12h.
- TITTONI, J. e NARDI, H.C.** *Saúde Mental e Trabalho relexões a partir de estudos com trabalhadores afastados do trabalho por adoecimento profissional*. In SILVA, E. S. et al. *Crise, trabalho e saúde mental no Brasil*. São Paulo: Traco, 1986, p. 87-99, 159p.
- TORRES, Zélia.** *A ação social dos Grupos*. Petrópolis: Vozes, 1985.
- VASCONCELOS, M.** *Serviço Social e Interdisciplinariedade: o exemplo da saúde mental*. Revista SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE Descentralização, Cidadania, Participação nº 54 ano XVII. São Paulo: Cortez, 1997, p. 132-154.
- WAINSTEIN, Suzi.** *Estresse, Índice de Capacidade de Trabalho, Atividade Física e Composição Corporal em Profissionais do Telejornalismo*. Florianópolis, 2000. 91f. Dissertação (Mestrado) – Engenharia de Produção – Universidade Federal de Santa Catarina.
- WEISE, Anke.** *A importância de Combater o Stress nas Organizações Modernas*. Florianópolis, 1999. Trabalho de Conclusão de Estágio – Administração - Universidade Federal de Santa Catarina.
- ZIMERMAN, D. E. & OSÓRIO, L. C.** *Como trabalhamos com Grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ANEXOS

Q. S. G.
Questionário de Saúde Geral
(Caderno de Questões)

INSTRUÇÕES

Neste questionário é apresentada uma série de 60 (sessenta) afirmações sobre o estado de saúde das pessoas em geral. Sua tarefa consiste em dizer se as afirmações se aplicam ou não a você.

O interesse está em saber como você tem se sentido nos últimos 06 (seis) meses e não como você se sentia no passado.

É NECESSÁRIO QUE VOCÊ RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES.

Suas respostas deverão ser anotadas no Gabarito que foi entregue junto com este caderno.

Se, porventura, nenhuma das quatro alternativas corresponderem à resposta que você gostaria de dar, mesmo assim escolha aquela que mais se aproxima de você.

Trabalhe em silêncio. Em caso de dúvida, levante a mão direita e o instrutor irá até você.

PODE COMEÇAR !

Redução do Stress e Qualidade de Vida
R. S. Q. V.

Questões

- 1. Tem se sentido perfeitamente bem e com boa saúde ?**
 - a) melhor que de costume.
 - b) como de costume.
 - c) pior que de costume.
 - d) muito pior do que de costume.
- 2. Tem sentido necessidade de tomar fortificantes (vitaminas) ?**
 - a) não, absolutamente.
 - b) não mais do que de costume.
 - c) um pouco mais do que de costume.
 - d) muito mais do que de costume.
- 3. Tem se sentido cansado (fatigado) e irritadiço ?**
 - a) não, absolutamente.
 - b) não mais do que de costume.
 - c) um pouco mais do que de costume.
 - d) muito mais do que de costume.
- 4. Tem se sentido mal de saúde ?**
 - a) não, absolutamente.
 - b) não mais do que de costume.
 - c) um pouco mais do que de costume.
 - d) muito mais do que de costume.
- 5. Tem sentido dores de cabeça ?**
 - a) não, absolutamente.
 - b) não mais do que de costume.
 - c) um pouco mais do que de costume.
 - d) muito mais do que de costume.
- 6. Tem sentido dores na cabeça ?**
 - a) não, absolutamente.
 - b) não mais do que de costume.
 - c) um pouco mais do que de costume.
 - d) muito mais do que de costume.
- 7. Tem sido capaz de se concentrar no que faz ?**
 - a) melhor que de costume.
 - b) como de costume.
 - c) menos do que de costume.
 - d) muito menos do que de costume.
- 8. Tem sentido medo de que você vá desmaiar num lugar público ?**
 - a) não, absolutamente.
 - b) não mais do que de costume.
 - c) um pouco mais do que de costume.
 - d) muito mais do que de costume.
- 9. Tem sentido sensações (ondas) de calor ou de frio pelo corpo ?**
 - a) não, absolutamente.
 - b) Não mais do que de costume.
 - c) Um pouco mais do que de costume.
 - d) Muito mais do que de costume.
- 10. Tem suado (transpirado) muito ?**

Redução do Stress e Qualidade de Vida
R. S. Q. V.

- a) não, absolutamente.
- b) Não mais do que de costume.
- c) Um pouco mais do que de costume.
- d) Muito mais do que de costume.

11. Tem acordado cedo (antes da primeira hora) e não tem conseguido dormir de novo ?

- a) não, absolutamente.
- b) Não mais do que de costume
- c) Um pouco mais do que de costume
- d) Muito mais do que de costume.

12. Tem levantado sentindo que o sono não foi suficiente para lhe renovar as energias ?

- a) não, absolutamente.
- b) Não mais do que de costume.
- c) Um pouco mais do que de costume.
- d) Muito mais do que de costume.

13. Tem se sentido cansado e exausto, até mesmo para se alimentar ?

- a) não, absolutamente.
- b) não mais do que de costume.
- c) um pouco mais do que de costume.
- d) muito mais do que de costume.

14. Tem perdido muito sono por causa de preocupações ?

- a) não, absolutamente.
- b) Não mais do que de costume.
- c) Um pouco mais do que de costume.
- d) Muito mais do que de costume.

15. Tem se sentido lúcido e com plena disposição mental ?

- a) melhor do que de costume.
- b) Como de costume.
- c) menos lúcido do que de costume.
- d) muito menos lúcido do que de costume.

16. Tem se sentido cheio de energia (com muita disposição) ?

- a) melhor que de costume.
- b) Como de costume.
- c) Com menos energia do que de costume.
- d) Com muito menos do que de costume.

17. Tem sentido dificuldade em conciliar o sono (pegar no sono) ?

- a) não, absolutamente.
- b) não mais do que de costume.
- c) Um pouco mais do que de costume.
- d) Muito mais do que de costume.

18. Tem tido dificuldade em permanecer dormindo após Ter conciliado o sono (após ter pego no sono) ?

- a) não, absolutamente.
- b) não mais do que de costume.
- c) um pouco mais do que de costume.
- d) muito mais do que de costume.

19. Tem tido sonhos desagradáveis ou aterrorizantes ?

- a) não, absolutamente.
- b) não mais do que de costume.
- c) um pouco mais do que de costume.
- d) muito mais do que de costume.

Redução do Stress e Qualidade de Vida
R. S. Q. V.

20. Tem tido noites agitadas e maldormidas ?

- a) não, absolutamente.
- b) não mais do que de costume.
- c) um pouco mais do que de costume.
- d) muito mais do que de costume.

21. Tem conseguido manter-se em atividade e ocupado ?

- a) não, absolutamente.
- b) como de costume.
- c) um pouco mais do que de costume.
- d) muito mais do que de costume.

22. Tem gasto mais tempo para executar os seus afazeres ?

- a) mais rápido do que de costume.
- b) Como de costume.
- c) Mais tempo do que de costume.
- d) Muito mais tempo de que de costume.

23. Tem sentido que perde o interesse nas suas atividades normais diárias ?

- a) não, absolutamente.
- b) Não mais do que de costume.
- c) Um pouco mais do que de costume.
- d) Muito mais do que de costume.

24. Tem sentido que está perdendo interesse na sua aparência pessoal ?

- a) não, absolutamente.
- b) Não mais do que de costume.
- c) Um pouco mais do que de costume.
- d) Muito mais do que de costume.

25. Tem tido menos cuidado com suas roupas ?

- a) mais cuidado do que de costume.
- b) Como de costume.
- c) Menos cuidado do que de costume.
- d) Muito menos cuidado do que de costume.

26. Tem saído de casa com a mesma frequência e costume ?

- a) mais do que de costume.
- b) Como de costume.
- c) Menos que de costume.
- d) Muito menos que de costume.

27. Tem se saído tão bem quanto acha que a maioria das pessoas se sairia se estivesse em seu lugar ?

- a) melhor que de costume.
- b) Mais ou menos igual.
- c) Um pouco pior.
- d) Muito pior.

28. Tem achado que de um modo geral tem dado boa conta de seus afazeres ?

- a) melhor que de costume.
- b) Como de costume.
- c) Pior que de costume.
- d) Muito pior que de costume.

Redução do Stress e Qualidade de Vida
R. S. Q. V.

29. Tem se atrasado para chegar ao trabalho ou para começar seu trabalho em casa ?

- a) não, absolutamente.
- b) Não mais atrasado do que de costume.
- c) Pouco mais atrasado do que de costume.
- d) Muito mais atrasado do que de costume.

30. Tem se sentido satisfeito com a forma pela qual você tem realizado suas atividades (tarefas ou trabalho) ?

- a) mais satisfeito do que de costume.
- b) Como de costume.
- c) Menos satisfeito do que de costume.
- d) Muito menos satisfeito do que de costume.

31. Tem sido capaz de sentir calor humano e afeição por aqueles que o cercam?

- a) mais do que de costume.
- b) Como de costume.
- c) Menos que de costume.
- d) Muito menos que de costume.

32. Tem achado fácil conviver com outras pessoas ?

- a) mais fácil do que de costume.
- b) Tão fácil como de costume.
- c) Mais difícil do que de costume.
- d) Muito mais difícil do que de costume.

33. Tem gasto muito tempo batendo papo ?

- a) mais tempo que de costume.
- b) tanto quanto de costume.
- c) Menos do que de costume.
- d) Muito menos do que de costume.

34. Tem tido medo de dizer alguma coisa às pessoas e passar por tolo (parecer ridículo) ?

- a) não, absolutamente.
- b) Não mais do que de costume.
- c) Um pouco mais do que de costume.
- d) Muito mais do que de costume.

35. Tem sentido que está desempenhando uma função útil na vida ?

- a) mais do que de costume.
- b) Como de costume.
- c) Menos útil do que de costume.
- d) Muito menos do que de costume.

36. Tem se sentido capaz de tomar decisões sobre suas coisas ?

- a) mais do que de costume.
- b) Como de costume.
- c) Menos do que de costume.
- d) Muito menos do que de costume.

37. Tem sentido que você não consegue continuar as coisas que começa ?

- a) não, absolutamente.
- b) Não mais do que de costume.
- c) Um pouco mais do que de costume.
- d) Muito mais do que de costume.

38. Tem se sentido com medo de tudo que tem que fazer ?

- a) não, absolutamente.

Redução do Stress e Qualidade de Vida
R. S. Q. V.

- b) Não mais do que de costume.
- c) Um pouco mais do que de costume.
- d) Muito mais do que de costume.

39. Tem se sentido constantemente sob tensão ?

- a) não, absolutamente
- b) não mais do que de costume
- c) um pouco mais do que de costume
- d) muito mais do que de costume

40. Tem se sentido incapaz de superar suas dificuldades ?

- a) não, absolutamente
- b) não mais do que de costume
- c) um pouco mais do que de costume

41. Tem achado a vida uma luta constante ?

- a) não, absolutamente.
- b) não mais do que de costume
- c) um pouco mais do que de costume
- d) muito mais do que de costume

42. Tem conseguido sentir prazer nas suas atividades diárias ?

- a) mais do que de costume
- b) como de costume
- c) um pouco menos do que de costume
- d) muito menos do que de costume

43. Tem tido pouca paciência com as coisas ?

- a) não, absolutamente.
- b) não mais do que de costume
- c) menos paciência do que de costume
- d) muito menos paciência do que de costume

44. Tem se sentido irritado e mal-humorado ?

- a) não, absolutamente
- b) não mais do que de costume
- c) um pouco mais do que de costume
- d) muito mais do que de costume

45. Tem ficado apavorado ou em pânico sem razões justificadas para isso ?

- a) não, absolutamente
- b) não mais do que de costume
- c) um pouco mais do que de costume
- d) muito mais do que de costume

46. Tem se sentido capaz de enfrentar seus problemas ?

- a) mais capaz do que de costume
- b) como de costume
- c) menos capaz do que de costume
- d) muito menos capaz do que de costume

47. Tem sentido que suas atividades têm sido excessivas para você ?

- a) não, absolutamente
- b) não mais do que de costume
- c) um pouco mais do que de costume
- d) muito mais do que de costume

48. Tem tido a sensação de que as pessoas olham para você ?

- a) não, absolutamente
- b) não mais do que de costume

Redução do Stress e Qualidade de Vida

R. S. Q. V.

- c) um pouco mais do que de costume
- d) muito mais do que de costume

49. Tem se sentido infeliz e deprimido ?

- a) não absolutamente
- b) não mais do que de costume
- c) um pouco mais do que de costume
- d) muito mais do que de costume

50. Tem perdido a confiança em você mesmo ?

- a) não absolutamente
- b) não mais do que de costume
- c) um pouco mais do que de costume
- d) muito mais do que de costume

51. Tem se considerado como uma pessoa inútil (sem valor) ?

- a) não, absolutamente
- b) não mais do que de costume
- c) um pouco mais do que de costume
- d) muito mais do que de costume

52. Tem sentido que a vida é completamente sem esperança ?

- a) não absolutamente
- b) não mais do que de costume
- c) um pouco mais do que de costume
- d) muito mais do que de costume

53. Tem se sentido esperançoso quanto ao seu futuro ?

- a) mais do que de costume
- b) como de costume
- c) menos do que de costume
- d) muito menos do que de costume

54. Considerando-se todas as coisas, tem se sentido razoavelmente feliz ?

- a) mais do que de costume
- b) assim como de costume
- c) menos do que de costume
- d) muito menos do que de costume

55. Tem se sentido nervoso e sempre tenso ?

- a) não, absolutamente
- b) não mais do que de costume
- c) um pouco mais do que de costume
- d) muito mais do que de costume

56. Tem sentido que a vida não vale a pena ?

- a) não, absolutamente
- b) não mais do que de costume
- c) um pouco mais do que de costume
- d) muito mais do que de costume

57. Tem pensado na possibilidade de dar um fim em você mesmo ?

- a) definitivamente, não
- b) acho que não
- c) passou-me pela cabeça
- d) definitivamente, sim

58. Tem achado algumas vezes que não pode fazer nada porque está muito mal dos nervos ?

- a) não, absolutamente

Redução do Stress e Qualidade de Vida
R. S. Q. V.

- b) *não mais do que de costume*
- c) *um pouco mais do que de costume*
- d) *muito mais do que de costume*

59. Já se descobriu desejando estar morto e longe (livre) de tudo ?

- a) *não, absolutamente*
- b) *não mais do que de costume*
- c) *um pouco mais do que de costume*
- d) *muito mais do que de costume*

60. Tem achado que a idéia de acabar com a própria vida tem se mantido em sua mente ?

- a) *definitivamente, não.*
- b) *acho que não.*
- c) *passou-me pela cabeça*
- d) *definitivamente, sim.*

CURSO DE REDUÇÃO DO STRESS E QUALIDADE DE VIDA

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO G3

Quadro 01 – Caracterização dos participantes do curso “*Redução do Stress e Qualidade de Vida*”, grupo iniciado em agosto de 2002, quanto a unidade de origem.

Unidade	N.º de Participantes	%
Creche Nossa Senhora Aparecida	02	
Escola Básica Batista Pereira	01	
Escola Básica Orlandina Cordeiro	01	
NEI Orisvaldina Silva	02	
E. B. Beatriz de Souza Brito	02	
Creche Doralice Teodora Bastos	02	
Escola Básica Acácio Garibaldi	01	
Escola Básica Albertina M. Dias	01	
Creche Chico Mendes	02	
Creche Francisca Idalina Lopes	01	
NEI São João Batista	01	
Creche Lucas Alexandre Boiteux	02	
Creche Celso Pamplona	01	
TOTAL	19	

Fonte: Lista de Participantes elaborada pela estagiária Giselli Casotti.

Quadro 02 – Caracterização dos participantes do curso “*Redução do Stress e Qualidade de Vida*”, grupo iniciado em agosto de 2002, quanto ao cargo ocupado.

Cargo	N.º de Participantes	%
Professora	06	
Auxiliar de Sala	04	
Merendeira	03	
Auxiliar de Serviços	01	
Não Levantado	06	

TOTAL	19	
-------	----	--

Fonte: Folha de Frequência dos Participantes.

Tabela 03 – Caracterização dos participantes do curso “Redução do Stress e Qualidade de Vida”, grupo iniciado em agosto de 2002, quanto a classificação por faixa etária..

Faixa Etária	N.º de Participantes	%
30 – 35	03	
36 – 40	08	
41 – 45	02	
46 – 50	03	
51 – 55	03	
TOTAL	19	

Fonte: Entrevista de apresentação realizada com o grupo no dia 09/08/02 e relatório de observação da estagiária Giselli Casotti.

Tabela 04 – Caracterização dos participantes do curso “Redução do Stress e Qualidade de Vida”, grupo iniciado em agosto de 2002, quanto ao sexo.

Sexo	N.º de Participantes	%
Masculino	01	
Feminino	18	
TOTAL	19	

Fonte: Lista de Seleção dos participantes.

Tabela 05 - Caracterização dos participantes do curso “Redução do Stress e Qualidade de Vida”, grupo iniciado em agosto de 2002, quanto a citação de presença de distúrbios de comportamento pelos participantes.

Distúrbio de Comportamento	N.º de Participantes	%
Distúrbios Depressivos	10	
Distúrbios Ansiosos	06	
Síndrome do Pânico	02	

Tentativa de Suicídio	02	
Distúrbios Orgânicos	07	

Fonte: Relato dos participantes durante entrevista de apresentação no dia 09 de agosto de 2002.

Tabela 06 - Caracterização dos participantes do curso " *Redução do Stress e Qualidade de Vida* ", grupo iniciado em agosto de 2002, quanto ao uso de medicação psicotrópica.

Situação	N.º de Participantes	
Em Uso	14	
Já Usaram	02	
Nunca Usaram	03	
TOTAL	19	

Fonte: Entrevista de apresentação realizada com os participantes no dia 09/08/02 e relatório de observação da estagiária Giselli Casotti.

OBS.: Material elaborado e fornecido por José Carlos Antunes
Psicólogo - São José - SC. 2002.

Stress e Doença

José Carlos Antunes

Pesquisas recentes sobre a incidência de stress sobre a população revelam que 80% das pessoas que procuram por uma consulta médica, apresentam significativa presença de stress associados não só ao aparecimento de enfermidades dos mais diversos tipos e gravidade, mas também, interferindo na recuperação e manutenção do estado de saúde e bem estar posterior ao tratamento.

Estudos vem sendo realizados tanto na área médica quanto na área psicológica no intuito de conhecer-se melhor os mecanismos envolvidos entre stress e doença física.

O stress pode ser entendido como um estado de fadiga ou desgaste das respostas que o nosso organismo possui frente as exigências e necessidades das tarefas e vida cotidiana ou a eventos específicos (casamento, doença grave na família, nascimento de filho ou irmão, etc.) e que provoca m um acúmulo no nível de tensão e alerta capaz de gerar respostas (sinais e sintomas) físicas e/ou psicológicas e de conduta que, na grande maioria das vezes, é negligenciado ou confundido com outras disfunções físicas ou transtornos psicológicos.

Em adultos, e muito comuns sintomas como dores de cabeça, taquicardia, falta de concentração e memória, dores abdominais recorrentes, sensação de falta de ar, fraqueza motora, insônia, pesadelos, agitação motora ou mental, falta ou excesso de apetite, nervosismo acentuado, intolerância, dores pelo corpo, sonolência, irritabilidade, impaciência, incapacidade de realizar tarefas diárias, etc., podem indicar a presença de um estado de estresse.

Em crianças, é comum as queixas relacionadas aos problemas escolares, agitação ou apatia motora e comportamento, aparecimentos de tiques motores, medos, enurese (xixi na cama), tendência a isolamento, etc. A precipitação de doenças infecciosas ou oportunistas, tais como, infecções de garganta recorrentes, alergias, queda de cabelo,

gastrites, herpes, resfriados, bronquites, e até o câncer, quase sempre são indicativos de que o paciente está ou esteve expostos a situações de stress emocional intenso por períodos prolongados antes do aparecimento de tais doenças.

Estudos tem demonstrado que o acompanhamento e monitoramento da resposta psicológica em situações de stress intenso tem sido de relevante valor no tratamento e recuperação de pacientes portadores de doenças graves, dentre as quais a bronquite, a asma, e até mesmo o câncer. Isso se deve ao fato, de que pessoas em stress tem seu sistema imunológico reduzido sensivelmente.

José Carlos Antunes é psicólogo clínico, especialista em empreendimentos para a saúde e consultor para Assuntos do Comportamento Humano em São José, Santa Catarina. E-mail: jcantunes_psiconet@ig.com.br

OS CUSTOS DO ESTRESSE

A maior parte das doenças físicas, emocionais e mentais, que afetam os profissionais, são hoje consideradas relacionadas ao estresse.

Existem duas categorias de custos relacionadas com o estresse:

1 - Custos Diretos:

- Participação – absenteísmo, descumprimento de horário, interrupção do trabalho, turnover. Existem vários custos diretos relacionados com estes fatores: equipes que não funcionam, queda de ânimo dos demais profissionais, ineficiência e admissão de novos profissionais.

- Performance – o estresse influencia o comportamento no trabalho: atraso nos projetos, qualidade e quantidade de produção, reclamações, acidentes, permanência de equipamentos em manutenção ou parados, desperdício de materiais e suprimentos.

- Demanda por indenizações.

2 - Custos Indiretos:

- Perda de vitalidade – perda de criatividade, dificuldades de concentração e raciocínio, queda de ânimo e motivação.

- Redução das comunicações – tanto na frequência dos contatos como na distorção das mensagens, conflito e ambigüidade.

- Decisões incorretas – por falta de ânimo ou de informações.

- Qualidade dos relacionamentos profissionais – desencontro de informações, animosidade, desrespeito que contribuem para conflitos destrutivos e deterioração das relações sociais.

- Custos de oportunidade – falta de energia na organização para enfrentar os desafios e ameaças externas e aproveitamento das oportunidades.

ALGUNS DADOS DE PESQUISAS E LEVANTAMENTOS ESTATÍSTICOS:

- 80% de todas as primeiras consultas médicas são devido a queixas relacionadas com o estresse.
- Pesquisas nos EUA mostram que as despesas de saúde com pessoas estressadas é 50% maior e que o estresse é contagioso.
- 80% dos acidentes industriais são devidos ao estresse.
- Acima de 50% dos dias perdidos de trabalho estão relacionados com o estresse.
- custo anual do absenteísmo, na Inglaterra, por ansiedade e depressão, é estimado em £ 5,3 bilhões.
- A cada dia cresce o número de profissionais de empresas, nos EUA e Europa, que reivindicam indenizações por suas deficiências e doenças associadas ao estresse, e estas indenizações têm sido de valor em média quatro vezes maior que as indenizações por lesões físicas.
- Evidências estatísticas indicam que profissionais de enfermagem perdem em torno de um milhão de dias de trabalho por ano devido a complicações relacionadas ao fumo e que em torno de 1500 destes profissionais morrem em consequência deste (Inglaterra). Em 1987, o custo do alcoolismo para a indústria inglesa foi estimado em £ 1,3 bilhões em termos de absenteísmo e baixa produtividade. Tanto o alcoolismo quanto o tabagismo são relacionados com o estresse.

CONFORME A SOCIEDADE AMERICANA DO ESTRESSE:

- A estimativa do custo do estresse no trabalho para as indústrias nos EUA, é de US\$ 300 bilhões anualmente, considerando-se o absenteísmo, a diminuição da produtividade, o turnover, as despesas médicas, etc. Em torno de 70% dos acidentes industriais são decorrentes do estresse.
- Indenizações por estresse no trabalho aumentaram vertiginosamente na última década. Somente na Califórnia o custo para indenizações legais e referentes a despesas médicas foi de quase US\$ 1 bilhão. Nove entre dez ações indenizatórias

têm sucesso, com média de custo quatro vezes maior que indenizações por acidentes.

- mercado para programas de gerenciamento de estresse, produtos e serviços era de US\$9,4 bilhões em 1995 e está estimado em US\$11,31 bilhões em 1999.
- 40% do turnover é devido ao estresse no trabalho. A Xerox Corporation estima que ele custa aproximadamente US\$1 a 1,5 milhão para recolocar um executivo superior e um funcionário médio entre US\$2.000 até 13.000 por pessoa.
- A violência no trabalho é enorme. Estão registradas quase 2 milhões de ocorrências de homicídios, agressões graves, estupro ou assédio sexual. Homicídio é a segunda causa de agressão ocupacional e a principal causa de morte entre mulheres trabalhadoras.

Observação: As evidências estatísticas nem sempre são uniformes. Os métodos de medição e a motivação de cada organização na execução dos trabalhos são diferentes. Ninguém poderá no entanto negar que o quadro é preocupante e aponta para providências preventivas e corretivas.

PESQUISA PARA AVALIAÇÃO DE ESTRESSE, AUTO-ESTIMA E QUALIDADE DE VIDA EM GRUPOS DE PROFISSIONAIS.

POR QUE FAZER PESQUISA?

O desempenho das empresas está intimamente ligado à disponibilidade dos profissionais e executivos para levarem a bom termo os projetos e tarefas a que se propõem.

Existe hoje comprovação científica de que esta disponibilidade física, emocional e mental dos profissionais, para serem eficientes e eficazes, está intimamente ligada aos níveis de distress, auto-estima e qualidade de vida que eles experimentam.

Mediante a aplicação de questionário composto de perguntas simples, em amostra significativa do público alvo, podem-se avaliar os níveis de estresse, auto-estima e qualidade de vida dos profissionais das empresas, dispondo então de dados concretos para tomada de decisões com relação às ações neste campo.

UM INSTRUMENTO DE CONVENCIMENTO

Os profissionais de saúde e recursos humanos das empresas no Brasil, em especial das empresas multinacionais, têm consciência da importância de se abordar as questões estresse, auto-estima e qualidade de vida dos profissionais.

Encontram, porém, dificuldades para implementar programas mais abrangentes e eficazes em razão de não possuírem elementos de convencimento da diretoria, geralmente cética quanto à necessidade destes trabalhos.

Têm assim se limitado a socorrer as pessoas que entram em crise ou desenvolver alguns programas objetivos em áreas como o lazer, a cultura física etc., que reconhecem, não obstante até melhorarem o clima empresarial, não terem maior alcance nos objetivos propostos.

A realização de um teste adequado, sobre as condições de estresse, auto-estima e qualidade de vida na empresa, estabelece a real situação dos profissionais com relação aos temas e o seu relatório certamente será um documento concreto e potente de convencimento e justificativa de ações na área.

DE QUE SE COMPÕE O TESTE?

ESTRESSE

1 – Avaliação do nível de consciência dos profissionais quanto à própria carga de estresse.

Este dado é muito importante para, cruzando-o com o nível efetivo de estresse detectado, se tomar medidas eficazes de informação e conscientização, pois o primeiro passo para um trabalho eficaz sobre estresse é a autoconsciência da questão.

2 – Avaliação do nível de estresse dos profissionais através de suas emoções: ansiedade, depressão e raiva.

Nosso organismo se defende das agressões excessivas a que o submetemos através de meios naturais de defesa, desenvolvendo as chamadas emoções do estresse. Detectar os níveis presentes destas emoções é uma avaliação segura dos níveis efetivos de estresse.

AUTO-ESTIMA

Avaliação dos níveis de auto-estima.

Todas as boas realizações do ser humano e toda a sua nobreza têm como fundamento o amor. O amor mais elementar, base para todas as direções que ele pode tomar, é o amor por si próprio, que é fundamentado pela auto-aceitação e se manifesta como sentimento de auto-estima.

Qualquer programa sobre estresse ou qualidade de vida seria vazio caso não considerasse a questão da auto-estima. A auto-estima é diretamente influenciada pela carga de estresse que carregamos.

QUALIDADE DE VIDA

Os níveis de qualidade de vida das pessoas têm a ver com parâmetros íntimos de integração e com a realização nas diversas dimensões da vida.

O RELATÓRIO

32

Os dados do teste serão agrupados e analisados para fornecer visão geral da situação dos profissionais da empresa com relação aos parâmetros levantados,

efetuando-se comentários a respeito das características observadas e apontando-se caminhos para ações específicas.

Obs.: Material elaborado e fornecido por José Carlos Antunes -
Psicólogo - São José - S.C. - 2002.

Dinâmica de Grupo.

11/02. Despertando o Conhecimento.

Objetivo.

Desenvolver a autenticidade de "o grupo".

Regular o processo de conhecimento mútuo no grupo.

Exercitar o ouvir e falar.

Reflexão.

Qual a pessoa do grupo que lhe é mais significativo? Porquê?

Como você acha que o grupo lhe vê?

Qual a sua característica mais marcante?

Qual o seu comentário sobre a equipe?

Existe alguém da equipe que durante o curso você passou a ver de outra forma ou que gostaria de aprofundar o relacionamento? Quem.

Quem do grupo você quer mandar um mensagem?

Qual o seu comentário sobre a equipe

Quais os aspectos negativos e positivos que você destacaria nos momentos de viver no grupo.

Despertando o Conhecimento -

14/10/02 - 10:00 horas -

Comentários

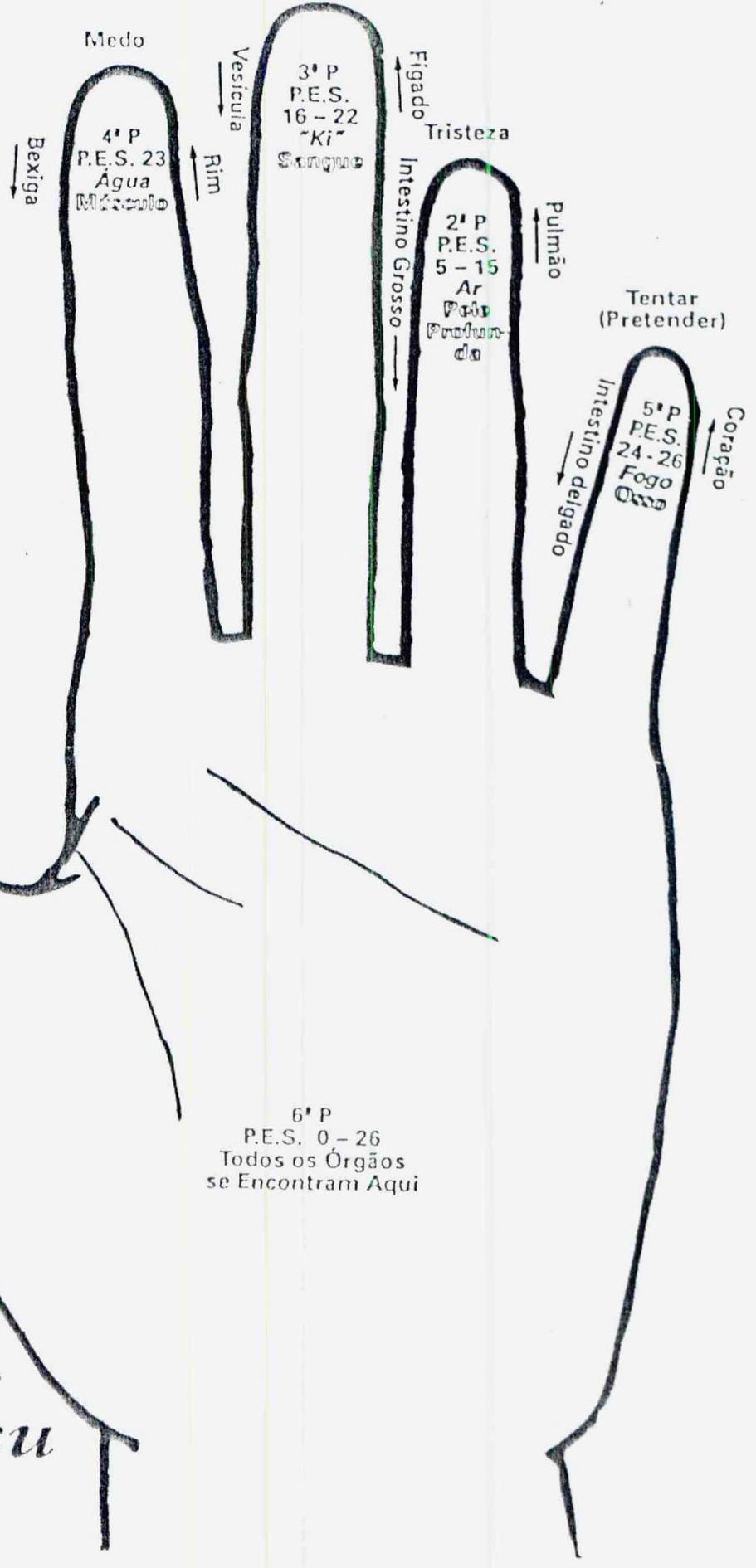
- Qual a pessoa do grupo que lhe é mais significativa? Porquê?
- Como você acha que o grupo lhe vê?
- Qual a sua característica mais marcante?
- Quais os aspectos negativos e positivos que você destacaria nos momentos de convivência no grupo?
- Existe alguém da equipe que deixou o curso por você passar a ver de outra forma que gostaria de aprofundar o relacionamento? Quem?
- Quem do grupo você quer mandar uma mensagem?
- Qual o seu comentário sobre a equipe?
- Qual seu momento

Objetivos -

- Desenvolver a autenticidade no grupo.
- Regular o processo de conhecimento mútuo no grupo.
- Exercitar o ouvir e falar.

OBS.: MATERIAL ELABORADO E FORNECIDO POR
MARIA ISABEL T. O. PEREIRA - ASSISTENTE SOCIAL - RME/SC 2002

Raiva



Preocupação

1º P
P.E.S.
1 - 4
Terra
Superfície
da Pele

Estômago

Baço

Medo

4º P
P.E.S. 23
Água

Bexiga

Rim

3º P
P.E.S.
16 - 22
"Ki"
Sangue

Vesícula

Fígado

2º P
P.E.S.
5 - 15
Ar
Pulmão

Tristeza

Intestino Grosso

5º P
P.E.S.
24 - 26
Fogo

Tentar (Pretender)

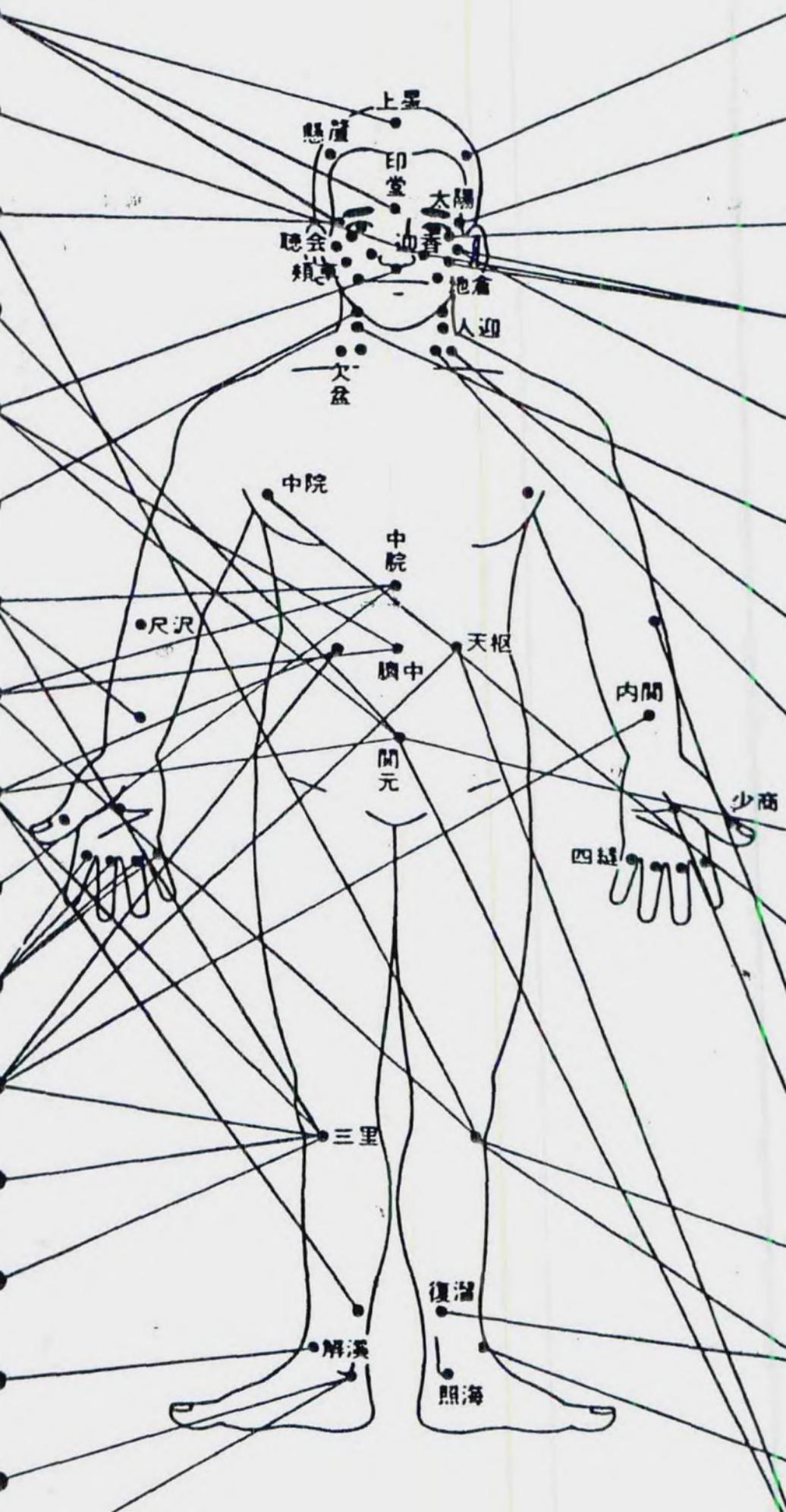
Intestino delgado

Coração

6º P
P.E.S. 0 - 26
Todos os Órgãos
se Encontram Aqui

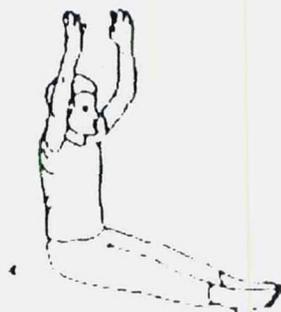
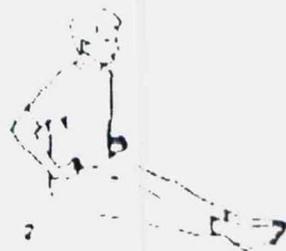
Dedos no
Shin Jyutsu

ツボの参考図



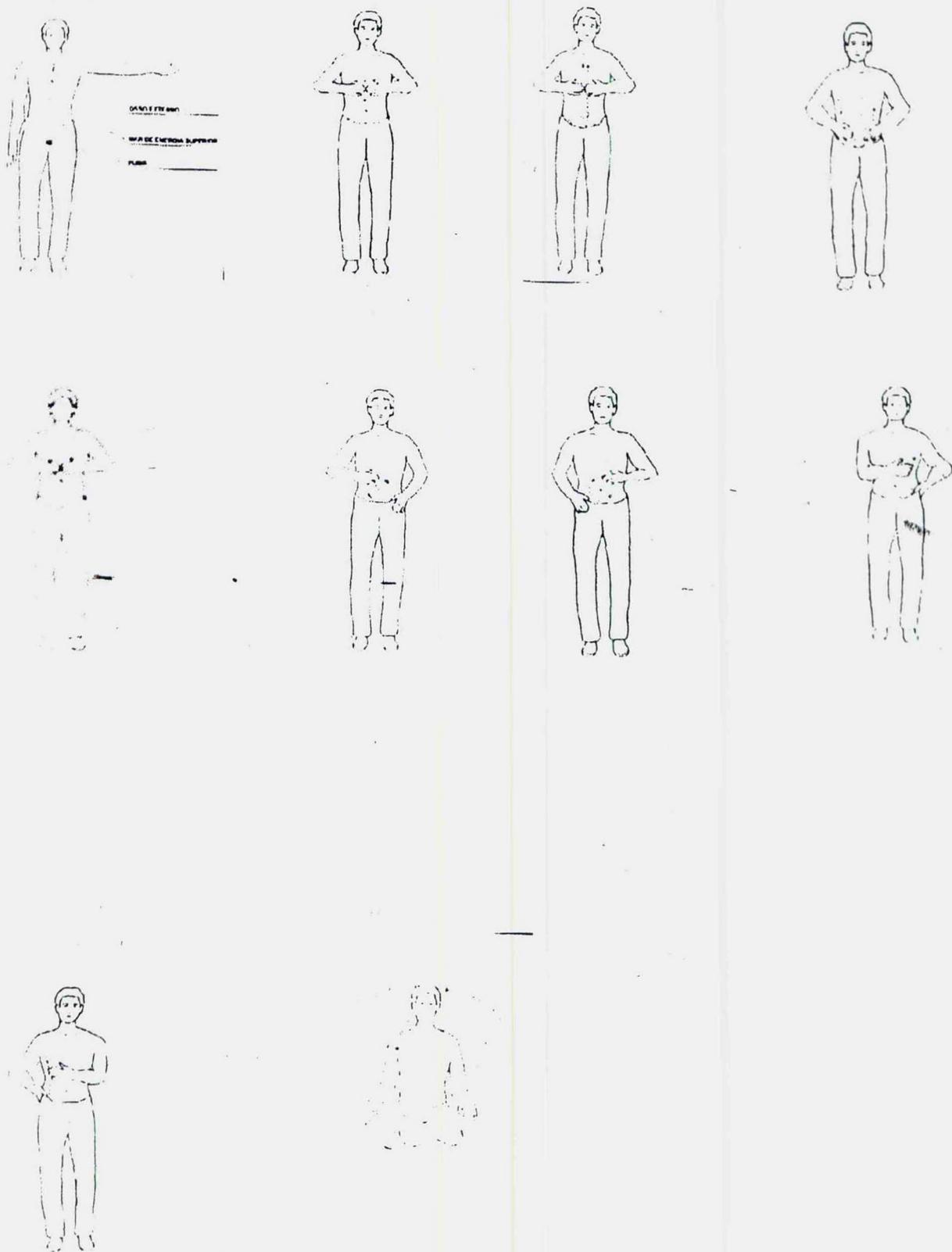
6 - OITO FORMAS DE ALONGAMENTO DOS TENDÕES - REMAR O BARCO

(seqüência dos exercícios em desenho)



10 - NOVE FORMAS PARA RESTABELECEER A VITALIDADE

(Seqüência do exercício em desenho)



Obs.: material fornecido por Elaine Pompermayer Otto (maturóloga). - 2002 -

ACÇÃO DE GRAÇAS PELA CRISE

Mirna Grzech

Bendita crise que sacudiu o mundo e a minha vida

Bendita crise que está reciclando tudo

Bendita crise que veio tirar minha ilusão de permanência

Bendita crise que vai trazer evolução

Bendita crise que vai fazer o mundo se reestruturar

Bendita crise que traz a transformação

Bendita crise que vai me ensinar o que é
verdadeiramente importante

Bendita crise que é um desafio

Bendita crise que vai me revelar a minha própria
sabedoria

Bendita crise que dissolve meus apegos

Bendita crise que vai ampliar minha visão

Bendita crise que me faz humilde

Bendita crise que vai abrir meu coração

Bendita crise que me traz a confiança

Bendita crise que vai me mostrar outras oportunidades

Bendita crise que me faz dar mais importância à vida

Bendita crise que me tirou do marasmo

Bendita crise que leva a um novo paradigma

Bendita crise que está me mostrando a luz

Bendita crise que me fez voltar a ter fé

Bendita crise que traz de volta a aventura de viver

Bendita crise que é o ponto de mutação

Bendita crise que me traz de volta o amor pela
humanidade

Práticas de harmonização corpomenta
Agosto/dezembro/2002

**PROGRAMAÇÃO CACUPÉ – GRUPO DE REDUÇÃO DO STRESS E
QUALIDADE DE VIDA**

DATA: 01/10/2002

LOCAL: SESC – CACUPÉ

HORÁRIO: 8:00 às 17:00h

7:30h – Saída de ônibus (Largo da Alfândega – centro – Fpolis)

8:00h – Chegada à Cacupé
Exames de sangue

9:00h – Café

9:30h – Caminhada orientada por médicos: Dr. Iberê e Dr. Talles

11:00h – Atividade com as terapeutas Elaine, Angelita e Telma

12:00h – Almoço

13:30h – Intervalo livre

14:00h – Reunião: “Tirando dúvidas” com Dr. Talles e entrega de resultados dos exames

15:00h – Atividade com Telma e Angelita

15:30h – Grupo: Haverá atividades com as terapeutas Telma e Angelita da Silva Oliveira

16:00h – Encerramento das atividades
Partida - ônibus

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO
COORDENADORIA DE SERVIÇO SOCIAL

CURSO REDUÇÃO DO STRESS E QUALIDADE DE VIDA

RELATÓRIO

DATA: 01/10/2002.

HORÁRIO: 8:00h as 17:00h

LOCAL: SESC – CACUPÉ

Este foi um evento realizado com a parceria da UNIMED, que ofereceu seus serviços para o grupo de aposentados e para o grupo Redução do Stress e Qualidade de Vida da PMF, no SESC Cacupé.

Fomos todos unidos em ônibus da própria PMF. Chegando ao local, fizemos exames de sangue, colesterol, entre outros e fizemos exames de condicionamento físico. Tudo acompanhado por médicos e especialistas na área.

Após tomarmos o café, Angelita e Telma reuniram o grupo e assim aplicaram uma técnica. Em seguida, almoçamos e descansamos após o almoço. Os participantes do grupo ficavam reunidos, porém sempre em duplas ou trios dos mais chegados.

No final da tarde, aconteceu uma palestra com o médico Dr. Iberê, que falou sobre a saúde na terceira idade bem como falou sobre as conseqüências do stress e depressão para saúde. Recebemos os nossos exames, comemos algumas frutas e finalmente deu-se por encerrado este belo encontro em Cacupé.

É importante ressaltar aqui, que neste dia, os participantes do grupo estavam alegres, risonhos e criando novos vínculos dentro do próprio grupo.



GISELLI CASOTTI

Estagiária de Serviço Social - PMF

Prefeitura Municipal de Florianópolis
Assessoria de Comunicação Social
AN/ Capital 28/09/02

AUDIÊNCIA PÚBLICA

**Comissão discute
metas fiscais**

A Comissão de Orçamento da Câmara de Vereadores de Florianópolis realiza, nesta segunda-feira, a partir das 14h30, uma audiência pública para apresentação, por parte da Prefeitura, do cumprimento das metas fiscais do município. A demonstração e avaliação serão realizadas por membros da Secretaria municipal de Finanças. A audiência, que será realizada em atendimento ao inciso quarto do artigo 9º da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), acontece no plenário do Legislativo municipal. O controle fiscal, instituído pela LRF, é feito por meio de encaminhamento, ao Tribunal de Contas estadual (TCE), dos relatórios de execução orçamentária e de gestão fiscal.

CARTAS

Loteamento

Fiquei espantado quando olhei a manchete do *AN capital* que mostrava um loteamento em construção no Sul da Ilha com 170 apartamentos, ligação direta dos funcionários da UFSC (Universidade do governo federal), dinheiro do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS/nosso dinheiro, que não podemos usar quando queremos) e através da caixa Econômica Federal (CEF), conhecido como Projeto avança Brasil, do governo federal (Projeto que viabilizou). Quem fez este projeto sabia que no Sul da ilha não tem esgoto? Que tudo é jogado no subsolo? Quem viabilizou sabe que não temos estradas apropriadas? Essa é mais uma vergonha nacional que sabemos e não podemos fazer nada pois quem comanda são os ditos "grandes". Senhores, mostre o lado humano que existe dentro de vocês e passem a lutar pela natureza pois é dela que vamos sobreviver. O dinheiro que estão colocando nos bolsos um dia acaba, ou vocês podem levar junto...

■ CARLOS NETO, morador do Can-deche

PREFEITURA

**Aposentados têm
dicas sobre saúde**

O serviço social da Secretaria de Administração da Capital realiza, nesta terça-feira, atividades esportivas com servidores municipais aposentados. O evento será realizado na sede do Serviço Social do Comércio (Sesc), em Cacupé, das 8 às 16 horas. Os funcionários da administração terão o auxílio de profissionais da Unimed. As atividades darão início ao programa "Saúde em Forma", através do qual os aposentados passarão por uma avaliação e receberão orientações sobre prática desportiva. O objetivo, segundo os organizadores do evento, é demonstrar os benefícios da atividade física para a qualidade de vida.

Encaminhamento

Estou começando a caminhar
ao meu favor.

"Fabíola"
(nome fictício)

Curso → Excelente

Deixo ao grupo: força, fé,
esperança

muita amizade

Reflexão
crescimento
Descoberta

Para o grupo.

Já estou com saudades
de vocês !!!

"maria"

(nome fictício)

Curso REGV

Maravilhoso!!!

Restaurador!!!

Valer!!!



Desejo um feliz
natal e um prospero
ano novo.

blizo a todos.

Este curso
fiz muito
bem, me
levei meu
olho astrau
la' em
cima ..

to sendo e feliz

uso de oportunidades de
conhecer novas pessoas e
sair um pouco do ambiente
rotineiro do trabalho. Foi
no momento certo do meu
vida.

C

BOM

Salve

Uma mensagem para o grupo:

O ontem é história

O amanhã é um mistério

Por isso vivamos o hoje, pois
como já se diz é ~~em~~ Presente

Gostei de
estar juntos
nos encontros
com as músicas
elegas - foi
toda legal.

Eu amei este
curso: conheci
vocês profissionais
que me passaram
uma nova
experiência de vida

O curso para mim só acrescentou

- Crescimento pessoal.
- Comecei um processo de amar a mim mesmo.
- Proporcionou momentos de auto-reflexão sobre minhas atitudes e a dos outros.
- Relacionar-me com pessoas "maravilhosas"

O curso ensina
a ler, desvendar,
entender a todos
as pessoas que ~~precisam~~
necessitam de apoio
moral espiritual etc.

A todas
sempre, e des-
de ~~as~~ meninas
~~de~~

Quas pessoas que marcaram pela sua
espontaneidade e me fizeram rir bastante:

• "Taís" (nome fictício)

• "Zilda" (nome fictício)

Se possível gostaria de participar novamente
ano que vem

ADOREI CONHECER TODAS

VOCÊS.

- "Marlene" (nome fictício)

Quero dizer a todos
que foi bastante gratifi-
cante em conhecê-la
e fortalecer mais a
amizade das duas que
já conhecia!

Susy (nome fictício)
Brigada "peles"
momentos de descontra-
ção que proporcionam
ao grupo.

Um abraço,

"Joana" (nome fictício)
10/12/02

Humanizações em grupo



n.







PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

Certificado

Certificamos que *Giselli Casotti*

participou do(a) Curso: "Redução do Stress e Qualidade de Vida"

realizado no período de 06 de Agosto a 13 de Dezembro de 2002

Promovido por esta Secretaria, com carga horária de 140 horas,

na qualidade de Participante

Florianópolis, 14 de Maio de 2003

Divisão de
Administração Escolar

Divisão de Ensino
Fundamental