

**Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção**

**ANÁLISE DO RISCO CORONARIANO, ESTRESSE E
QUALIDADE DE VIDA NA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
MULHERES DE CARREIRAS JURÍDICAS – SEDE PARANÁ**

Dissertação de Mestrado

Zilda Maria Abage

Florianópolis
2001

**ANÁLISE DO RISCO CORONARIANO, ESTRESSE E
QUALIDADE DE VIDA NA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
MULHERES DE CARREIRAS JURÍDICAS – SEDE PARANÁ**

**Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção**

**ANÁLISE DO RISCO CORONARIANO, ESTRESSE E
QUALIDADE DE VIDA NA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
MULHERES DE CARREIRAS JURÍDICAS – SEDE PARANÁ**

Zilda Maria Abage

Dissertação submetida à Universidade
Federal de Santa Catarina, ao Programa de
Pós-Graduação em Engenharia de Produção
como requisito parcial para obtenção do grau
de Mestre em Engenharia de Produção – Área
de Concentração Ergonomia.

Florianópolis
2001

Zilda Maria Abage

**ANÁLISE DO RISCO CORONARIANO, ESTRESSE E
QUALIDADE DE VIDA NA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
MULHERES DE CARREIRAS JURÍDICAS – SEDE PARANÁ**

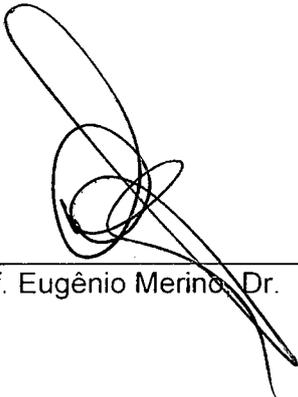
Esta dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título de **Mestre em Engenharia da Produção no Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção** da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 23 de novembro de 2001.



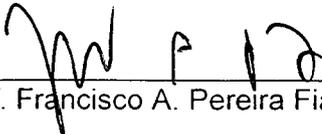
Prof. Ricardo Miranda Barcia, Phd.
Coordenador do Curso

BANCA EXAMINADORA



Prof. Glaycon Michels, Dr.
Orientador

Prof. Eugênio Merino, Dr.



Prof. Francisco A. Pereira Fialho, Dr.

À minha Mãe, Sra. Helena Gid Abage, que ao longo da minha vida
educou-me e incentivou a minha formação moral, profissional e
sobretudo humana, fazendo-se presente em todos os momentos,
dando-me o seu amor incondicional, o abrigo seguro que me ampara,
sendo a estrela que me orienta, o anjo que vela por mim.
Obrigada, minha mãe, por um dia o Amor tornar-se vida de tua vida,
fazendo-me existir.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Glaycon Michels, por sua dedicação, paciência e empenho, incentivando a realização do trabalho.

Ao Sr. Ubiratam de Lara, que me incentivou e auxiliou na manutenção dos meus estudos, desde a graduação até a oportunidade de realizar este mestrado e esta dissertação.

À Sra. Maria de Lurdes Rangel dos Santos, por ajudar-me a refletir sobre minha carreira profissional, dando-me a oportunidade de me tornar docente em sua instituição, e por acreditar no meu trabalho como fisioterapeuta.

À Dra. Alia Hadad, que prontamente concedeu-me a oportunidade desta pesquisa ser realizada junto à população de mulheres de carreiras jurídicas, dispensando sua atenção e auxílio.

À população estudada, integrantes da ABMCJ-PR, pela disposição em responder os diversos questionários, proporcionando dados essenciais à pesquisa

À Dra. Leocimary Toledo Staut, Presidente da ABMCJ-PR, por permitir a realização da pesquisa na entidade, encaminhando a população e colaborando como participante do estudo.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	vii
LISTA DE GRÁFICOS.....	viii
LISTA DE QUADROS.....	ix
LISTA DE REDUÇÕES.....	x
RESUMO.....	xi
ABSTRACT.....	xii
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Objetivos.....	3
1.1.1 Objetivo Geral.....	3
1.1.2 Objetivos Específicos.....	3
1.2 Questões a Investigar.....	4
1.3 Justificativa e Relevância.....	4
1.4 Delimitação do Estudo.....	7
1.5 Descrição dos Capítulos.....	7
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	8
2.1 Qualidade de Vida.....	8
2.2 Estilo de Vida.....	12
2.3 * Fatores de Risco Coronarianos.....	14
2.3.1 Idade.....	15
2.3.2 História Familiar.....	16
2.3.3 Hipertensão Arterial.....	16
2.3.4 Sedentarismo.....	19
2.3.5 Obesidade.....	21
2.3.6 Dislipidemia.....	22
2.3.7 Estresse.....	24
2.3.7.1 Estresse e trabalho.....	30
2.3.7.2 Estresse e tipo de personalidade.....	33
2.4 Prevenção.....	34
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	37
3.1 Modelo de Estudo.....	37
3.1.1 Seleção dos Sujeitos.....	38
3.1.2 População e Amostra.....	38
3.1.3 Características da Associação.....	39
3.1.4 Coleta de Dados.....	39
3.1.5 Instrumentos de Coleta.....	40
3.1.6 Tabulação e Tratamento de Dados.....	43
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
4.1 Mulheres de Carreiras Jurídicas (Estudo de Junqueira).....	44
4.2 Perfil da População da ABMCJ – PR.....	50
4.2.1. Idade da População Avaliada.....	50
4.2.2 Estado Civil.....	50
4.2.3 Pressão Arterial.....	51
4.2.4 Hábito de Fumo.....	52
4.2.5 Peso Corporal.....	52

4.2.6	Antecedentes Familiares de Doenças Coronarianas.....	52
4.2.7	Taxa de Glicemia e Colesterol.....	53
4.2.8	Níveis de Atividade Física.....	54
4.2.9	Horas de Trabalho por Dia.....	55
4.2.10	Estresse e Trabalho.....	56
4.2.10.1	Sintomas do estresse	58
4.2.10.2	Tipo de personalidade e estresse.....	61
4.3	Qualidade de Vida.....	63
5.	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	69
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
	ANEXOS.....	77
	ANEXO 1 – LEVANTAMENTO DOS SINTOMAS DE ESTRESSE.....	78
	ANEXO 2 - LEVANTAMENTO DE CARACTERÍSTICAS DA PERSONALIDADE TIPO A	80
	ANEXO 3 - NÍVEL DE ESTRESSE	82
	ANEXO 4 - QUESTIONÁRIO SOBRE ESTRESSE INVENTÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA	85
	ANEXO 5 – QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS DE VIDA	88

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação Esquemática da Idéia de Selye.....	26
Figura 2 - Reação Fisiológica do Estresse – Esquema I.....	28
Figura 3 - Reação Fsiológica do Estresse – Esquema II.....	29

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Estado Civil das Mulheres.....	51
Gráfico 2 - Doenças Coronarianas em Familiares Diretos.....	53
Gráfico 3 - Níveis de Atividade Física	54
Gráfico 4 - Período de Trabalho Diário	55
Gráfico 5 - Nível de Estresse – Análise de Estresse I	56
Gráfico 6 - Nível de Estresse – Análise de Estresse II	59
Gráfico 7 - Atividade Física das Entrevistadas - Graus de Ocorrência de Estresse.....	61
Gráfico 8 - Tipos de Personalidade	62
Gráfico 9 - Qualidade de Vida – Resultados dos Quadrantes	63
Gráfico 10 - Desligamentos dos Problemas para Descanso.....	65
Gráfico 11 - Ganho Satisfatório	66
Gráfico 12 - Se Pudessem Parar de Trabalhar	66
Gráfico 13 - Satisfação com o Tempo Dedicado à Família.....	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Parâmetros Relacionados à Qualidade de Vida.....	9
Quadro 2 - A Hierarquia das Necessidades	10
Quadro 3 - Classificação da Pressão Arterial no Adulto.....	19
Quadro 4 - Valores de Referência de CT, LDL-e, HDL-e e TG* em adultos (idade \geq 20 anos).....	24

LISTA DE REDUÇÕES

- ABMCJ-PR – Associação Brasileira das Mulheres de Carreira Jurídica – sede Paraná
- ACTH – Hormônio Adrenocorticotrópico
- AVE – Acidente Vascular Encefálico
- CT – Colesterol Total
- DAC – Doença Arterial Coronariana
- IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
- IDES – Instituto de Desenvolvimento de Estudos Sociais
- INCOR – Instituto do Coração
- HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
- LDL – Lipídeos de Baixa Densidade
- HDL – Lipídeos de Alta Densidade
- PA – Pressão Arterial
- PAS – Pressão Arterial Sistólica
- PAD – Pressão Arterial Diastólica
- TG – Triglicerídeos
- UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
- UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

RESUMO

ABAGE, Zilda Maria. **Análise do risco coronariano, estresse e qualidade de vida na Associação Brasileiras de Mulheres de Carreiras Jurídicas – Sede Paraná.** Florianópolis, 2001. 104p. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção - Área de Concentração Ergonomia) - Programa de Pós-graduação em Engenharia da Produção, UFSC, 2001.

Este estudo tem como objetivo analisar o Perfil de Risco Coronariano, Estresse e Qualidade de Vida em 18 mulheres da ABMCJ – PR. A preocupação em estudar essa população reside no ingresso das mulheres no mercado de trabalho, resultando em dupla jornada e que, aliado a fatores gerados pelo estilo de vida estressante, como alimentação inadequada e níveis altos de sedentarismo, acabam por desencadear e/ou agravar doenças cardiovasculares. Este estudo tem como base, uma pesquisa bibliográfica, que permitiu verificar que a mudança de estilo de vida da mulher está levando-a para um desequilíbrio físico e mental. Além da bibliográfica, uma pesquisa de campo faz parte do estudo. A coleta de dados foi baseada na aplicação de três questionários para a avaliação do estresse: Lipp (1999), França & Rodrigues (1997) e Hindle (1999), sendo um questionário para Qualidade de Vida (Lipp, 1996), e outro para a investigação dos fatores de risco coronariano, um instrumento de questões objetivas, além da mensuração da pressão arterial. A análise dos resultados demonstrou que 50% da população apresenta sintomas de estresse, 39% têm personalidade do tipo A, o que, somada aos fatores de risco, aumenta as chances do desenvolvimento das doenças coronarianas. Pôde-se observar que nenhuma das mulheres pesquisadas teve sucesso na qualidade de vida, em especial no fator saúde, no qual o sedentarismo apontou altos índices. E 89% de insucessos no quadrante profissional, a razão econômica prevaleceu. O desconhecimento dos fatores de risco demonstrou que mesmo com o acesso às informações as mulheres ainda não despertaram para a prevenção. São necessárias campanhas de esclarecimento e estudos específicos para a nova realidade que até pouco tempo atrás acometia mais os homens.

Palavras Chaves: Qualidade de Vida, Estresse, Risco Coronariano.

ABSTRACT

ABAGE, Zilda Maria. **Análise do risco coronariano, estresse e qualidade de vida na Associação Brasileiras de Mulheres de Carreiras Jurídicas – Sede Paraná.** Florianópolis, 2001. 104p. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção - Área de Concentração Ergonomia) - Programa de Pós-graduação em Engenharia da Produção, UFSC, 2001.

This study it had as objective to analyze the Profile of Coronarian Risk, Stress and Quality of Life in 18 women of the ABMCJ-PR. The concern in studying this population inhabits in the ingression of the women in the market of work , resulting in double work journey and that, ally the factors generated for the style of stressing life as inadequate feed and high levels of lack of physical activities, finish for unchaining and / or aggravating cardiovascular illnesses. This study had as base, a bibliographical research, that allowed to verify that the change of life style of the woman is taking her to a physical and mental disequilibrium. Beyond the bibliographical research, a field research has validated the study. The collection of data was based on the application of three questionnaires for the evaluation of stress: Lipp (1999), França & Rodrigues (1997) and Hindle (1999) being a questionnaire for Quality of Life Lipp (1996) and another one for the inquiry of the factors of coronarian risk, an instrument of objective questions beyond the measure of the arterial pressure. The analysis of the results demonstrated that 50% of the population present symptoms of stress, 39% has personality of the type, what added to the risk factors it magnifies the possibilities of the development of the coronarian illnesses. It could be observed that none of the searched women had success in the quality of life, in special in the quadrant of the health, in which the lack of physical activities pointed high indices. And 89% of failures in the professional quadrant, the economic ratio prevailed. The unfamiliarity of the risk factors demonstrated that, exactly with the access to the information, the women still did not wake up for the prevention. Campaigns of clarification and specific studies are necessary, for the new reality that until little time behind often happened to the men.

Key-words: Quality of Life, Stress, Coronarian Risk.

1 INTRODUÇÃO

Os avanços da medicina vêm buscando, cada vez mais, propiciar maiores possibilidades de longevidade ao homem moderno, porém, o que se constata, é que este opta por um estilo de vida extremamente agressivo ao seu próprio organismo. A realidade atual aponta para um cotidiano agitado, sem tempo para cuidados com a saúde e distante de bons hábitos de vida, como horários para desfrutar calmamente de uma refeição balanceada, da prática de atividade física regular e de momentos de lazer com os amigos e a família. Tal situação, somada a problemas característicos das grandes cidades, como trânsito, crescimento da violência, poluição sonora e busca constante de melhores posições sociais e profissionais, têm deixado os indivíduos frente a frente com o estresse e hábitos de vida inadequados, tendo como consequência uma maior tendência ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Com o aumento do número de mulheres no mercado de trabalho, que caracteriza positivamente a feminização nas últimas décadas, surge uma tendência a alterações na qualidade de vida, predispondo ao risco coronariano. Frente a essa realidade, este estudo busca uma reflexão em relação à qualidade de vida e estresse entre as mulheres atuantes no, no setor jurídico.

De acordo com o Terceiro Consenso Brasileiro para o Tratamento da Hipertensão Arterial (1998), sua prevalência é tão elevada que cerca de 15% a 20% da população adulta brasileira pode ser rotulada como hipertensa, sendo a população em idade economicamente ativa responsável por 40% dos custos

sociais por invalidez e absenteísmo ao trabalho (Chaves, 1998).

A hipertensão apresenta-se como um dos problemas de saúde pública de maior prevalência em todo mundo, constituindo-se como uma das principais causas de óbito por doenças cardiovasculares, atingindo 15% da população adulta (Nomura et al., 1995).

A comunidade médica brasileira aceita que as doenças cardiovasculares não se restringem a causar morte e sofrimento somente em homens, mas reconhecem que emerge um novo fator de mortalidade e morbidade, agora, nas mulheres. Os motivos aparentes são o uso de pílula anticoncepcional, aumento da obesidade, dos níveis de estresse e tabagismo (Lotufo, 1996).

O estresse pode ser definido como a incapacidade do organismo de tolerar, superar ou adaptar-se à exigências presentes no dia-a-dia. As conseqüências geradas pelo estresse podem envolver os sistemas endócrino-metabólico, cardiovascular, imunológico e gastrintestinal, entre outros (Ururahy et al., 1997).

O estresse emocional, entre outros fatores, parece incidir também na população feminina, deixando de ser um caminho seguido apenas pelo homem, recordista, até pouco tempo atrás, de exposição a esses riscos.

Estudos epidemiológicos demonstram forte ligação entre doença cardíaca e fatores estressantes. Tais distúrbios incluem doença coronariana, hipertensão, arteriosclerose e trombose. De fato, muitos médicos acreditam que o estresse, principalmente o ocupacional, é o fator mais importante da doença coronariana e dos infartos cardíacos (Michal, s/d).

A mulher conquistou seu espaço na sociedade e principalmente no mercado de trabalho, mas, mesmo tendo seu espaço, na grande maioria das vezes, ela ainda ganha menos que o homem e cumpre dupla jornada de trabalho (Isto É Especial, 2001). Esses itens, aliados a um conjunto de fatores gerados pelo estilo de vida estressante, alimentação inadequada e herança genética, atuam como fatores desencadeantes e/ou agravantes para as doenças cardiovasculares.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Investigar o risco coronariano, o nível de estresse e de qualidade de vida da população da Associação Brasileira das Mulheres de Carreiras Jurídicas – Sede Paraná.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Verificar os indicadores de risco coronariano relacionados ao estilo de vida, notadamente nos itens hereditariedade, peso corporal, fumo, taxa de glicemia, taxa de colesterol e prática de atividade física na população da Associação Brasileira das Mulheres de

Carreiras Jurídicas – Sede Paraná, por meio de questionários;

- Determinar como os indicadores de qualidade de vida e o nível de estresse se apresentam nessa população;
- Analisar a relação entre os valores de pressão arterial, nível de estresse e qualidade de vida com o risco coronariano;
- Relacionar a pesquisa de campo com os estudo bibliográfico;
- Verificar e discutir os resultados.

1.2 Questões a Investigar

- Qual o risco coronariano das integrantes da Associação Brasileira das Mulheres de Carreiras Jurídicas – Sede Paraná, levando em conta seu estilo de vida?
- Como se mostram os indicativos de estresse e alterações de qualidade de vida na população estudada?
- O estresse e/ou estilo de vida podem estar acarretando o surgimento de risco coronariano na população estudada?

1.3 Justificativa e Relevância

Busca-se contribuir cientificamente para a prevenção e a continuidade de estudos nesta área à pesquisa direcionada aos fatores de risco que podem levar à doença cardiovascular, especialmente em mulheres que atuam na área

jurídica, e que, por este motivo, estão sujeitas a situações de constante tensão, face à suas responsabilidades na esfera pública.

A mulher, na carreira jurídica, vem ocupando um espaço profissional tradicionalmente “reservado” aos homens. Considerou-se importante, portanto, analisar o estilo e qualidade de vida, os níveis de estresse a que estão expostas as representantes do Direito e as conseqüências do exercício da profissão, relacionadas com o desempenho de outros papéis, como os de esposa e mãe.

A mulher conquistou seu espaço na sociedade e, principalmente, no mercado de trabalho. No entanto, mesmo tendo obtido seu espaço, na maioria das vezes ela ainda ganha menos que o homem e, comumente executa uma dupla jornada de trabalho. Um conjunto de fatores aliam-se a isso, gerado por um estilo de vida estressante, alimentação inadequada e herança genética, que, em conseqüência, vêm a atuar como fatores desencadeantes e/ou agravantes de quadros hipertensivos.

O relatório “*Enfermidades cardiovasculares y Cerebrovasculares en las Américas*”, publicado pela *Interamerican Heart Foundation*, edição de 1996, e disponibilizado durante o último congresso da *American Heart Association* na cidade de New Orleans, demonstra, em dados brasileiros, que as doenças cardiovasculares representam 34% de todas as mortes. No estado de São Paulo esses dados, colhidos entre os anos de 1970 a 1992 e ajustados por idade, demonstraram uma taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares de 33,6% nos homens e de 40,6% nas mulheres, sendo a doença coronariana a maior causa de mortalidade da mulher após a menopausa (Ghorayeb et al.,

1996).

O ônus do estresse é incalculável, tanto em termos humanos como econômicos. Os custos aparentes (doenças, absenteísmo, suicídios, mortes) têm uma participação significativa na composição dos preços, o mesmo ocorrendo com os custos embutidos, como relacionamentos interpessoais rompidos, erros de julgamento tanto na vida privada como na pública, produtividade diminuída, demissões, falta de criatividade, desempenho fraco, baixo comprometimento com o trabalho e, por último, mas nem por isso menos importante, a redução da qualidade da saúde e do bem-estar.

“As imagens de “feminino” e de “masculino” são específicas a cada sociedade e a cada momento histórico são culturalmente definidas, não existindo, em abstrato, uma definição universal dessas categorias a partir das diferenças biológicas. Se essas diferenças biológicas também estão presentes na definição de masculino e feminino, a distinção entre esses dois gêneros depende fundamentalmente das experiências subjetivas que influenciam nossos sentimentos, nossos comportamentos e o processo de socialização que pode moldar o nosso comportamento social em função do contexto social no qual estamos inseridos. Assim como existem determinadas sociedades em que as mulheres são percebidas como seres fortes, em outras, como a sociedade moderna ocidental, as mulheres têm sido vistas como seres fisicamente fracos, cuja imagem tem ajudado a construção da representação das mulheres sobre elas próprias” (Junqueira, 1997, p. 1).

1.4 Delimitação do Estudo

A pesquisa realizada é exploratória, quantitativa e descritiva, apresentando um estudo de campo e um estudo bibliográfico associados.

A amostragem não é intencional quantitativamente, tendo como universo a população da Associação Brasileira de Mulheres de Carreiras Jurídicas, que participam de encontros dentro da sede de Curitiba – Paraná.

1.5 Descrição dos Capítulos

Para discorrer sobre o tema, esta dissertação foi dividida em cinco capítulos distintos. No primeiro, de que trata esta introdução, são colocados os objetivos a que se pretende chegar, a justificativa para a escolha do tema, além da delimitação do estudo. O capítulo 2 traz uma revisão bibliográfica dos temas relevantes ao estudo, baseando-se em autores já consagrados. O capítulo seguinte refere-se ao material e aos métodos utilizados para o levantamento dos dados, bem como à caracterização da amostra e do método propriamente dito. No capítulo 4 discute-se e analisa-se os resultados da pesquisa de campo. A conclusão, último capítulo do estudo, procura sintetizar os dados da pesquisa e propor sugestões que possam conduzir as mulheres da carreira jurídica a uma vida mais saudável, fazendo diminuir os riscos de doenças do coração e aumentando sua qualidade de vida.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Qualidade de Vida

Muitos pesquisadores têm dificuldades de encontrar uma definição para qualidade de vida, pois trata-se de uma dimensão subjetiva. Pode-se definir, porém, como uma adequação entre aquilo a que um indivíduo aspira e o que ele efetivamente obtém na vida que leva. Para Ururahy, et al (1997), é o equilíbrio da vida.

Para Lipp (1996), entende-se por qualidade de vida o encontro de equilíbrio em pelo menos quatro áreas: social, afetiva, profissional e da saúde. Segundo a autora, não é suficiente obter sucesso na carreira e na área social e não o ter nas outras áreas.

Nahas (2001, pg 5), descreve qualidade de vida como: “Condição humana que reflete um conjunto de parâmetros individuais, sócio-culturais e ambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano”.

Múltiplos fatores determinam a qualidade de vida de uma pessoa. A combinação desses fatores, que moldam e diferenciam o cotidiano do ser humano, resulta em fenômenos e situações que, abstratamente, pode ser chamada de qualidade de vida. Para Nahas (2001), tais fatores são o estado de saúde, a longevidade, a satisfação no trabalho, o salário, o lazer, as relações familiares e a disposição, entre outros. Esse autor enfatiza em sentido amplo a qualidade de vida, como sendo uma medida da própria dignidade humana, pois pressupõe o atendimento das necessidades humanas

fundamentais, as quais são especificadas no quadro abaixo e podem ser determinadas por parâmetros individuais e sócio-ambientais, influenciando significativamente na qualidade de vida dos indivíduos e/ou grupos populacionais.

Quadro 1 - Parâmetros Relacionados à Qualidade de Vida

Parâmetros Sócio – Ambientais	Parâmetros Individuais
<ul style="list-style-type: none"> - Moradia, transporte, segurança - Assistência médica - Condições de trabalho e remuneração - Educação - Opções de lazer - Meio-ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> - Hereditariedade - Estilo de vida * Controle do Estresse * Atividade Física habitual * Relacionamentos * Comportamento Preventivo

Fonte: Nahas (2001, p. 6)

Para Evans (1996), a década de 90 e a entrada do milênio constituíram uma era de tensões, por envolverem grandes mudanças. Estas tensões não se referem apenas à área profissional, mas, também, à área privada. Para o autor, a lição a ser aprendida está em saber manipular estas tensões e transformá-las em algo que contribua para aumentar a qualidade de vida das pessoas. Neste sentido, as organizações podem ajudar, desenvolvendo políticas de recursos humanos adequadas e voltadas para os valores básicos da vida, resgatando novamente o prazer de aprender a produzir.

A linha de pesquisa na Qualidade de Vida no Trabalho, por sua simplicidade, surge como uma alternativa para os estudiosos das relações de trabalho, visto que nela pode-se inserir não apenas aspectos materiais como

compensação, saúde e segurança, como também a situação de trabalho de uma forma ampla, incluindo-se autonomia, partilha de responsabilidades na gestão e nos resultados, possibilitando assim o pleno desenvolvimento das pessoas por meio de trabalhos que ofereçam possibilidades efetivas de crescimento profissional e pessoal (Lima, 1998).

Os modelos de Qualidade Total incluem a Qualidade de Vida, utilizando-se, em seus programas educativos em serviços, da “pirâmide de necessidades” de Maslow, como um sinalizador de potencialidades a serem desenvolvidas. A hierarquia das necessidades visa ao desenvolvimento das potencialidades, e constitui-se em uma hierarquia, pois sabe-se que, sem que as necessidades básicas sejam atendidas, as mais elevadas não têm possibilidades de emergir nos processos de realização (Marques, 1994).

O quadro 2 apresenta as necessidades humanas mais importantes, como as fisiológicas, até as menos notadas, porém não menos importantes, como a auto realização (Marques, 1994):

Quadro 2 - A Hierarquia das Necessidades

- Necessidades fisiológicas
- Necessidades de segurança
- Necessidades de amor
- Necessidades de estima
- Necessidades de auto-realização

Fonte: Marques (1994, p.143).

As variáveis das necessidades incluem:

- **Fisiológicas**

- alimentação e dieta equilibradas, atividade motora compatível, sono e repouso reparadores, satisfação sexual e reprodutiva, boa saúde física e psicológica, estimulação físico – sensorial.

- **Segurança**

- Habilidades básicas de auto ajuda, moradia adequada, vestuário apropriado, liberdade de ir e vir, disponibilidade de atendimento, liberdade de auto expressão, respeito e dignidade.

- **Amor**

- consideração pessoal e atenção, interação com os outros, envolvimento interpessoal, calor humano, intimidade e confiança.

- **Estima**

- satisfação expressiva (alegria), reconhecimento do próprio valor, assumir posições próprias, julgamento de situações problemáticas, acesso à informação, habilidades básicas de aprendizagem.

- **Auto-realização**

- senso de pertencer; aceitação pelos grupos, senso ético-moral do dever-ser, autocontrole pessoal e autoconfiança, espontaneidade na conduta e na experiência interior, desapego e descentração de si mesmo, solidariedade com os outros.

Os obstáculos mais observados na literatura com relação à qualidade de vida dizem respeito aos conflitos de insatisfação com a profissão ou com o local de trabalho, dificuldades decorrentes dos conflitos nas relações interpessoais, a falta de infra-estrutura doméstica para a mulher que trabalha

fora de casa e o sofrimento decorrente das crises e insatisfações da pessoa consigo mesma.

“No Brasil, existem contrastes sociais que mudam o grau de responsabilidade social das organizações e requerem uma visão das políticas e práticas de qualidade de vida ligadas desde a alimentação até programas extensivos a filhos e cônjuges. Além disso, mudanças econômicas, acúmulo de trabalho, horas extras e dificuldades com tecnologia concorrem para potencializar problemas de saúde, emocionais e de relacionamento interpessoal” (Limongi et al., 1995, p.30).

2.2 Estilo de Vida

O estilo de vida é um determinante importante da saúde do indivíduo, de grupos e comunidades. Existem fatores positivos e negativos que afetam a saúde e o bem-estar, a curto ou longo prazo e, a partir da meia idade, a qualidade de vida está diretamente associada aos fatores determinantes do estilo de vida.

A proposta de modificações do estilo de vida tem demonstrado efetividade na redução da pressão arterial, podendo ainda diminuir outros riscos cardiovasculares com baixo custo e mínimo risco. Os indivíduos devem ser encorajados a adotar as mudanças no estilo de vida, principalmente quando apresentam fatores de risco adicionais para doença cardiovascular prematura, tais como dislipidemia ou diabetes melitus. Embora seja difícil iniciar

ou manter modificações no estilo de vida, uma abordagem sistemática, utilizando esquema multiprofissional e envolvimento da comunidade, tanto quanto possível, pode contribuir para o processo educativo, apoio e seguimento necessário ao indivíduo (Bonadese, 2000).

Embora de difícil implementação, as mudanças devem ser incentivadas e orientadas desde a infância, com ênfase na abordagem familiar. O controle de peso, uma dieta balanceada e a prática de atividade física regular são medidas simples que, quando incorporadas as fases precoces da vida, representam benefício potencial sobre o perfil de risco cardiovascular.

Para Nahas (2001), os fatores que afetam negativamente a saúde e sobre os quais é possível ter controle são o fumo, o álcool, as drogas, o estresse, o isolamento social, o sedentarismo e os esforços intensos e repetitivos.

Ações educativas devem ser dirigidas a profissionais de saúde, alunos de escolas de ensino fundamental e médio, escolas profissionalizantes, pessoal de instituições, empresas e membros da comunidade, especialmente clubes sociais e de serviço. Ações de conscientização devem ser desenvolvidas por campanhas de esclarecimento veiculadas pela mídia e campanhas temáticas periódicas. Além disso, outras ações, segundo Bonadese (2000), podem ser implementadas, como o estabelecimento de normas governamentais para reduzir o conteúdo de sódio e gorduras saturadas nos alimentos industrializados, a incorporação de ações de prevenção, detecção e controle da hipertensão nos programas de atenção primária da saúde e implementação de assistência multiprofissional.

2.3 Fatores de Risco Coronarianos

Entre as principais causas de mortalidade, de aposentadoria por invalidez e de licença temporária de trabalho estão as doenças cardiovasculares. A de maior incidência é a doença coronariana, causada pela irrigação insuficiente do coração pelas artérias coronárias. Esse fato está diretamente relacionado ao grau de obstrução pelas placas ateroscleróticas, formadas pela deposição constante de gordura e colesterol. Essa obstrução pode apresentar diferentes manifestações clínicas, variando desde sintomas como angina, passando pelo infarto do miocárdio, até morte súbita (Friedewald, 1997). Por ser evolutiva, ela progride com o envelhecimento, podendo, porém, ser desencadeada por parâmetros genéticos, ambientais e hábitos de vida, que são denominados de “fatores de risco”. Pode-se descrever como fatores de risco a hipertensão arterial, o colesterol e os triglicerídios elevados, a obesidade, o diabetes, o estresse, o fumo, o sedentarismo e a hereditariedade (Novazzi, 1997).

Quando se fala sobre doença coronariana aterosclerótica, há de se considerar dois grupos de fatores ou agentes causais: os fixos, a princípio não modificáveis, e os adquiridos, que podem ser removidos, e, portanto, modificáveis. Este segundo grupo de fatores depende diretamente dos hábitos, isto é, do estilo de vida. Dentre os fixos, aqueles sobre os quais não se pode agir, estão o sexo, a idade e a história familiar. No que se refere ao sexo, observa-se que as mulheres, até a menopausa, estão mais protegidas que os homens, devido à presença do hormônio estrogênio (Carvalho et al., 1995).

De acordo com resultados de grande parte dos levantamentos epidemiológicos, os fatores de risco mais valorizados da etiopatogenia da doença aterosclerótica são os seguintes: dislipidemia, hipertensão arterial, tabagismo, diabetes, idade/sexo e história familiar prematura de doença coronária. No entanto, são considerados, embora menos perigosos, tornando-se de igual significado quando se associam ao mesmo paciente, o sedentarismo, a obesidade, o fibrinogênio elevado e o estresse (Novazzi, 1997).

No que se refere aos fatores de risco modificáveis, existe uma íntima relação com os hábitos e, portanto, com o modo de vida. O fumo, a hipercolesterolemia, a hipertensão arterial, a intolerância à glicose e o sedentarismo são considerados, hoje, como os principais fatores de risco adquiridos. Além dos já mencionados, pode-se ainda considerar a hipertrigliceridemia, a hiperuricemia e a obesidade, além de fatores nitidamente comportamentais, como o isolamento social, a educação, a tensão e/ou a ansiedade (Carvalho et al., 1995).

A seguir, serão apresentados os fatores de risco para doença arterial coronariana.

2.3.1 Idade

A idade avançada pressupõe maior possibilidade de surgimento da doença e suas conseqüências, pelo fato de, em geral, a aterosclerose ser um processo de instalação lenta e gradativa, manifestando-se clinicamente quase sempre décadas após o início do processo.

Uma comparação internacional dos dados de mortalidade nas cidades brasileiras, realizada na segunda metade da década de 80, demonstra que tanto a doença cerebrovascular como as doenças do coração apresentam taxas maiores entre as mulheres brasileiras na faixa etária de 45 a 64 anos, do que a de outros países mais desenvolvidos (Lotufo, 1996).

2.3.2 História Familiar

Um histórico familiar de morte ou doença cardiovascular prematura, constitui-se em um fator de risco importante, embora, muitas vezes, fatores adquiridos, decorrentes de hábitos familiares, possam se confundir com aqueles de origem genética.

2.3.3 Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial possui seus próprios fatores de risco, quando se refere à forma essencial ou primária, que representa a grande maioria dos casos, como a obesidade, o álcool, o sedentarismo, a alimentação (principalmente aquela rica em sal, mas também em gordura animal e açúcar industrializado), o diabetes mellitus, o fumo, o estresse, ligados ao estilo de vida (Carvalho et al., 1995).

Atualmente a hipertensão arterial tem sido apontada como uma doença multifatorial. Ou ainda, tem se revelado como resultante de um desequilíbrio no

complexo conjunto de estruturas orgânicas responsáveis pela manutenção de um fluxo sanguíneo adequado às necessidades tissulares (Mello, 1992).

Apesar das pesquisas clínicas e experimentais, não encontrou-se, ainda, um denominador comum para a etiologia da hipertensão. Nesse sentido, Page (*apud* Mello, 1992) desenvolveu, em 1949, a teoria do mosaico, que atribui a conjunção de vários fatores à regulação da pressão arterial. São fatores fisiológicos que, de maneira integrada, se articulam para o cumprimento de tão delicada tarefa. Coração, vasos e rins, sob o comando e controle do sistema nervoso central, interferem nessa regulação. O organismo tem a necessidade de manter um fluxo sanguíneo nas suas demandas, a qual varia de minuto a minuto e em diferentes regiões do corpo, conforme solicitações internas ou externas. Portanto, a regulação da pressão arterial é uma tarefa adaptativa. Nesse contexto, Mello (1992) salienta a importância do sistema nervoso central no processo de regulação da Pressão Arterial. Coloca também que, ao sistema nervoso central, compete não apenas coordenar o conjunto de órgãos e sistemas que constituem o circuito fisiológico dessa regulação, mas também em como processar as informações vindas do próprio organismo ou do ambiente que o cerca, com o objetivo de promover os ajustes ou adaptações necessárias.

Os grupos de hipertensos começaram a proliferar na década de 70, nos Estados Unidos, através de um programa nacional de detecção e controle da H.A – Hipertensão Arterial (*Hypertension Detection and Follow – up Program*, 1982), face aos elevados índices de morbidade e mortalidade que a doença apresentava e ao elevado número de pessoas atingidas. Com esse

programa buscava-se aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento e o efetivo controle dos níveis tensionais. Para alguns pesquisadores, como Egan e Madriota (*apud* Mello,1992), tais medidas não são suficientes para alcançar os objetivos desejados, pois é mister modificar hábitos de vida e elaborar situações que contribuam para a manutenção e não agravamento da doença.

Os hipertensos reagem muito mais intensamente ao contato social, refletindo uma hipervigilância crônica, uma constante prontidão para a luta ou fuga, como se vivessem “em guarda” contra os outros. No entanto, paradoxalmente, os hipertensos geralmente não sentem essas sensações nem as mudanças, por vezes até perigosas, que acontecem com o seu sistema cardiovascular e tendem a sorrir para seu interlocutor, mesmo quando o contato lhes é potencialmente destrutivo (Bellkiss,1998).

A psicogênese da “hipertensão arterial sistêmica” atribui causas emocionais a esse estado, levando à constatação de que é o contato, a interação social, que propicia o contexto que desperta um potencial de reação, cuja resposta é intensa e rápida, envolvendo alterações de pressão sangüínea. Não há descrição de casos em que o indivíduo, isolado do contexto social, desencadeie episódios hipertensivos. Nesse contexto, existem vários fatores estressantes divididos em duas categorias: agudos, que coincidem com a colocação de Blumhagem (*apud* Bellkiss,1998) sobre qualquer situação que é vista como afetando temporariamente o indivíduo, seja um super esforço físico ou emoções fortes de raiva, ansiedade elevada ou, ainda, demandas sociais que causem grande excitação ou estresse; e fatores estressantes crônicos, que seriam aqueles relacionados com o estilo de vida, com padrões culturais

enraizados no ambiente social mais amplo, os “males da civilização”. Parece haver uma sobreposição desses fatores entre si com os tipos agudo, ou seja, os fatores crônicos permeiam toda a vida social do indivíduo, gerando um estresse básico, como demonstra o quadro 3.

Quadro 3 - Classificação da Pressão Arterial no Adulto

Categoria	PAS (mm Hg)	1	PAD (mm Hg)
Ideal	< 120	e	< 80
Normal	< 130	e	< 85
Normal elevada	130-139	ou	85-89
Hipertensão arterial	1	1	1
Estagio 1	140-159	ou	90-99
Estagio 2	160-170	ou	100-109
Estagio 3	180	ou	110

Fonte: Kornalewsky (2001, p.3).

Quando a PAS e a PAD integram categorias diferentes, deve utilizar-se a categoria mais elevada, para verificação da categoria de classificação.

2.3.4 Sedentarismo

Nos países industrializados, a inatividade física representa reduzida qualidade de vida e morte prematura.

O estilo de vida sedentário constitui fator de risco importante para o desenvolvimento de doença arterial coronariana. O risco de um infarto do miocárdio é duas vezes maior para indivíduos sedentários, quando

comparados com aqueles que praticam atividade física regularmente. Em uma estimativa feita nos EUA, cerca de 200 mil mortes/ano podem ser atribuídas ao estilo de vida sedentário, representando 23% de todas as mortes de doenças do coração, devido a esse comportamento (Nahas, 2001).

Um estudo realizado por Piaffenbarger (*apud* Faludi et al., 1996) demonstrou que pessoas mais ativas fisicamente viveram mais e tiveram menor morbi-mortalidade de origem cardiovascular. A mortalidade total cardiovascular e coronariana reduziu à medida que aumentou o grau de atividade física em todas as idades, incluindo os idosos. Estudando os efeitos da atividade física no trabalho, demonstrou-se que indivíduos com alto gasto energético (aferido em quilocalorias) na atividade profissional, quando comparados a trabalhadores sedentários, apresentaram menor índice de mortalidade coronariana, expressa principalmente pela redução de casos de por morte súbita.

✕ O exercício físico regular reduz a pressão arterial, além de produzir benefícios adicionais, tais como a diminuição do peso corporal, e ação coadjuvante no tratamento de dislipidemias, da resistência à insulina, do abandono do tabagismo e do controle do estresse, contribuindo ainda para a redução do risco de indivíduos normotensos desenvolverem hipertensão (Chaves, 1998).

Alguns estudos epidemiológicos observados sugerem a existência de associação entre inatividade e aumento do risco para a doença coronariana, enquanto outros evidenciaram a não progressão da aterosclerose na vigência da prática regular de atividades físicas. O sedentarismo foi considerado

recentemente, pela *American Heart Association*, como significativo problema de saúde pública e fator importante de risco cardiovascular (Ghorayeb et al., 1996).

2.3.5 Obesidade

A obesidade é o principal fator de risco nas sociedades desenvolvidas, sendo responsável pelo aumento da morbidade e mortalidade cardiovascular, diretamente ou pela associação com fatores de risco como a hipertensão arterial, o diabetes e as dislipidemias (Bronstein, 1996).

Dos fatores de risco determinantes das doenças cardiovasculares, a obesidade é aquele em que as diferenças de prevalência são maiores entre homens e mulheres e no qual a comparação internacional demonstra as mulheres brasileiras com valores dos mais elevados.

Lotufo (1996, p.669), em uma conclusão de estudo comprovada no *Nurse's Health Study*, utilizando a doença coronariana como desfecho clínico, afirma que “mulheres, estando dentro dos limites “normais” ou “aceitáveis” do índice de massa corpórea, mas que ganharam peso desde os 18 anos de idade, apresentam maior risco de infarto comparado àquelas que mantiveram seu peso durante o período”.

O excesso de peso corporal tem forte relação com o aumento da pressão arterial. O aumento do peso é um fator predisponente para a hipertensão. Os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso, de modo a alcançar o IMC (Índice de Massa

Corporal) inferior a 25kg/m² e Relação Cintura Quadril (RCQ) inferior a 0,8 para as mulheres e a 0,9 para os homens, em razão de sua associação com risco cardiovascular aumentado (Chaves, 1998).

Carvalho et al. (1995), em seu trabalho sobre atividade física e saúde, cita a obesidade como um fator de risco secundário e relaciona esta com a doença coronariana, fazendo uma breve consideração sobre a deposição de gordura predominantemente abdominal, com um maior risco de doença isquêmica cardíaca e morte, independente do nível de obesidade total. Considera-se, desse modo, que muito mais do que a obesidade geral, o seu subtipo dito masculino ou andróide apresenta importante correlação com alterações metabólicas, tanto em homens como em mulheres.

2.3.6 Dislipidemia

Há um tempo atrás, as mulheres geralmente não apresentavam doença coronariana antes da menopausa; porém, estudos recentes da *Yale University School of Medicine*, nos Estados Unidos, têm feito considerações sobre a mudança de estilo de vida, que vem neutralizando a proteção biológica das mais jovens. Nesses grupos, o índice de mortalidade é duas vezes maior do que nos homens. A mulher passou a ser mais sedentária e a se alimentar fora de casa, aumentando o consumo de gorduras e frituras (Isto É Especial, 2001).

“Vários estudos, em diversos países, têm demonstrado íntima relação entre colesterol, aterosclerose (obstrução das artérias pela formação

de placas de gordura) e doença coronariana. Tem-se demonstrado que em populações cujas dietas têm excessivo teor de gordura ocorre maior número de mortes por doenças coronarianas. O elo entre dietas ricas em gorduras e ataque cardíaco é o colesterol. O colesterol é um tipo de gordura, sintetizado principalmente pelo fígado e que circula no sangue. Este é o colesterol endógeno (colesterol produzido pelo organismo). Há também o colesterol proveniente da alimentação, chamado colesterol exógeno. O colesterol é um elemento importante para o organismo, pois é utilizado para a formação de membranas celulares, produção de hormônios e outras funções. Quanto maior a concentração de colesterol no sangue, maior será sua deposição na parede das artérias e conseqüente formação de placas gordurosas (ateroscleróticas), que levarão ao enrijecimento da parede das artérias e à obstrução progressiva da circulação sangüínea. Pode-se dizer que para cada 1% de redução dos níveis de colesterol sangüíneo, existe uma redução de 2% no risco de ataque cardíaco em homens com diagnóstico de hipercolesterolemia” (Kornalewsky, 2001, p.2).

O Quadro 4, a seguir, traz esclarecimentos sobre os níveis do colesterol.

Quadro 4 – Valores de Referência de CT, LDL-e, HDL-e e TG* em adultos (idade \geq 20 anos)

Valores (mg/dl)			
	Desejáveis	Limitrofes	Aumentados
CT	<200	200 – 239	\geq 240
LDL-e	<130	130 – 159	\geq 160
HDL-e	\geq 35	-	-
TG	< 200	-	\geq 200**

Fonte: Faludi & Bertolami (1998, p.10)

** Devem ser considerados em conjunto com os valores de LDL-e e HDL-e.

*CT: Colesterol Total

LDL-e: Lipídios de Baixa Intensidade

HDL-e: Lipídios de Alta Intensidade

TG: Triglicerídeos

2.3.7 Estresse

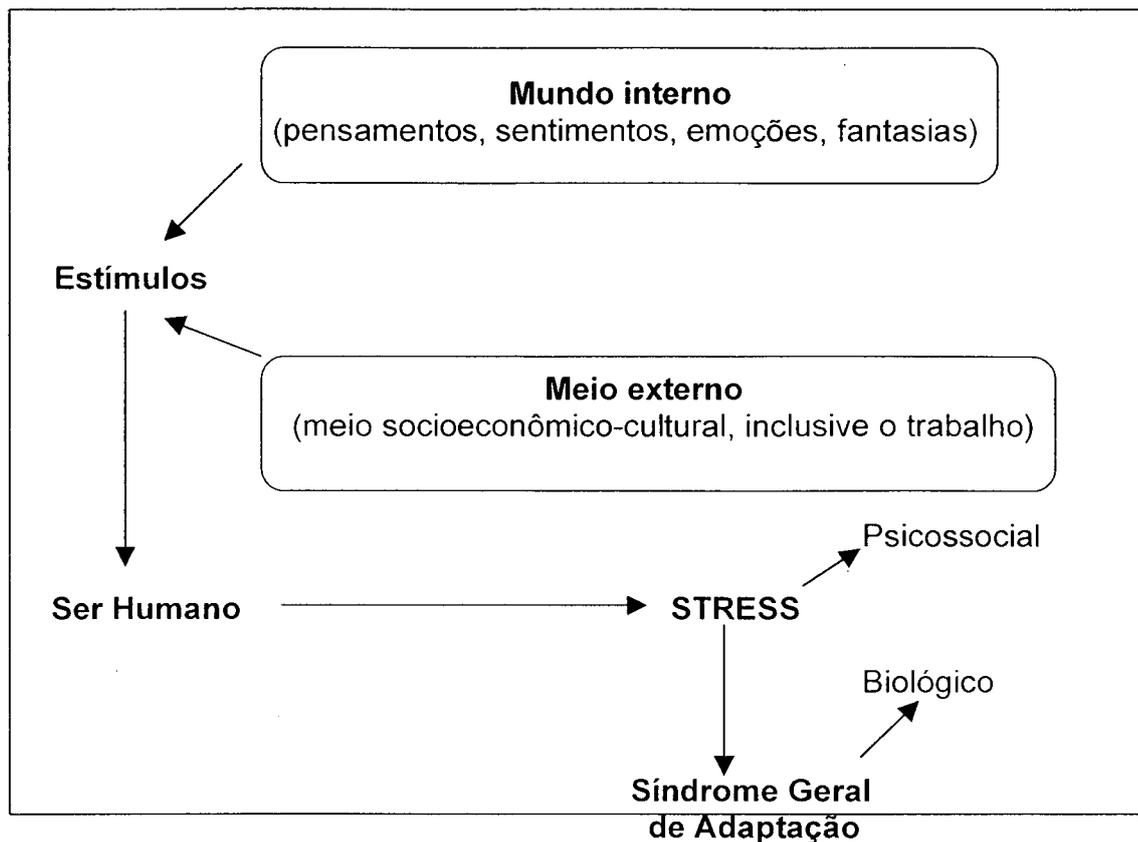
Palavra latina usada na área da saúde desde o século XVII, somente em 1926 o pai da "estressologia", Dr. Hans Selye, a usou para descrever um estado de tensão patogênico do organismo (Lipp,1999).

Estresse é a resposta fisiológica, psicológica e comportamental de um indivíduo que procura adaptar-se e ajustar-se às pressões internas e externas (Michal, s.d.).

Stress, aporuguesado como estresse, segundo a definição do dicionário Aurélio (1999, p.843), "é um conjunto de reações do organismo à agressões de ordem física, psíquica, infecciosa e outras, capazes de perturbar-lhe a estricção". Quando o indivíduo se sente ameaçado, uma série de reações orgânicas são desencadeadas ao mesmo tempo. A ameaça pode ser real,

pode-se percebê-la consciente ou inconscientemente, como se fosse verdadeira. Esse processo caracteriza o estresse, que, em certo grau, é necessário ao organismo, uma vez que colabora com o bom desempenho das funções orgânicas e psíquicas, como crescimento e criatividade. A esse nível positivo de estresse, Hans Seyle define como *eustress*. Porém, se essas situações boas ou más repetem-se com frequência, ou seja, as situações de estresse são constantes, aí sim tem-se um grande problema. Alguns estudos denominam esse processo negativo, que caracteriza situações aflitivas, como *distress*. Os níveis de estresse são diferentes de pessoa para pessoa. Pessoas com limites mais elásticos possuem maior resistência a ele. Porém, ao serem submetidas à tensão constante e crescente, inevitavelmente, como qualquer elástico, irão se romper, o que significa que o corpo e a mente adoecerão (Delboni,1997).

Figura 1 – Representação Esquemática da Idéia de Selye



Fonte: Selye (apud Delboni, 1997, p. 21)

Tem-se um estímulo sobre o organismo, o *estressor*, que desencadeia uma resposta, que é o estresse. Resumidamente, pode-se dizer que os estressores podem advir do meio externo como o frio, o calor, as condições de insalubridade, ou ainda do ambiente social como o trabalho, e do mundo interno, aquele vasto mundo que temos dentro de nós, como os pensamentos e as emoções – angústia, medo, alegria, tristeza. Tanto um como outro tipo de estressores são capazes de disparar em nosso organismo uma série imensa de reações, via sistema nervoso e endócrino (relacionado às glândulas) e sistema imunológico, através da estimulação do hipotálamo – glândula situada na base do cérebro – e sistema límbico, que são importantes estruturas do

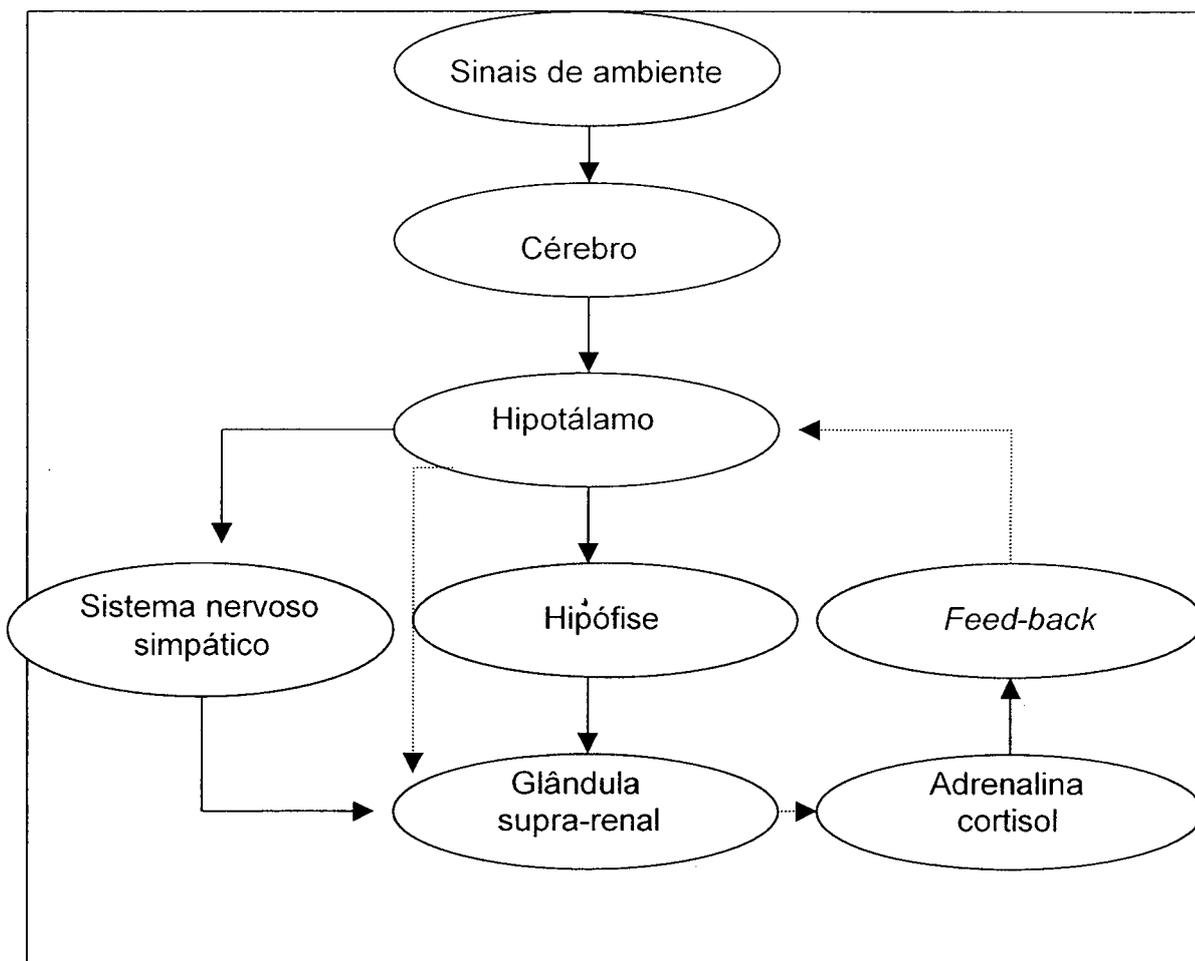
Sistema Nervoso Central relacionadas com o funcionamento dos órgãos e regulação das emoções (França & Rodrigues, 1997).

Para Lida (1997), a primeira reação ao estresse surge na glândula pituitária, que produz um hormônio que, por sua vez, serve para estimular outras glândulas como a tireóide, o pâncreas, o fígado e a supra-renal. Elas reagem em conjunto, preparando o organismo para enfrentar um desafio ou fugir da situação de “perigo”. Os hormônios provocam dilatações cardiovasculares para aumentar o fluxo sanguíneo e, ao mesmo tempo, constrições na circulação periférica, poupando sangue para o caso de uma necessidade adicional, e isso vem a produzir um aumento da pressão sanguínea. Se esse mecanismo for repetido com grande frequência, surge uma hipertensão, aumentando o risco de doenças cardiovasculares, úlceras gástricas e infecções respiratórias.

Em condições normais, sem estresse, as glândulas e o sistema nervoso coordenam suas ações sobre as células do corpo, trabalhando em um ritmo apropriado à situação em que o indivíduo se encontra. Já em situação de estresse, uma série de eventos ocorre na estrutura do sistema nervoso. O sistema nervoso simpático, que é um dos dois ramos do sistema nervoso autônomo, entra em funcionamento a plena carga e ativa uma verdadeira orquestra química de secreções hormonais, situação em que o hipotálamo ativa a glândula hipófise e esta libera seu hormônio próprio, o ACTH (hormônio adrenocorticotrópico), injetando-o na corrente sanguínea. Quando o ACTH chega às glândulas supra-renais, provoca nelas uma reação característica. As glândulas aumentam sua produção de adrenalina na corrente sanguínea,

juntamente com os hormônios corticóides. A adrenalina, em especial, faz com que o corpo fique em acentuado estado de alerta. Como a corrente sangüínea é o sistema de comunicação e transporte comum de todo corpo, esses produtos químicos da tensão logo chegam a todas as células (Ururahy et al., 1997).

Figura 2 – Reação Fisiológica do Estresse – Esquema I

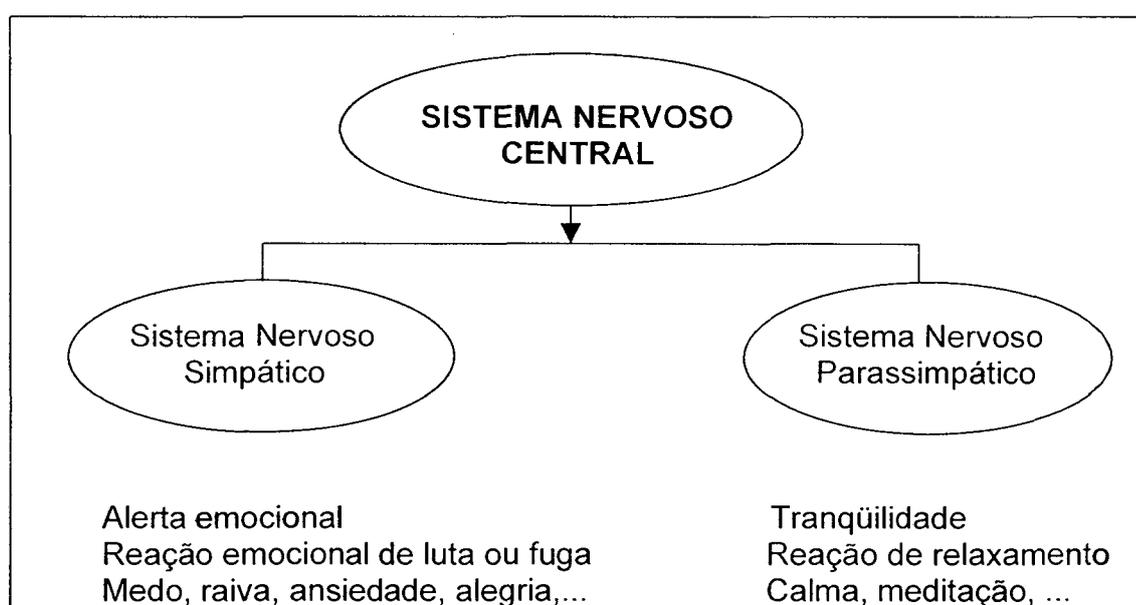


Fonte: Selye (apud Delboni, 1997, p. 21).

O esquema demonstra a reação fisiológica do estresse, com conseqüente estímulo as glândulas supra renais, cada uma constituída por duas partes distintas. Estas secretam diferentes produtos que, ao caírem na

corrente sanguínea, são distribuídas por todo corpo, os hormônios. Uma parte desses secreta adrenalina e a outra secreta vários hormônios, entre eles o cortisol. A repetição contínua de liberação hormonal na circulação gerados pelo estresse crônico, segundo (Delboni , 1997), é que determinarão os sintomas, que vão desde ligeiros incômodos até morte súbita.

Figura 3 - Reação Fisiológica do Estresse – Esquema II



Fonte: Selye (*apud* Delboni, 1997, p. 21).

No esquema acima pode-se observar os ramos do sistema nervoso autônomo funcionando em oposição, elevando e baixando alternadamente o nível de excitação do corpo.

Na década de 1930, Alexander já mencionava que conflitos emocionais profundos, que manteriam a pessoa em permanente estado de alerta, eram a principal causa de hipertensão arterial essencial. Sua hipótese baseava-se em estudos e trabalhos que diziam ser o sistema cardiovascular diretamente

afetado pelo sistema nervoso e pelas ações endócrinas (Lipp, 1996).

2.3.7.1 Estresse e trabalho

O estresse relacionado com o trabalho é definido como as situações em que o indivíduo percebe seu ambiente de trabalho como uma ameaça às suas necessidades de realização pessoal e profissional e/ou sua saúde física e mental, prejudicando assim sua interação com o trabalho e com o ambiente profissional, na medida em que este ambiente contém demandas excessivas, ou que ele não possui recursos adequados para enfrentar tais situações (França & Rodrigues, 1997).

Segundo Dejours et al. (*apud* Paraguay, 1990) o estresse ocupacional pode ser entendido como um conjunto de perturbações psicológicas ou sofrimento psíquico, associado às experiências do trabalho, que inclui:

- Distúrbios emocionais, tais como ansiedade, depressão, angústia, sensação de fadiga e/ou tristeza crônica, hipersensibilidade a sentimentos em geral, agressividade e/ou irritabilidade aumentadas;
- problemas ou mudanças comportamentais, como consumo excessivo de álcool e/ou tabaco;
- diversas formas de disfunções psicossomáticas (distúrbios gastrintestinais, digestivos), psicofisiológicas (distúrbios de sono, sensibilidade crônica aumentada ao ruído, à luz);
- sintomas psicopatológicos e/ou sofrimento psíquico, sem qualquer doença mental, desencadeados por um excesso de exigências

“mentais” (cognitivas, psíquicas) provenientes do trabalho e especificamente, da organização do trabalho.

As causas do estresse são muito variadas e possuem efeito cumulativo. As exigências físicas ou mentais exageradas provocam estresse, mas este pode incidir mais fortemente naqueles trabalhadores já afetados por outros fatores, como conflitos com a chefia ou problemas domésticos. Algumas dessas causas, segundo Lida (1997), podem ser o conteúdo do trabalho, os sentimentos de incapacidade, as condições de trabalho, os fatores organizacionais e as pressões econômico-sociais.

Porém, não são apenas o excesso de trabalho e a natureza da função que detonam o processo de estresse. Esse mal não poupa ninguém. “Algumas características pessoais tornam o indivíduo mais vulnerável ao estresse”, diz Ricardo de Marchi, dono da consultoria CPH Sistemas de Qualidade de Vida e Promoção de Saúde (*in* Peluso, 1995, p.103). As mais significativas são: dificuldade para dizer não e estabelecer limites, senso de obrigação excessiva e ambição desmesurada. Somada a isso uma alimentação desequilibrada, vida sedentária, pouco lazer e tensão constante no trabalho resultam em irritabilidade, falta de auto-estima, ansiedade, depressão e até distúrbios físicos, como úlcera e enfarte (*op cit*).

São várias as situações presentes no ambiente de trabalho consideradas estressoras, em que existe a tendência de se correlacionar níveis altos de pressão arterial e/ ou doenças cardiovasculares em geral. Entre estas, destacam-se as seguintes, abaixo relatadas, conforme Mendes (1995, p 324):

- Carga de trabalho;

- insatisfação, alienação, monotonia e frustração com o trabalho;
- conflitos interpessoais, falta de influência e competição no trabalho;
- insegurança no trabalho,
- oportunidade de promoção;
- grau de responsabilidade no emprego;
- horário de trabalho irregular;
- trabalhos em turnos;
- trabalho noturno, entre outros.

As dificuldades percebidas no trabalho podem ser as maiores causas do estresse. Foi desenvolvida por Herbert (*apud* Iida, 1997) uma metodologia para avaliar essas dificuldades e depois de identificados em seus estudos, foram divididas conforme citadas a seguir:

Quadro 5 - Dificuldades percebidas no trabalho

Tomada de Decisões	Relacionamento Pessoal	Gasto de Tempo e Energia
<ul style="list-style-type: none"> • As informações disponíveis são insuficientes; • As informações disponíveis não são confiáveis; • As informações disponíveis são complicadas; • Minha ação pode prejudicar a empresa; • Minha ação pode prejudicar outras pessoas; • As possíveis conseqüências da ação são desconhecidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preciso convencer as pessoas para que tenham opiniões diferentes; • As pessoas não realizam o que foi combinado; • Algumas pessoas não transmitem as informações; • Tem gente que faz "jogo sujo" mas tenho que agir com cautela 	<ul style="list-style-type: none"> • tempo disponível é muito curto; • a tarefa é pesada, desgastante; • barulho perturba; • trabalho é interrompido freqüentemente.

Fonte: Iida (1997, p. 306, 307)

Segundo Santos (1995), a maior parte das situações estressoras ocorre fora do trabalho. Para ele, a maioria das pessoas trabalha 8 horas por dia, cinco vezes por semana. No restante do seu tempo, o trabalhador cria seus próprios estressores. O relacionamento do indivíduo com o mundo, família, amigos, lazer, ambições e desejos, ocupam mais de $\frac{3}{4}$ do tempo do trabalhador. O autor sugere que ninguém morre de trabalhar, mas do seu relacionamento com o trabalho.

A partir da observação deste estudo, pode-se traçar um paralelo entre as dificuldades encontradas no trabalho jurídico, principalmente as relacionadas à tomada de decisão (tratamento das informações), e com o gasto de tempo e energia (pouco tempo para elaboração de sentenças e defesas). Estas podem, direta ou indiretamente, serem as causas do estresse, principalmente nas advogadas.

2.3.7.2 Estresse e tipo de personalidade

O conceito de personalidade tipo A foi construído em 1974 por dois pesquisadores, Friedmam & Rosemam, que a definiram da seguinte maneira: “esforço crônico e incessante de melhorar cada vez mais, em períodos de tempo pequenos, mesmo que encontrem obstáculos do ambiente ou das pessoas.” Este dado foi confirmado por muitos pesquisadores – que o padrão de funcionamento mental aumentava o risco da pessoa a doenças coronarianas, principalmente se acompanhado de recursos de enfrentamento deficientes.

2.4 Prevenção

As medidas preventivas em nível primário, por modificações de estilo de vida e controle de outros fatores de risco cardiovascular, e em nível secundário, por recursos terapêuticos, devem ser implementadas com a determinação de uma equipe multiprofissional, no que diz respeito à conscientização e educação da população.

Vários estudos populacionais, desde o início da década de 50, confirmam que a dieta é o fator mais importante, tanto na causa quanto na prevenção da doença cardíaca. Uma das pesquisas mais completas acompanhou mais de 5.000 homens e mulheres por mais de 40 anos. Um outro estudo, mais abrangente, comparou a incidência de doenças cardíacas entre homens em sete países para, então, correlacionar dados como dietas, hábitos tabagistas, atividade física e outros fatores relacionados ao estilo de vida. Como resultado foi observado que a má alimentação foi determinante para todos os outros fatores de risco. Se os hábitos alimentares podem causar patologias cardiovasculares como a hipertensão, também contribuem para diminuir as chances de uma pessoa ter problemas, mesmo na presença de fatores de risco inalteráveis como a idade e o histórico familiar (Weiss, 1998).

Portanto, recomenda-se manter o peso na faixa ideal, mediante dieta hipocalórica associada ao aumento da atividade física diária por meio de exercícios aeróbicos. Não é aconselhável, segundo (Bonadese, 2001), o uso de anorexígenos, pelo provável risco de complicações cardiovasculares.

A moderação na ingestão de sódio e o aumento da ingestão de potássio

evidenciam uma modificação importante no estilo de vida relacionado com a alimentação.

A ingestão de sódio está ligada aos níveis de pressão arterial, embora a resposta individual varie amplamente em indivíduos da raça negra, idosos e pacientes com hipertensão ou diabetes mellito, que são mais sensíveis à ingestão que indivíduos da população em geral. A ingestão deve se limitar no máximo a 2,4g de sódio ou 6g de cloreto de sódio ao dia, incluindo, nesse total, o sódio contido nos alimentos naturais e nos industrializados (Chaves, 1998).

Uma dieta enriquecida pelo potássio parece ter um caráter protetor contra o desenvolvimento de hipertensão arterial e favorecer o controle em pessoas hipertensas. Portanto, é recomendável uma ingestão diária de 2 a 4g, cuja fonte sejam alimentos como frutas frescas e vegetais (Chaves, 1998).

A excessiva ingestão de álcool é um importante fator de risco para o aumento da pressão arterial e para acidente cerebrovascular. Deve-se aconselhar aos que ingerem álcool limitar o consumo diário a 30 ml de etanol para os homens (720 ml de cerveja, 240 ml de vinho e 60 ml de bebida destilada) e a metade dessa quantidade para as mulheres (Chaves, 1998).

O tabagismo feminino disparou nos últimos anos. Afirma-se que “ele é um dos principais fatores de risco para o infarto antes dos 50 anos” [O tabagismo, entre outros efeitos, estimula a constrição dos vasos, provoca transformação do endotélio (reveste internamente as artérias), facilitando a formação da placa aterosclerótica.] Em torno de 90% dos pacientes do INCOR-SP que enfartaram com menos de 50 anos são fumantes, e quando comparados aos homens, o estudo demonstra que as mulheres têm mais

dificuldade de abandonar o vício, explicado pelo medo de engordar” (Isto É Especial, 2001, p. 44).

A prática da atividade física, em níveis moderados deve ter uma frequência de 30 minutos, de quatro a sete vezes por semana, com intensidade de acordo com a necessidade individual e interesse de cada um, ou períodos reduzidos, preenchidos por atividades ocupacionais ou não, como caminhadas vigorosas, que são considerados benéficas sob o ponto de vista preventivo da doença coronariana (Ghorayeb et al, 1996).

Nos países industrializados, a inatividade física representa reduzida qualidade de vida e morte prematura. [Nas doenças do coração, o risco de infarto é duas vezes maior para indivíduos sedentários, quando comparados com aqueles que praticam atividade física regularmente.] Nos Estados Unidos, em uma estimativa feita, cerca de 200.000 mortes/ano podem ser atribuídas ao estilo de vida sedentário, representando 23% de todas as mortes devido a esse comportamento (Nahas, 2001).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Neste capítulo, são descritos os materiais e os métodos utilizados na realização do estudo de caso, constando ainda uma abordagem sobre o modelo de estudo, seleção dos sujeitos e coleta de dados e uma discussão com estudo bibliográfico.

Os dados coletados tiveram como amostra mulheres da Associação Brasileira de Carreiras Jurídicas, com sede em Curitiba-PR. A coleta foi realizada na sede da associação, após palestra ministrada pela autora sobre o risco coronariano, estresse e qualidade de vida.

3.1 Modelo de Estudo

O presente estudo pode ser caracterizado como transversal e descritivo.

Segundo CERVO e BERVIAN (1996), o interesse e a curiosidade própria do ser humano leva-o a aprofundar seus conhecimentos sobre os mais variados aspectos da realidade, propondo investigações com diferentes enfoques de acordo com seu nível de interesse acerca dos objetivos que pretende atingir.

Durante todo o período de desenvolvimento do estudo, foi realizado também um levantamento bibliográfico, tendo como material teórico livros, revistas, periódicos, dissertações e teses.

3.1.1 Seleção dos Sujeitos

A amostra é caracterizada pelo gênero/sexo feminino, por se tratar da Associação de Mulheres de Carreira Jurídica, formada por bacharelas em Direito, advogadas, professoras universitárias, magistradas, procuradoras do Estado da República, delegadas de polícia, defensoras públicas, ou seja, profissionais da área de Direito.

3.1.2 População e Amostra

A amostra caracterizou-se como acidental, uma vez que não houve planejamento ou controle na escolha da população-alvo, tendo dela participado mulheres que se encontravam presentes no dia da pesquisa e que se dispuseram a colaborar com a autora.

A população da amostra compõem-se de 98 associadas da ABMCJ-PR, das quais de 15 a 20 aproximadamente participam ativamente das reuniões realizadas na Sede da OAB-PR. Esse grupo possibilitou que a pesquisa fosse realizada em um dos encontros mensais, com uma amostra de 18 associadas. Foi realizada uma palestra sobre o tema, pela autora, com explanação da pesquisa e levantamento de dados. Todas as que compareceram concordaram e colaboraram com a pesquisa.

3.1.3 Características da Associação

A ABMCJ é uma Organização Não Governamental de caráter cultural, formada por bacharelas em Direito, filiada à *Fédération Internationale des Femmes des Carrières Juridiques*, com sede em Paris, compondo o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, da UNESCO, da UNICEF e possuindo inscrição no registro especial da Organização Internacional do Trabalho.

Tem como objetivo básico, entre outros, a defesa da não discriminação por sexo, etnia, religião, profissão ou qualquer outro aspecto, buscando promover a igualdade de direitos inerentes à pessoa humana. Seu objetivo primordial é a promoção da mulher na sociedade, por meio da união das mulheres de carreira jurídica de todos os países, para o aprimoramento das leis concernentes à família, à criança e à luta pela paz mundial.

No Brasil, a ABMCJ foi criada em 03 de abril de 1985, por um grupo de advogadas de Belo Horizonte. No Paraná, foi implantada também por um grupo de advogadas, em 1985, e atualmente visa ao intercâmbio de conhecimentos e elucidação de dificuldades, filiação a centros femininos sobre as questões dos direitos da mulher, discussões sobre novas leis, decretos, projetos de lei, normas e demais atos de interesse da classe.

3.1.4 Coleta de Dados

Um primeiro contato foi estabelecido com a Presidente da Associação, Dra. Leocimary Toledo Staut.

A autora conheceu o trabalho da ABMJC e, posteriormente, levou a proposta de pesquisa para a responsável, para discussão e aprovação das associadas.

Após uma palestra ministrada pela autora sobre estresse, qualidade de vida e risco coronariano, as participantes preencheram os questionários e foram submetidas à mensuração da pressão arterial no mesmo momento.

Os dados foram coletados em forma de questionários objetivos, todos no mesmo horário e local. Poucos dados foram colhidos de forma subjetiva.

3.1.5 Instrumentos de Coleta

Foram utilizados, para a avaliação do estresse, três instrumentos compreendendo o levantamento dos sintomas, levantamento de características de personalidade e avaliação de níveis do estresse. Para avaliação de qualidade de vida foi utilizado um instrumento denominado Inventário de Qualidade de Vida (áreas afetiva, profissional, de saúde e social). Para a investigação de risco coronariano, foi utilizado um instrumento com perguntas objetivas, abrangendo os fatores de risco e a mensuração da pressão arterial.

O primeiro instrumento (Anexo 1) refere-se ao levantamento dos sintomas do estresse (Lipp, 1999). A autora entende que, quando o indivíduo não consegue mais lidar com a tensão emocional, o corpo e a mente dão sinais de alerta. O momento em que os sinais e sintomas aparecem, marca o limite da resistência. O quadro fornece uma lista de sinais e sintomas para verificar o nível de tensão. É a sua somatória e a frequência que torna possível identificar

se a pessoa tem estresse. Foram realizadas algumas adaptações para facilitar a leitura e análise dos dados.

Considera-se apenas o número de itens assinalados que apresentam mais de quatro reincidências.

O significado da pontuação é o seguinte:

- Nenhum item assinalado estresse controlado
- De 1 a 3 itens assinalados 1º estágio do estresse
- De 4 ou mais assinalados 2º estágio

(Fonte : Centro Psicológico de Controle do Estresse de São Paulo) (Lipp, 1999).

O segundo instrumento (Anexo 2) denomina-se Levantamento de Características de Personalidade, no qual o “sim” para a maioria das questões demonstra personalidade Tipo A. Acredita-se que esse comportamento demonstra uma maneira de enfrentar a vida, que seria acompanhada de modificações decorrentes do aumento de produção de adrenalina e noradrenalina, entre outras substâncias, o que mudaria fisiologicamente o funcionamento do coração e dos vasos sanguíneos na concentração de gordura do sangue e no tempo de coagulação do sangue, facilitando a instalação da doença coronariana (França & Rodrigues, 1997).

O terceiro instrumento (Anexo 3) é um teste abordado por Hindle (1999) “Como reduzir o estresse”, no qual a autora afirma que o primeiro passo para derrotar o estresse é reconhecer sua existência. Admitir que se trata de uma doença é vital para combatê-la. O questionário compreende 32 questões relacionadas com trabalho: tarefa, relação pessoal e trabalho com colegas, satisfação profissional, carga de trabalho entre outros.

A somatória é resultado final.

- 32 – 64 = (Baixo) Você administra muito bem seu nível de estresse, mas convém lutar para manter um bom equilíbrio; estresse muito baixo pode causar desestímulo.
- 65 – 95 = (Controlado) O nível de estresse está sob controle. Certas áreas precisam ser melhoradas.
- 96 – 128 = (Alto) Cuidado: seu estresse é alto demais. Adote novas estratégias para lidar com o mal.

O quarto instrumento é chamado Inventário de Qualidade de Vida (Anexo 4) que, segundo Lipp e cols. (1996), é necessário sucesso nos quatro quadrantes, quais sejam, afetivo, social, profissional e saúde, para que o indivíduo tenha uma vida equilibrada. Ou seja, viver com qualidade e equilíbrio nas áreas mencionadas demonstra uma boa qualidade de vida.

Abaixo estão as orientações e correções para o teste:

- Quadrante social – some 3 pontos por respostas positivas aos itens 1, 3, 5, 7 e 10. Subtraia 1 ponto por respostas positivas aos itens 2, 4, 6, 8 e 9. Se o resultado for acima de 9 pontos, suas respostas indicam sucesso neste quadrante.
- Quadrante afetivo – some 1 ponto por respostas positivas. Resultados acima de 8 indicam sucesso na área afetiva.
- Quadrante Profissional – some 1 ponto por respostas positivas aos itens 1, 2, 3, 4, 5, 7 e 9. Subtraia 1 ponto por respostas positivas dos itens 6, 8 e 10. Resultados acima de 5 indicam sucesso profissional.
- Quadrante Saúde – subtraia 1 ponto por respostas positivas dadas

aos itens 11 e 13. Some 1 ponto para cada resposta positiva dada aos outros itens. Resultados acima de 11 indicam sucesso.

Para a investigação do risco coronariano foi utilizado um quinto instrumento (Anexo 5) com perguntas relacionadas aos hábitos de vida como: hábito de fumo, peso corporal, sexo e idade, antecedentes familiares coronarianos, taxa de glicemia, taxa de colesterol, nível de atividade física, tempo de trabalho/dia. O último instrumento foi a mensuração da pressão arterial. O aparelho utilizado para essa coleta foi um estetoscópio da marca Litmann e um esfigmonamômetro da marca Tyccos, devidamente calibrado. Este dado foi coletado por uma mesma pessoa com todos os participantes, no horário aproximado das vinte horas, na data de 28 de agosto de 2001 (após o preenchimento do formulário de avaliação).

3.1.6 Tabulação e Tratamento de Dados

Os dados obtidos foram analisados e processados estatisticamente com auxílio de um computador, utilizando-se, para isso, o programa Excel. Foram identificados perfis da população estudada através dos itens específicos levantados nos questionários.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada com o preenchimento dos questionários em um mesmo local e horário.

A população de associadas é de 98 mulheres, mas foi possível ter uma amostra de 18 mulheres que participam das reuniões mensais da ABMCJ – PR. A partir dos dados coletados elaborou-se um perfil para melhor discussão dos resultados.

4.1 Mulheres de Carreiras Jurídicas (Estudo de Junqueira)

Por meio de um estudo realizado por Junqueira (1997), denominado “A experiência das mulheres na magistratura”, com o objetivo de analisar as representações das juízas sobre o espaço doméstico, detectou-se os seguintes aspectos: influência familiar antes do ingresso da magistratura, percepção de suas experiências na vida privada e na atuação profissional enquanto juízas, e os obstáculos que enfrentam na carreira.

As condições da mulher não são modificáveis em um determinado tempo histórico, porém, essas condições derivam de um lento processo de afirmação de direitos e de conquista de espaço no mundo público, supondo-se que o ingresso na magistratura tenha sido informado por determinados modelos de mulher aprendidos na família de origem, não sendo apenas uma decisão pessoal.

A escolha da profissão, percebida pelo estudo de Junqueira(1997), foi a influência da família pelo sonho da diplomacia (atraídas pelas viagens, idiomas, pelo fato de ser uma carreira bonita,...), renúncia à carreiras ditas “masculinas” ou a outras carreiras, e por vocação, tendo apenas uma das magistradas atribuído a escolha do direito.

Na vida familiar, a análise toma como pressuposto a dificuldade que as mulheres enfrentam em conciliar a vida privada com suas carreiras profissionais (Junqueira, 1997).

“Pesquisas realizadas nos Estados Unidos sobre a inserção das mulheres no mercado de trabalho têm utilizado duas categorias especialmente importantes para a compreensão das dificuldades enfrentadas pelas mulheres, quais sejam as categorias de *role overload* e *role conflict*. Enquanto *role overload* compreende o acúmulo de uma multiplicidade de papéis sociais, de forma a dispor de pouco tempo para cumprir todos esses papéis de modo satisfatório, *role conflict* refere-se à existência de papéis sociais incompatíveis entre si. As duas situações não são excludentes, até muito pelo contrário, já que muitas vezes uma situação de *role overload* pode provocar um *role conflict* quando esses múltiplos papéis sociais não podem ser cumpridos simultaneamente” (Junqueira, 1997, p. 21).

As entrevistadas pelo IDES (Instituto de Direito e Sociedade) demonstram, pela análise, que as mulheres optaram por outros arranjos familiares ao invés do tradicional casamento formal composto por mulher, marido e filhos. Várias delas ou enfrentaram crises já solucionadas em seus

casamentos, ou viveram uma separação depois do ingresso na carreira. Questiona-se, no estudo de Junqueira, de que modo as relações conjugais foram afetadas por suas carreiras. Parece que as conseqüências do ingresso na carreira jurídica abalam com bastante freqüência não só as mulheres, mas também os homens, levando a um elevado número de separações conjugais.

Já as juízas analisadas por Junqueira (1997), em termos genéricos, atribuem a separação conjugal como decorrente da falta de compreensão do cônjuge para as novas responsabilidades que a mulher deve assumir profissionalmente.

Os fatores que conduzem à separação, em um primeiro momento, refere-se à decisão de ingressar na magistratura, uma carreira socialmente prestigiada e que demanda, pelo menos nos primeiros anos, uma dedicação que implica em arranjos familiares, o que pode ser percebido de imediato pelo marido, ou não.

As reações, então, podem ser o marido apoiando a mulher, reagindo positivamente, proporcionando condições psicológicas, procurando prestar auxílio de forma efetiva ou, pelo menos, não atrapalhar (principalmente nos momentos de estudo). Em outros casos, o marido não aceita a escolha profissional da mulher, achando, dentro da tradicional divisão dos trabalhos domésticos, que a esposa deve permanecer em casa, dedicando-se apenas aos filhos. Se para o homem é legítimo sacrificar a família pela carreira, para a mulher essa opção é absolutamente inadmissível. As dificuldades no relacionamento, no entanto, não são vivenciadas apenas por aquelas cujos maridos, desde do início, opuseram-se abertamente à realização do concurso.

Mesmo as que tiveram apoio no início enfrentaram problemas sérios no relacionamento com o cônjuge.

A reação negativa à nova profissão da esposa, que toma o espaço e o tempo que era dedicado antes ao marido, não é específica só de arranjos conjugais tradicionais; as narrativas fazem referências à existência de crises conjugais mesmo em arranjos familiares mais modernos.

A nova opção da esposa, que se afasta do mundo da casa, deixando para trás uma série de atividades e responsabilidades que, de acordo com o arranjo familiar vivido pelo casal, e que parecessem ser atribuições da mulher, levam os cônjuges das mulheres de carreiras jurídicas a se sentirem ameaçados, quando então, passam a reclamar de pequenas coisas que, antes, aceitavam de forma inquestionável.

“Já imaginou o que é chegar estourada e no sábado ter de fazer compra de supermercado? Eu fazia. Tem de ver não sei o que, tem de contratar empregada, ver roupa, ver isso, “caiu meu botão”, e você administra tudo aquilo. Tem gente que não aguenta. Dois berros e chega. O casamento vai abaixo. Há grande incidência de separações realmente após o ingresso na magistratura de carreira, em função em primeiro lugar do afastamento de casa. Em segundo, você passa a lidar... Não é que você se sinta importante, mas você passa a lidar com problemas tão importantes que aqueles outros pequenos problemas corriqueiros de casa, que no fundo dizem respeito à atenção de uma pessoa a outra, são deixados em segundo plano” (Junqueira, 1997, p. 27).

As mudanças de comportamento dos cônjuges podem ser identificadas como: medo de ser traído, problemas com o elevado prestígio social da mulher/magistrada e dificuldades de lidar com o fato da mulher ter um salário melhor, tornando-se até “chefe da casa”. Resumidamente, ciúme afetivo, social e financeiro.

O ciúme financeiro, aliás, é outro ponto forte para a dissolução da relação conjugal, porque o homem quer, por meio do dinheiro, controlar a esposa e a família. A esposa passa a receber um bom salário, o homem se sente duplamente atingido no aspecto financeiro. Junqueira (1997) coloca a ameaça do poder econômico, ainda que essa questão não seja expressa na relação conjugal. O fato de a mulher ter um bom salário, ao invés de ser um fator de tranquilidade para o marido quando está desempregado por exemplo, pode afetar a sensação de inferioridade que ele experimenta, afetando inclusive, a vida sexual do casal.

A relação com os filhos também é afetada em vários sentidos, de acordo com a idade e as conseqüências que lhes são impostas. Várias entrevistadas já vivenciaram problemas de conciliação das funções de mãe e profissional, que já era sacrificante cuidar dos filhos antes do ingresso na carreira, não deixando de sê-lo depois.

Como observa Jane Pratlher (*apud* Junqueira, 1997), a sociedade ocidental moderna desenvolveu o mito de que é moralmente errado que a mulher trabalhe, principalmente se casada e com filhos.

Nas narrativas observadas, a maior dificuldade seria a falta de apoio do marido/pai das crianças. Os problemas enfrentados pela mulher são comuns,

uma vez que a participação do pai continua sendo pequena nos arranjos familiares. Em contrapartida, outras narrativas sugerem que os problemas impostos pela carreira na vida familiar, principalmente na relação com os filhos, contradizem a imagem corrente, que identifica a magistratura como uma função atrativa para a mulher, em razão das vantagens do cargo, tais como dois meses de férias por ano, quatro meses de licença maternidade e jornada de trabalho reduzida.

Esta última narrativa é de um advogado entrevistado a respeito dos atrativos da magistratura para as mulheres, que fez uma comparação sobre as vantagens da mulher ser uma advogada (profissional autônoma) e/ou optar pela magistratura.

As mulheres que assumem responsabilidades na esfera pública contraem a síndrome da “super mulher”. Enquanto os homens rejeitam o papel “feminino” doméstico, as mulheres conciliam os papéis de mãe, esposa, dona-de-casa e profissional, conforme a análise de Betty Friedman (*apud* Junqueira, 1997).

Em algumas narrativas também a culpa pelo “abandono” dos filhos aparece implicitamente. No entanto, é sacrificante para as crianças e para as juízas. Com certeza elas reconhecem a sensação de ser capaz de dar conta de múltiplas responsabilidades, mas também consideram-na gratificante.

As mulheres representam atualmente, no Brasil, 41% da força de trabalho e estão cada vez mais comprometidas com as carreiras. O marco da transformação que colocou a mulher como agente principal está também levando à uma mudança de estilo de vida das mesmas e a efeitos colaterais.

Pode-se observar, nessa revisão, que as mulheres estão mais predispostas para os fatores de risco que contribuem para a proliferação de diversos males, em especial as doenças cardiovasculares. Dentre os fatores que contribuem para esse quadro estão a vida sedentária, a alimentação (ela passou a se alimentar fora de casa, aumentando o consumo de gorduras), o tabagismo, os níveis de estresse, enfim, houve um decréscimo em sua qualidade de vida.

A vantagem em conhecer os mecanismos do organismo feminino é a possibilidade de diagnosticar, tratar e prevenir com maior eficácia.

Tão importante quanto analisar o risco coronariano relacionado aos hábitos de vida é identificar o estresse decorrente do exercício da profissão das representantes das carreiras jurídicas associado com o papel social, de esposa, mãe e mulher.

4.2 Perfil da População da ABMCJ – PR

4.2.1. Idade da População Avaliada

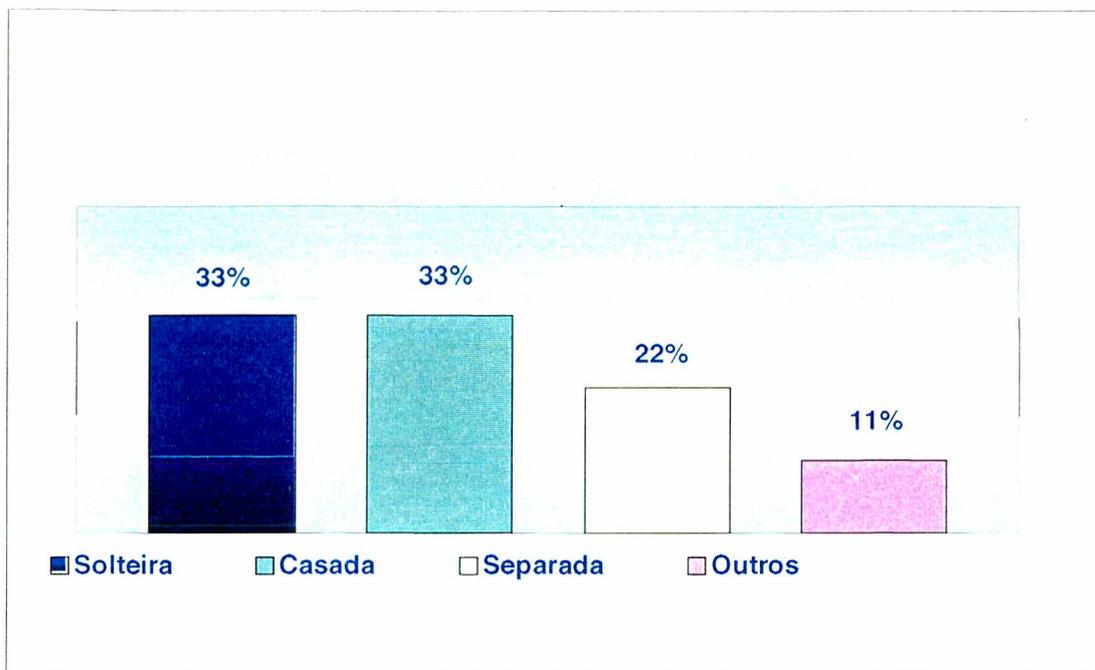
A média de idade da população foi de 45 anos, sendo a idade mínima encontrada de 26 anos e a máxima de 64 anos. A base mediana foi de 44,5.

4.2.2 Estado Civil

O índice relativo a estado civil é de 33% de casadas, 33% de solteiras,

22% de separadas e 11% em outras condições. A base mediana foi de casadas, como mostra o Gráfico 1, a seguir:

Gráfico 1 – Estado Civil das Mulheres da ABMCJ PR



4.2.3 Pressão Arterial

A média da pressão sistólica (máxima) foi de 125 e da pressão diastólica (mínima) de 81. A mediana apresentou-se como 120/80. Entre a população, quatro mulheres apresentaram a máxima igual a 140 e duas outras maior que esse valor. Esses dados demonstram que os valores de pressão estão dentro do limite estabelecido para a maior parte da população. Porém, este dado é insuficiente para determinar o risco de Hipertensão Arterial

Sistêmica pois esta foi verificada apenas em um momento, já que seria necessário a mensuração em diversos momentos (durante as atividades laborais) para a constatação mais precisa deste dado.

4.2.4 Hábito de Fumo

Na população estudada, 11 mulheres nunca fumaram, seis são ex-fumantes e apenas uma fuma (menos de 10 cigarros/dia). A base mediana é para não fumantes.

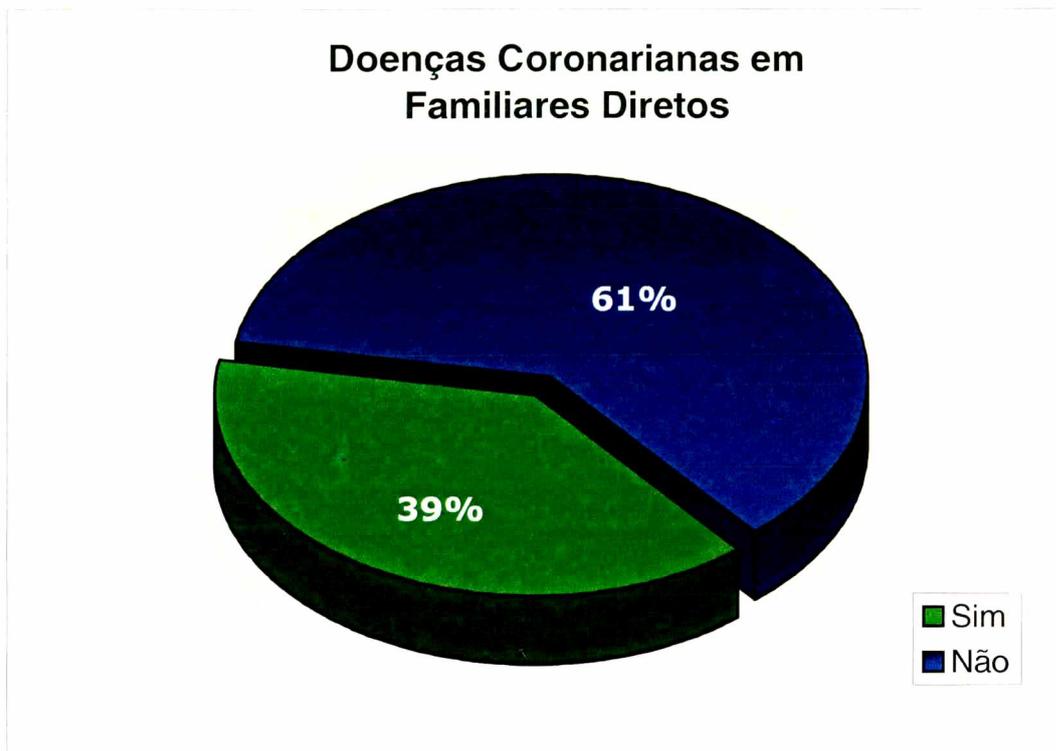
4.2.5 Peso Corporal

Com relação ao peso, foi constatado que 14 pessoas apresentam o peso esperado, duas estão entre 11 a 19 kg do peso esperado, e três entre 20 a 25 kg do peso esperado. A base mediana é o peso esperado.

4.2.6 Antecedentes Familiares de Doenças Coronarianas

Quanto aos antecedentes familiares, 11 pessoas não apresentam nenhum e oito apresentam pai ou mãe com ou acima de 60 anos portadores de doença coronariana. A base mediana é para a ausência de antecedentes. O Gráfico 2 comprova estes dados.

Gráfico 2 – Doenças Coronarianas em Familiares Diretos – ABMCJ-PR



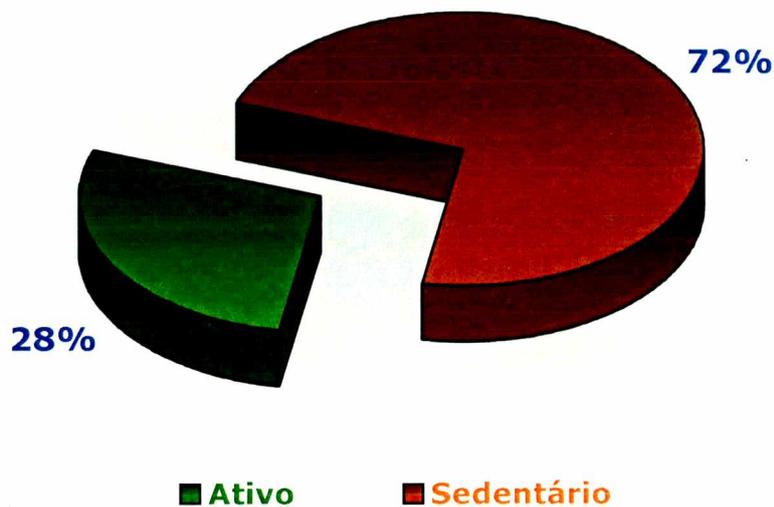
4.2.7 Taxa de Glicemia e Colesterol

Um dado surpreendente foi a desinformação quanto à própria saúde por da população. Das 18 avaliadas, 14 não sabem seus valores de glicemia e quatro relataram ter até 180mg% em jejum, um dado questionável. Será que relataram valores corretos?

Quanto às taxas de colesterol, os dados foram similares quanto ao desconhecimento. Assim, 11 não sabem, seis relataram estar até 200mg% e apenas uma relatou mais que 200mg%. Os dados foram insuficientes para se fazer uma avaliação das taxas. As pesquisadas demonstram falta de interesse e de conhecimento sobre a própria saúde.

4.2.8 Níveis de Atividade Física

Gráfico 3 – Níveis de Atividade Física – ABMCJ-PR

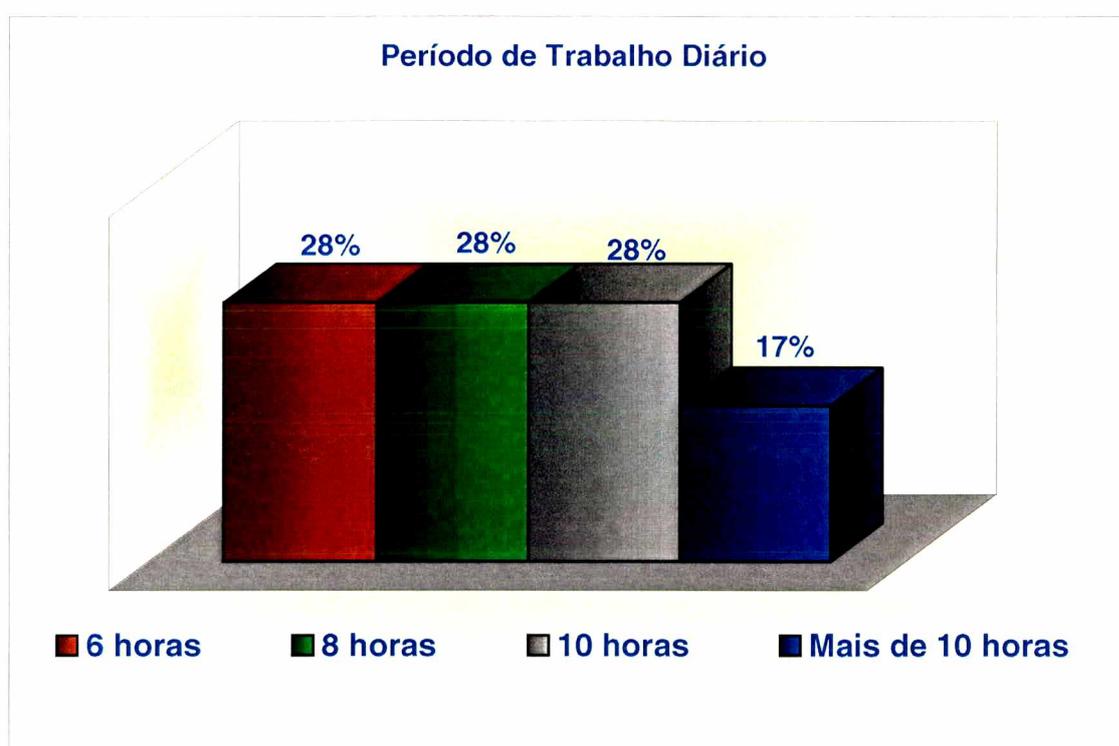


A adoção de um programa regular de atividade física é uma das medidas isoladas mais eficazes que o indivíduo pode tomar em relação à sua qualidade de vida e saúde (Silva et al., 1996). Segundo Ghorayeb et al. (1996), vários estudos epidemiológicos sugerem existir associação entre inatividade física e aumento do risco para a doença coronariana, enquanto outros evidenciaram a não progressão na vigência da atividade física regular. O sedentarismo, ainda citado pelo mesmo autor, foi recentemente considerado como significativo problema de saúde pública e fator de risco claro.

4.2.9 Horas de Trabalho por Dia

Das entrevistadas, a base mediana ficou em 8 horas de trabalho por dia. Entre elas, 10 relataram trabalhar até 8 horas e 8 trabalham de 10 ou mais horas por dia.

Gráfico 4 - ABMCJ-PR Período de Trabalho Diário

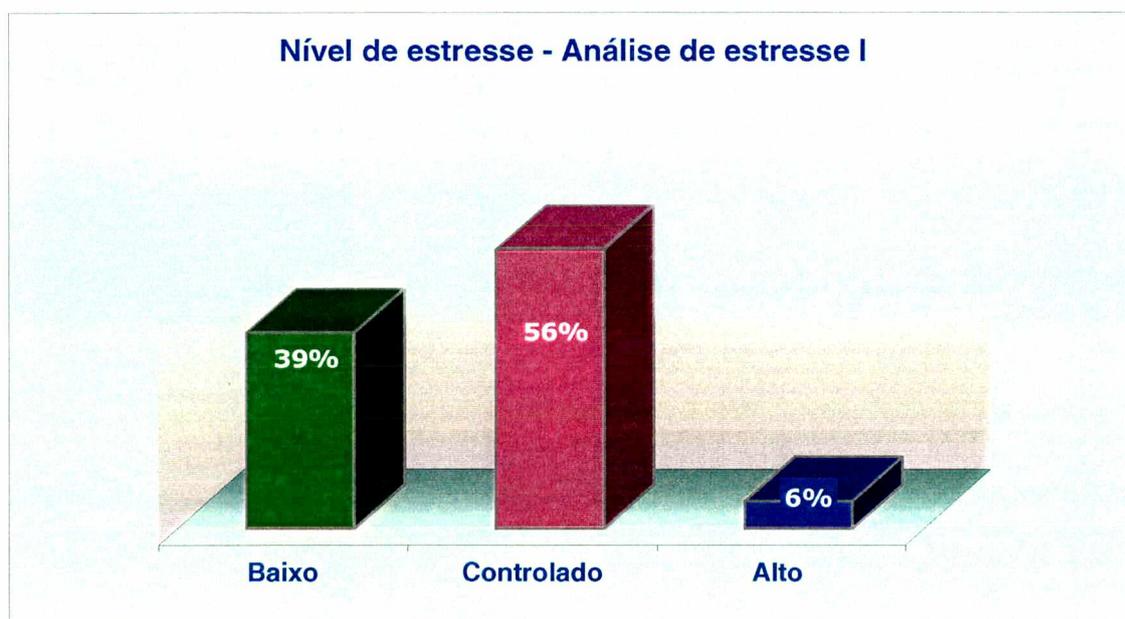


Segundo More (1997), todas as transformações sofridas nos processos de organização do trabalho da organização moderna caracterizam-se por uma relação capital-trabalho, muitas vezes atrasada, em que são utilizados nos trabalhos autônomos uma racionalização de tarefas, jornadas de trabalho desgastantes, ritmos acelerados, repetitividade e condições ambientais desfavoráveis que provocam doenças ocupacionais, além de deflagrar fadiga

mental e patológica aguda ou crônica. Observando as jornadas que variam de 10 horas/dia ou mais, em uma porcentagem da população, se faz necessário um estudo da organização do trabalho sob o prisma de mudanças, melhorando a condição de trabalho para que não ocorram desgastes e assim se consiga resgatar a integridade física e psíquica, evitando a instalação do estresse.

4.2.10 Estresse e Trabalho

Gráfico 5 - ABMCJ-PR - Nível de Estresse – Análise de Estresse I



Com relação ao nível de estresse no trabalho, observou-se que 39% das entrevistadas apresentam níveis baixos, 56% níveis controlados e 6% níveis altos.

Uma das questões que surgiu como unanimidade entre as entrevistadas diz respeito à preocupação quando as coisas dão errado no

trabalho. Prova disso foi que 78% responderam que “às vezes” isto as preocupa.

Comparando com o perfil dos fatores de risco tem-se:

- Estresse controlado (10 indivíduos)
 - 3 apresentam pressão arterial igual ou maior a 140/90.
 - 1 fumante
 - 2 acima do peso esperado
 - 4 com antecedentes familiares (DAC)
 - 4 com idade de 20 a 40, 3 de 40 a 50 e 3 acima de 50.
 - 7 sedentárias
 - 8 trabalham mais de 8 horas por dia
 - 5 apresentam tipo de personalidade A
 - 3 apresentam estágio 2 de sintomas de estresse, 3 estágio 1, 4 controlados
 - 5 solteiras, 3 casadas, 1 separada, 1 outros.
- Estresse alto (1 indivíduo)
 - pressão arterial normal
 - não fuma
 - peso esperado
 - idade de 20 a 40 anos
 - sem antecedentes familiares (DAC)
 - prática de atividade física moderada
 - personalidade tipo A
 - trabalha 6 horas por dia

- 2º estágio de sintomas do estresse.
- separada

Pode-se observar na tabela abaixo que a falta de atividade física pode levar à desmotivação e a níveis baixos de estresse, como também a níveis controlados, embora em menor proporção.

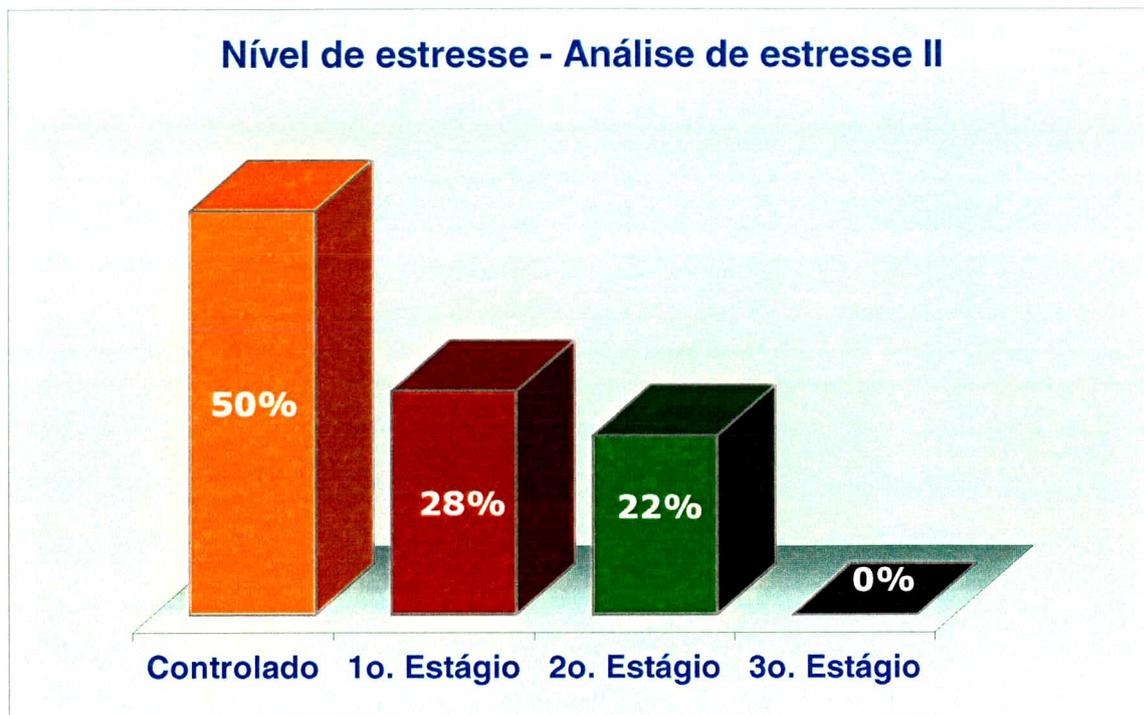
Tabela 1 – Estresse I e Nível de Atividade Física

ESTRESSE I	ATIVIDADE FISICA		Total
	Ativo	Sedentário	
Alto	1	0	1
Baixo	1	6	7
Controlado	3	7	10
Total	5	13	18

4.2.10.1 Sintomas do estresse

Quanto aos sintomas do estresse e sua frequência, verificou-se que nove entrevistadas estão com sintomas controlados, cinco estão no primeiro estágio, ou seja, existem indícios que o estresse está ocorrendo, exigindo-lhes demais da resistência física, e quatro delas encontram-se no segundo estágio, com nível alto e/ou altíssimo de estresse, percebido pela sintomatologia.

Gráfico 6 – ABMCJ-PR - Nível de Estresse – Análise de Estresse II



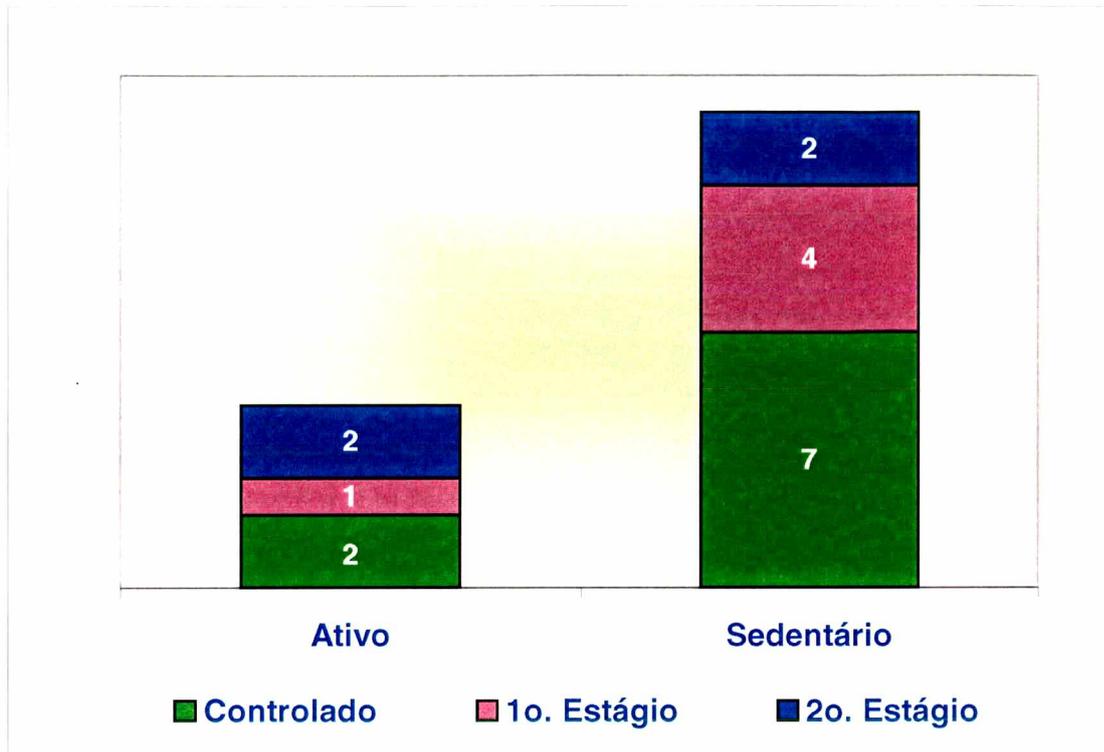
Sugere-se que essa população que apresenta sintomas 1º estágio analise e mude seu estilo de vida, e procure ajuda especializada. Os sujeitos que aparecem no 2º estágio dos sintomas já podem estar sofrendo alterações patológicas e necessitam de uma maior urgência de assistência. Se nada for feito para aliviar a tensão, então o organismo, já sem energia para enfrentar o problema, enfraquece e uma série de doenças começam a surgir, como gripes, gastrite, retração gengival, problemas dermatológicos, entre outros. Caso o estresse continue, a pessoa se sentirá cada vez mais exaurida, sem energia, depressiva, com crises de ansiedade e desânimo. A partir daí, sem tratamento especializado e de acordo com a constituição física da pessoa, existe o risco de (AVC) Acidente Vascular Encefálico, (IAM) Infarto Agudo do Miocárdio, entre outras enfermidades. Não é o estresse que causa essas doenças, porém

ele propicia o desencadeamento daquelas para as quais as pessoas já tinham predisposição (Lipp,1999).

O sintoma que apareceu em primeiro lugar foi o distúrbio do sono (dormir demais ou de menos); em segundo lugar, observou-se problemas de memória (esquecimentos); e ansiedade e tensão muscular ocupando, juntos, o terceiro lugar.

Com relação aos fatores de risco das entrevistadas que estão no segundo estágio, uma delas apresenta pressão maior ou igual a 140/90, outra apresenta antecedente familiar de doença coronariana e uma terceira tem peso bem acima do normal. A média é de mulheres acima de 40 anos que trabalham seis horas por dia. Quanto à dislipidemia e diabetes não se pode afirmar nada, pela insuficiência de dados (valores desconhecidos pela maior parte das entrevistadas). No 1º estágio de sintomas pode-se notar que duas, das cinco entrevistadas, apresentam valor maior que 140/90; duas outras têm antecedentes familiares de doença coronariana, uma está acima do peso e mais da metade trabalha de 8 a 10 horas por dia.

Gráfico 7 - ABMCJ-PR Atividade Física das Entrevistadas - Graus de Ocorrência de Estresse



Quanto ao fator de risco sedentarismo, os resultados podem ser observados no gráfico acima.

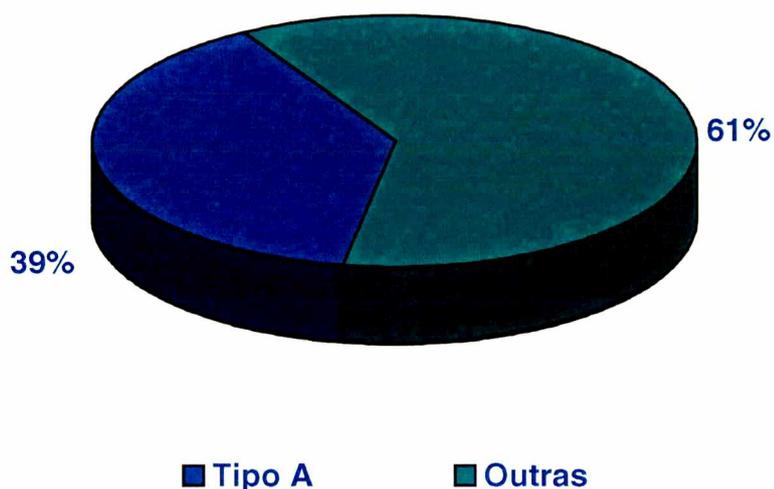
As mulheres que se encontram no estágio 1 apresentam os maiores fatores de risco, tanto em relação à pressão arterial como em antecedentes familiares ou níveis de atividade física baixos, além de trabalharem mais horas por dia, comparadas às do estágio 2.

4.2.10.2 Tipo de personalidade e estresse

Muitos estudos têm demonstrado correlações importantes entre o

padrão de personalidade tipo A, tendência a reagir fortemente face à situações estressantes e maior vulnerabilidade aos efeitos adversos dos ambientes de trabalho (França & Rodrigues,1997).

Gráfico 8 – ABMCJ-PR Tipos de Personalidade



O indivíduo com o comportamento do Tipo A, especialmente quando ligado a outros fatores de risco como o fumo, aponta para uma incidência de doenças coronarianas aumentada em até sete vezes (Michal, s/d).

Observou-se que sete das entrevistadas apresentam personalidade do tipo A, enquanto 11 a apresentam do Tipo B. A porcentagem para o Tipo A, apesar de menor, apresenta alto índice nessa população.

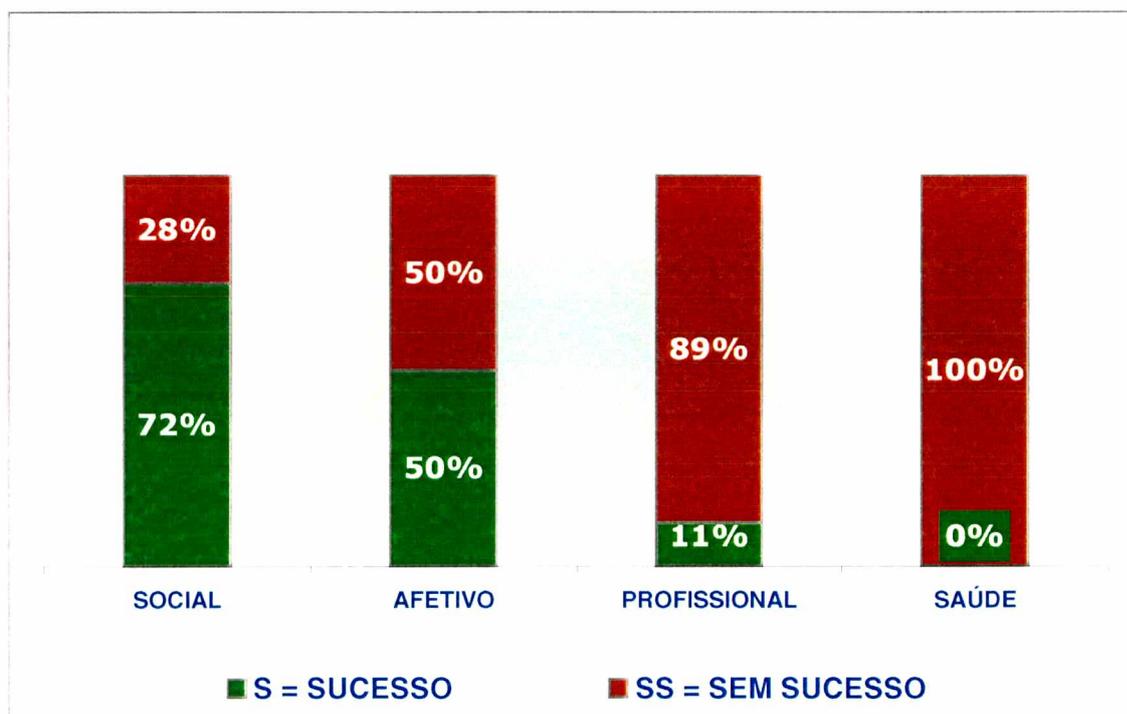
Comparando os questionários que avaliaram o estresse, pode-se afirmar que quatro mulheres encontram-se no estágio II de sintomas, ou seja, nível alto e altíssimo, e três apresentam comportamento do Tipo A. Das sete que apresentam tipo comportamental A, uma apresenta estresse alto, cinco

estresse controlado e apenas uma estresse baixo, relacionado à questões de trabalho.

4.3 Qualidade de Vida

A análise do Inventário de Qualidade de Vida (Lipp et al., 1996) revelou que a população estudada obteve insucesso em 100% a questão referente à saúde; no profissional, duas obtiveram sucesso, enquanto 16 demonstraram o contrário. No quadrante afetivo houve empate. No social verificou-se um bom índice, uma vez que 13 obtiveram sucesso, enquanto apenas cinco apresentaram-se sem sucesso. Pode-se observar esses dados, no Gráfico 9.

Gráfico 9 – Qualidade de Vida – Resultados dos Quadrantes



O inventário, utilizando o mesmo método de avaliação para Qualidade de Vida para médicos aplicado por Motter (2001), revelou que 3,9% apresentam sucesso em todos os quadrantes, o que demonstra que a carreira jurídica apresenta índices menores de qualidade de vida comparando-se com a classe médica.

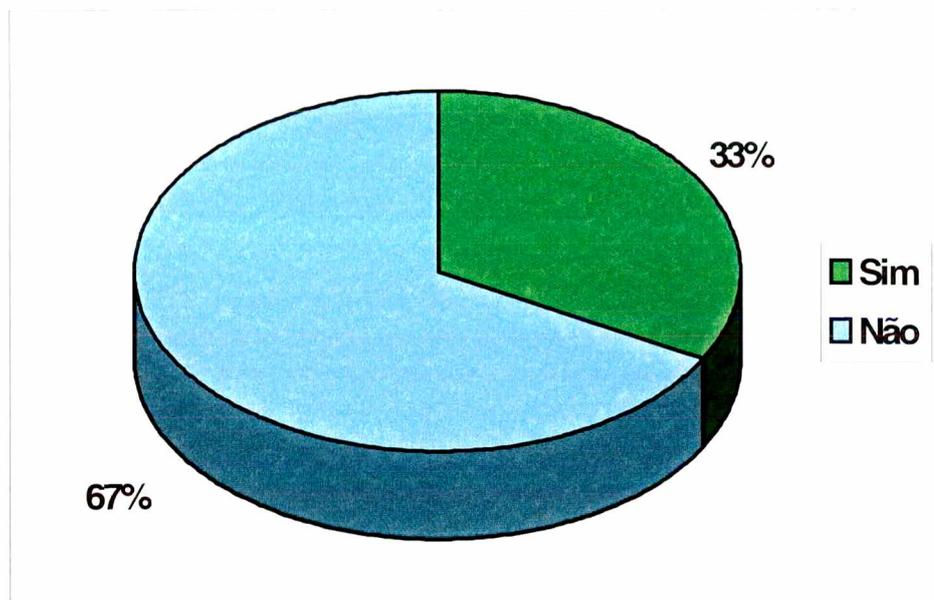
Ao avaliar individualmente cada quadrante, optou-se por observar primeiramente o que se refere à saúde. O valor de 100% deixa evidente a falta de cuidados com a higiene física. Um índice surpreendente é o referente ao sedentarismo: 72% não praticam atividade física com a frequência adequada e apenas 28% a praticam com regularidade (3 vezes semanais). Em estudos realizados por Motter (2001), utilizando o referido método, apenas 23% praticavam atividade física com regularidade. Esses dados levam a acreditar que esse fator aponta para uma queda no quadrante que se refere à saúde, em ambos os estudos.

Na alimentação, 67% parecem ter hábitos saudáveis e 33% não os possuem.

Neste item, com relação a hábitos que aumentam ou reduzem a Qualidade de Vida, observou-se que a maioria apresenta hábitos alimentares saudáveis, e que poucas estão com o peso acima da média normal.

Das mulheres pesquisadas, segundo seus relatos, 61% estão com o peso dentro da média, enquanto que 39% se encontram fora dela.

Gráfico 10 - Desligamentos dos Problemas para Descanso



Os fatores relacionados com a tensão emocional, como o fato de não conseguir desligar-se dos problemas, teve um índice alto: 12 mulheres ou (67%) apresentam problemas, enquanto apenas oito (33%) conseguem lidar com a situação.

A ansiedade e angústia aparecem em 55,6% (10) das entrevistadas sendo que 38,9 (7) não tem estabilidade emocional. Estes índices são preocupantes, pois podem ser tanto geradores como conseqüentes dos estágios de estresse.

Os problemas dermatológicos chamaram a atenção, pois ocorreram em 61,1% (11) das entrevistadas.

A segunda causa para a falta de qualidade de vida na população refere-se ao quadrante profissional. Pode-se observar, no Gráfico 11, que a razão econômica prevaleceu, pois a maioria não ganha satisfatoriamente.

Gráfico 11 - Ganho Satisfatório

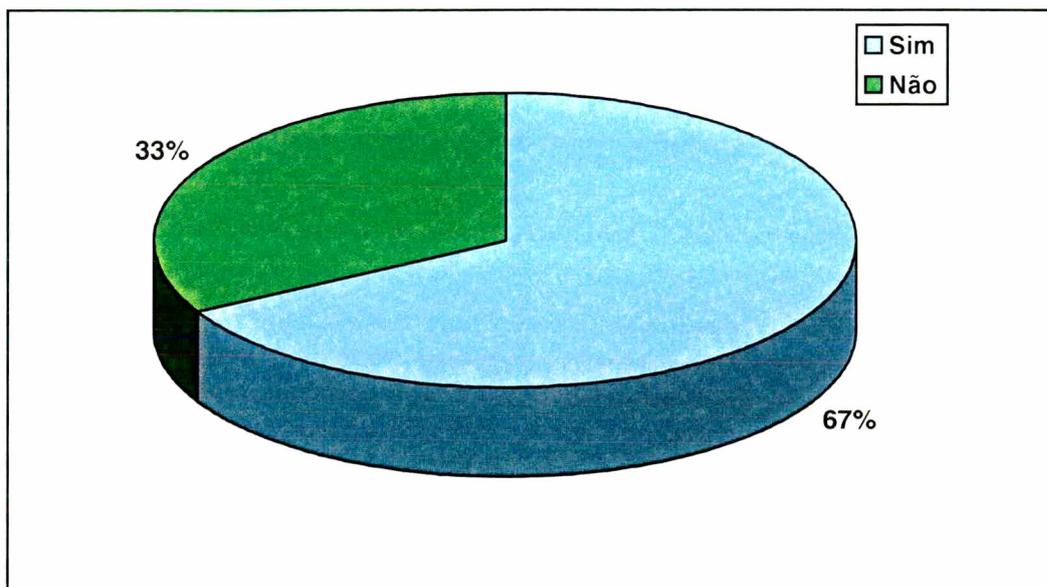
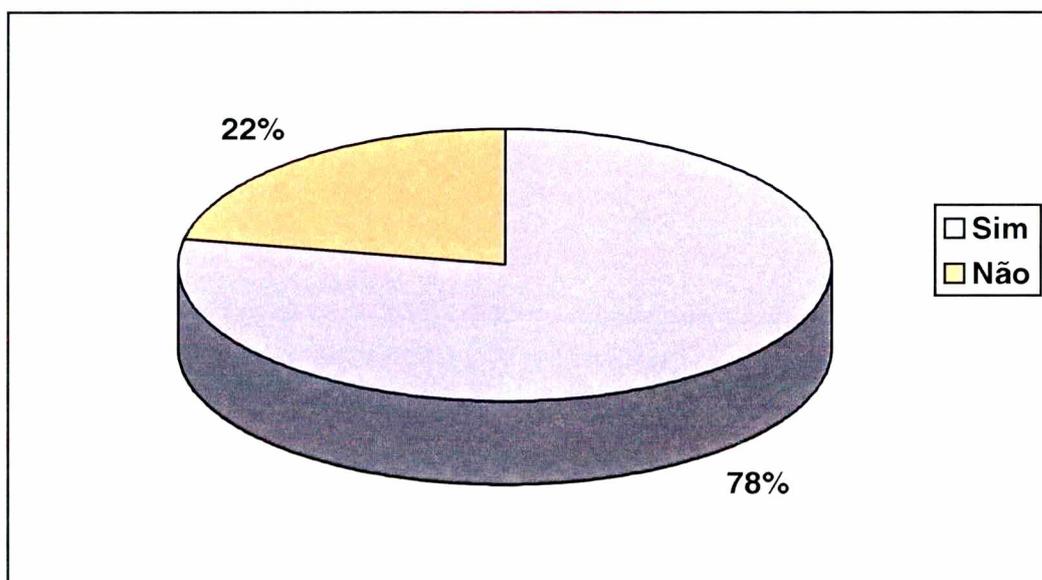


Gráfico 12 - Se Pudessem Pararia de Trabalhar



Outro dado interessante é que a maioria (14 mulheres) pararia de trabalhar se pudesse. Não foi questionado o motivo a esse respeito, porém, parece estar relacionado com o fator financeiro.

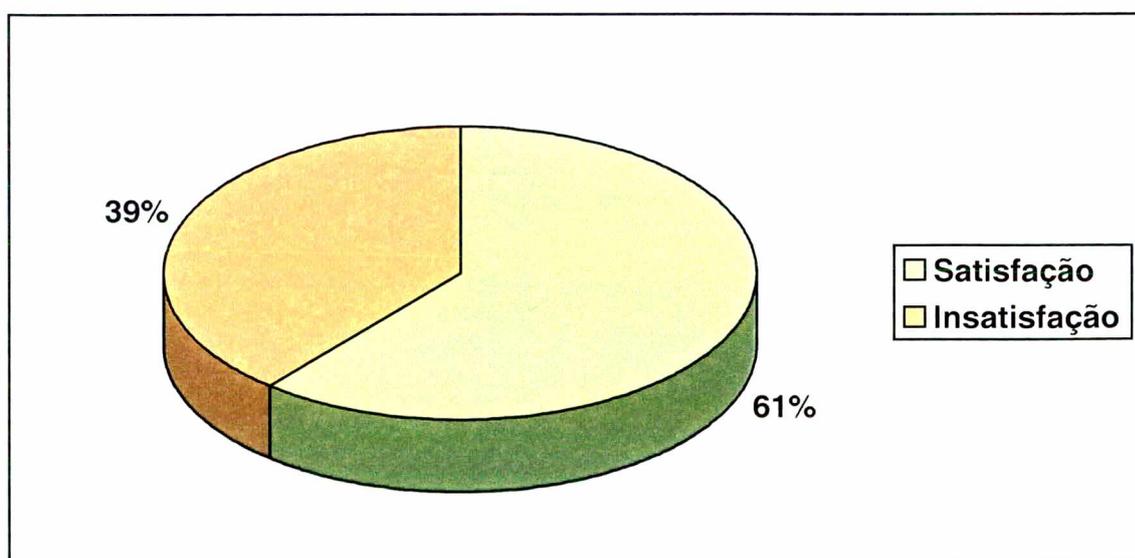
Quanto ao medo do futuro, nos itens que dizem respeito ao emprego e à segurança, 50% obtiveram sucesso e os outros 50% temem estes fatos.

A satisfação com o emprego e a afirmação de que não mudariam mesmo se pudessem está em 61,1% (11 mulheres), e o inverso em 38,9% (7) da população.

Neste estudo, o resultado foi diferente se comparado com o mesmo aplicado com a classe médica, estudada por Motter (2001). Utilizando-se o mesmo (questionários), 50% disseram ser bem sucedido, 56% responderam que não ganham satisfatoriamente e apenas 20% parariam de trabalhar, se pudessem.

O quadrante afetivo apresentou menor insucesso, comparado com os anteriores, embora com índices não menos relevantes. Apenas 50% obtiveram sucesso.

Gráfico 13 - Satisfação com o Tempo Dedicado à Família



As poucas horas dedicadas à família, talvez pela falta de tempo e acúmulo de tarefas, provocaram índices baixos de satisfação de 39%.

Fatores como auto-estima e lembrança de bons momentos, entre outros, apontaram para 100% de satisfação entre as entrevistadas.

A área social foi o quadrante em que mais obtiveram sucesso. Observou-se a inexistência de desvios, pois todas as mulheres entrevistadas gostam de conversar sobre assuntos não relacionados ao trabalho e têm satisfatória vida social entre amigos. Além disso, parecem ocupar seu tempo de maneira adequada para o lazer.

5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A investigação do risco coronariano, nível de estresse e qualidade de vida caracterizou a pesquisa entre as mulheres da ABMCJ – PR, realizada por meio da observação de suas características físicas, psicológicas, fisiológicas e sociais, sob um enfoque individual e no seu relacionamento com o trabalho, através de métodos de questionamento aplicados.

Verificando os indicadores de risco coronariano, pode-se constatar uma limitação do estudo pela insuficiência de dados, devido à escolha do método para a verificação destes dados, que poderiam ser investigados de como forma mais específico proporcionando maior precisão.

Apesar do mascaramento de alguns fatores constatou-se um perfil que não apresenta episódios de pressão alta elevada, médio risco com relação aos parâmetros de antecedentes genéticos e pouco risco sobre o tabagismo. O peso está dentro da média, embora com tendência ao sobrepeso, que pode vir a progredir para obesidade. Esse fator somado à inatividade física, apresenta riscos evidentes, que se intensifica quando associado a um alto perfil de sedentarismo.

Foram avaliadas 18 mulheres da ABMCJ –PR, e pelo método utilizado para avaliar a qualidade de vida, constatou-se insucesso em toda a população. Conforme o método de LIPP (1996), os resultados apontam para o problema maior no quadrante de Saúde, demonstrando a falta de interesse ou de preocupação neste item, sugerindo que a atuação profissional está associada com a falta de interesse pela saúde. A prevalência do sedentarismo, a

tendência ao aumento de peso e a dificuldade de relaxar caracterizam o perfil no quadrante em questão. O quadrante profissional apareceu em segundo lugar, constando como agravante para o resultado, principalmente nos aspectos de ganho insatisfatório e na vontade de parar de trabalhar.

Outra determinante importante observada refere-se ao que o estresse proporciona. Com relação ao trabalho, observou-se que mais da metade das entrevistadas apresenta níveis controlados e poucas têm níveis altos. Como nem todo o estresse é negativo, em curto prazo ele pode produzir motivação, o que pode não estar ocorrendo com algumas das mulheres que têm níveis mais baixos.

Pôde-se observar que metade da população estudada apresenta sintomas controlados, porém, uma grande parte já mostra indícios de que alterações podem estar ocorrendo, sugerindo um alerta para problemas instalados.

Dentre os sintomas mais aparentes estão os distúrbios de sono, seguidos por alterações de memória, ansiedade e tensão muscular. Tendo em vista o aspecto psicológico ligado a um comportamento denominado tipo A, que pode aumentar em até sete vezes o risco coronariano se somado a outros fatores, diagnosticou-se essa característica. Os dados confirmam que o tipo de personalidade A desencadeia níveis altos de sintomas, podendo caracterizar-se como um fator de risco a mais para gerar alterações patológicas nessa população.

A necessidade de mudança de estilo de vida é evidente para a prevenção de doenças, em especial das cardiovasculares, que cada vez estão

ocupando um alto índice de prevalência no mundo, e mais do que nunca na população feminina, como muitos autores demonstram em seus escritos. A boa saúde é mais que a ausência de doenças, sendo um elemento importante para a qualidade de vida, ou seja, para um completo estado de bem-estar físico e emocional. O risco coronariano aparece baixo quando refere-se a valores mensuráveis, como por exemplo nível de pressão arterial, que não comporta-se de maneira preocupante nesta população. Porém, outros fatores estão interligados, como o sedentarismo e alguns sintomas de estresse que podem levar a alterações patológicas, e que, direta ou indiretamente, estão gerando níveis baixos para a qualidade de vida, como também as não menos importantes questões como a satisfação na relação com o trabalho.

Os resultados da pesquisa de campo informaram que essa população ainda não foi despertada para as conseqüências e males da transformação havida com a conquista das mulheres em sua participação no mercado de trabalho. Para um menor risco à saúde, é necessário que se busquem mudanças de estilo de vida. A abertura concedida por esta população para o estudo e discussão de seus resultados contribui significativamente para que outras pesquisas possam prosseguir nesta área de estudo e para um futuro acompanhamento deste perfil.

Em busca de soluções, sugere-se a continuidade de estudos abrangendo dados concretos com relação aos aspectos fisiológicos e dados clínicos que compreendam exames de taxas de colesterol, glicemia e o monitoramento da pressão arterial em diversos momentos (dentro e fora das atividades laborais). Um estudo com um grupo-controle, que participe de

atividades físicas regulares, também poderia enriquecer as futuras pesquisas deste tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELLKISS W. R. **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Atlas, 1998.

BONADESE, L. C. O desafio em cardiologia. **Kardia**. Vol. 2; nº 3; p 12-19. set-dez/2000.

BRONSTEIN, M.D. Exercício físico e obesidade. **Revista da Saúde de Cardiologia do Estado de São Paulo**, vol.6 - nº1, p. 111-116, Jan/Fev - 1996.

CARVALHO, T.& SILVA, J. G. S. & DARTAGNAN, P. G. **A atividade física e saúde**. Ministério da Saúde, 1995.

CASTELLI, W. P. Fatores de risco da doença cardiovascular. **Os fatores da hipertensão**. Bristo-Myers Squibb Brasil. S/D.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia científica**. 4ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CHAVES, H. J. **III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial**. Pernambuco, 1998.

DELBONI, T.H, **Vencendo o stress**. Série Saúde e Harmonia. São Paulo: Makron Books, 1997.

EVANS, P. Carreira, sucesso e qualidade de Vida. **Revista de Administração de Empresas**. v 36, n. 3, p 14 – 23. Brasília: jul/set 1996.

FALUDI, A.A. & BERTOLAMI, M.C. Como diagnosticar e tratar as dislipidemias. **Revista Brasileira de Medicina**. Vol. 55. Edição Especial – abril de 1998.

FALUDI, A. et al. Atuação do exercício físico sobre os fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.6. n.1, p1-5, jan/fev, 1996.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Nova Fronteira, 1999.

FRANÇA, A. C. L e RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho**: guia básico de abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas, 1997.

FRIEDEWALD, T.W. **Tratado de medicina interna**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1997.

GHORAYEB, N. et al. Atividade física na mulher. **Revista Brasileira de Cardiologia do Estado de São Paulo**. Vol. 6, nº6. Nov/dez 1996.

HINDLE, T. Como reduzir o estresse. **Série Sucesso Profissional**. 2ed. São Paulo: São Paulo, 1999.

IIDA, I. **Ergonomia**: projeto e produção. São Paulo: Edgard Blucher, 1997.

JORNAL DA ORDEM. Informativo mensal da OAB, nº 70. Janeiro/2001, p.16.

JUNQUEIRA, E. B. A experiência das mulheres na magistratura: a conquista de um espaço. Série Pesquisa. **Revista do IDES**. Nº 4, ago/1997.

_____. A juíza mulher: conflitos e impasses no espaço de casa. Série Pesquisa. **Revista do IDES**, nº 2 jun/1997.

KORNALIEWSKY, R. M. S. **Dislipidemia**. Artigo disponível em www.geocities.com/HotSprings/3738/dislip.html. Com acesso no dia 12/10/2001 às 18:45hs .

LIMA, I. S. Qualidade de vida no trabalho. **Revista de Administração de Empresas**. V. 8, nº. 23. p. 40 – 45. Brasília: out/1998.

LIMONGI, A . C. & ASSIS, M. P, Projetos de qualidade de vida no trabalho. RAE Light. **Revista de Administração de Empresas**. v.2, nº.2, p. 26 – 33: Brasília, mar/abril-1995.

LIPP, M. (Org). **O stress está dentro de você**. São Paulo: Contexto. 1999.

_____. **Pesquisas sobre estresse no Brasil**: saúde, ocupações e grupo de riscos. Campinas (SP): Papirus, 1996.

LIPP, M. & ROCHA, J. C. **Stress, hipertensão e qualidade de vida**. Campinas (SP): Papirus, 1996.

LOTUFO. P. A. Doenças cardiovasculares no Brasil: por que altas taxas de

mortalidade entre as mulheres? **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**. Vol 6, nº.6, p 667-671. nov/dez 1996.

MARQUES, J. C. A qualidade total e a contribuição de Maslow para a qualidade de vida nas organizações. **PSICO - Revista Semestral de Psicologia da PUC do Rio Grande do Sul**. V. 25, nº.1. Jan/Jun. p. 137 – 156; Porto Alegre, 1994.

MELLO, J. F. **Psicossomática hoje**. 2ed. Artmed, 1992.

MENDES, R. **Agentes físicos causadores de cardiovasculopatias: patologia no trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

MICHAL, M. **Material explicativo sobre estresse para a classe médica**. Roche. [s.d].

MORE, L. F. **A CIPA analisada sob a ótica da ergonomia e organização do trabalho – Proposta da Comissão de Estudos do Trabalho (CET)**. Artigo disponível em <http://www.eps.ufs.br/disserta97./more/index.html>. com acesso no dia 11/11/01, às 21:30 hs.

MOTTER, A. A. **Qualidade de vida dos médicos militares do Hospital Geral de Curitiba**. Dissertação apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2001.

NAHAS, M. V, **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NOMURA, P. I. et al. Características do indivíduo hipertenso. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. Vol,17; nº.1; p. 13 –20. Mar/1995.

NOVAZZI, J.P. Hiperlipidemia como fatores de risco modificáveis. **Informativo do III Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. São Paulo, set/1997.

PARAGUAY, A. I. B. B. Estresse, conteúdo e organização do trabalho: contribuições da ergonomia para a melhoria das condições de trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 18, nº.70, p. 40 – 43. Abr/mai/jun, 1990.

_____. Ergonomia. Carga de trabalho. Fadiga mental. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo. V.15, p. 39-43, nº. 59, jul/ago/set 1987.

PELUSO, L. & PEREIRA, C. Trabalhe mas não morra. **Revista Isto É**. Nº 1349, p. 100-105, ago/1995.

REVISTA ISTO É ESPECIAL. Saúde da mulher, preço alto demais. p. 43 - 49. São Paulo: set/out 2001.

SANTOS, Osmar de Almeida. **Ninguém morre de trabalhar**: o mito do estresse. 3. ed. Campinas: Papirus, 1995.

SANTOS, J. E. **Coração e ação**. ano 1. nº. 1 mar/1995.

SILVA, E. L. et al. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. UFSC, PPGE, LED: Florianópolis, 2000.

URURAHY, et al. **Como tornar-se um bom estressado**. Rio de Janeiro: Salamandra, 1997.

WEISS, S. E. **Alimentos saudáveis e alimentos perigosos**: guia prático para uma alimentação rica e saudável. Reader's Digest Association Brasil Ltda. p. 127-129. Rio de Janeiro, 1998.

ANEXOS

ANEXO 1 – LEVANTAMENTO DOS SINTOMAS DE ESTRESSE

LEVANTAMENTO DOS SINTOMAS DE ESTRESSE

Marque na tabela de respostas quantas vezes na última semana você sentiu o descrito abaixo:

ITENS	FREQÜÊNCIA NA ÚLTIMA SEMANA
1. Tensão muscular, tais como aperto na mandíbula, dor na nuca etc;	
2. Hiperacidez estomacal (azia) sem causa aparente;	
3. Esquecimento de coisas corriqueiras, como o número de um telefone que usa com freqüência, onde pôs a chave etc.;	
4. Irritabilidade excessiva;	
5. Vontade de sumir;	
6. Sensação de incompetência, de que não vai conseguir lidar com o que esta ocorrendo;	
7. Ansiedade;	
8. Distúrbio do sono, dormir demais ou de menos;	
9. Cansaço ao levantar;	
10. Trabalhar com um nível de competência abaixo do normal;	
11. Sentir que nada vale a pena.	

VERIFIQUE O SIGNIFICADO DA PONTUAÇÃO

Considere apenas o número de itens assinalados que apresentam mais de quatro reincidências

Nenhum item assinalado Seu corpo esta em pleno funcionamento no que se refere ao estresse.

De 1 a 3 itens assinalados Avalie o que esta ocorrendo. Fortaleça o seu organismo

De 4 a 8 assinalados Nível de estresse alto

Mais de 8 itens assinalados Nível de estresse altíssimo

(Fonte : Centro Psicológico de Controle do Estresse de São Paulo)

ANEXO 2 - LEVANTAMENTO DE CARACTERÍSTICAS DA PERSONALIDADE TIPO A

LEVANTAMENTO DE CARACTERÍSTICAS DA PERSONALIDADE TIPO A

1. Você tem como característica fazer várias coisas ao mesmo tempo (Por exemplo, telefonar, conversar, fazer anotações num bloco ou almoçar e ler jornal, tudo ao mesmo tempo)?

SIM () NÃO ()

2. Sente-se culpado quando relaxa, como sempre houvesse alguma coisa que deveria estar fazendo?

SIM () NÃO ()

3. Você se aborrece depressa, quando outras pessoas estão falando? Surpreende-se querendo interrompê-las, termina as frases por elas ou apressá-las de alguma forma?

SIM () NÃO ()

4. Costuma desviar as conversas para assuntos mais próximos de seu interesse, em vez de ouvir os outros?

SIM () NÃO ()

5. Quando está empenhado em uma tarefa, costuma ficar ansioso por terminá-la para passar para a seguinte?

SIM () NÃO ()

6. Você é descuidado com qualquer coisa que não seja ligada àquilo que está fazendo no momento?

SIM () NÃO ()

7. Você faz a maioria das coisas (comer, falar, andar) sempre rapidamente?

SIM () NÃO ()

8. Considera as pessoas iguais a você desafiantes e as coisas ociosas, irritantes?

SIM () NÃO ()

9. Você é fisicamente tenso e agressivo?

SIM () NÃO ()

10. Para você é mais importante vencer do que apenas participar e se divertir?

SIM () NÃO ()

11. Acha difícil rir de si mesmo?

SIM () NÃO ()

12. Delegar tarefas e responsabilidade é difícil para você ?

SIM () NÃO ()

13. Considera quase impossível participar de reuniões sem falar?

SIM () NÃO ()

14. Prefere feriado com atividades àqueles calmos e relaxantes?

SIM () NÃO ()

15. Você força as pessoas por quem é responsável (filhos, subordinados, parceiros) a tentar seguir seus próprios padrões, sem conseguir demonstrar muito interesse pelo que eles de fato querem na vida?

SIM () NÃO ()

Levantamento da Característica de Personalidade Tipo A .

Fonte: Estresse e Trabalho (França e Rodrigues, 1997).

SIM PARA A MAIORIA DAS QUESTÕES – PERSONALIDADE TIPO A

ANEXO 3 - NÍVEL DE ESTRESSE

NÍVEL DE ESTRESSE

Contagem: (1) nunca
(2) às vezes
(3) várias vezes
(4) sempre

Assinale com um "X" as afirmações abaixo que mais se aproximem de sua experiência real:

- 1) Eu me culpo quando as coisas dão errado no trabalho.
(1) (2) (3) (4)
- 2) Eu me concentro no trabalho para esquecer problemas pessoais.
(1) (2) (3) (4)
- 3) Eu acumulo meus problemas até sentir que estou prestes a explodir.
(1) (2) (3) (4)
- 4) Eu descarrego raiva e frustração em quem estiver mais perto de mim.
(1) (2) (3) (4)
- 5) Eu percebo mudanças negativas de comportamento quando estou sob pressão.
(1) (2) (3) (4)
- 6) Eu me importo mais com os aspectos negativos da minha vida.
(1) (2) (3) (4)
- 7) Eu sinto desconforto quando passo por situações novas.
(1) (2) (3) (4)
- 8) Eu acredito que meu papel na organização é desprezível.
(1) (2) (3) (4)
- 9) Eu chego atrasado ao meu trabalho ou a reuniões importantes.
(1) (2) (3) (4)
- 10) Eu reajo negativamente a críticas das pessoas.
(1) (2) (3) (4)

- 11) Eu me sinto culpado de ficar sem fazer nada por uma hora ou mais.
(1) (2) (3) (4)
- 12) Eu me sinto apressado, mesmo que não esteja sobre pressão.
(1) (2) (3) (4)
- 13) Eu não tenho tempo para ler jornais com a frequência de que gostaria.
(1) (2) (3) (4)
- 14) Eu exijo ser atendido imediatamente.
(1) (2) (3) (4)
- 15) Eu evito revelar minhas emoções reais tanto no trabalho como em casa.
(1) (2) (3) (4)
- 16) Eu assumo mais tarefa do que posso dar conta por vez.
(1) (2) (3) (4)
- 17) Eu resisto em seguir conselhos de colegas ou de superiores.
(1) (2) (3) (4)
- 18) Eu ignoro minhas limitações físicas e profissionais.
(1) (2) (3) (4)
- 19) Eu deixo de curtir meus hobbies porque o trabalho envolve todo meu tempo.
(1) (2) (3) (4)
- 20) Eu tento resolver situações mesmo antes de pensar nelas com cuidado.
(1) (2) (3) (4)
- 21) Eu sou muito ocupado para almoçar com amigos e colegas durante a semana.
(1) (2) (3) (4)
- 22) Eu adio confrontar e resolver situações difíceis quando elas surgem.
(1) (2) (3) (4)
- 23) As pessoas abusam de mim quando não ajo de forma enérgica.
(1) (2) (3) (4)
- 24) Eu procuro não falar quando sinto sobrecarga de trabalho.
(1) (2) (3) (4)
- 25) Eu evito delegar tarefas para outras pessoas.
(1) (2) (3) (4)

- 26) Eu trato as tarefas antes de priorizar minha carga de trabalho.
(1) (2) (3) (4)
- 27) Eu acho difícil dizer não a pedidos e exigências.
(1) (2) (3) (4)
- 28) Eu sinto que preciso terminar todo trabalho importante a cada dia.
(1) (2) (3) (4)
- 29) Eu acho que não serei capaz de dar conta de toda a minha carga de trabalho.
(1) (2) (3) (4)
- 30) Eu me sinto paralisado pelo medo de fracassar.
(1) (2) (3) (4)
- 31) Eu privilegio a carreira profissional em detrimento de minha família.
(1) (2) (3) (4)
- 32) Eu fico impaciente se algo não acontece na hora que quero.
(1) (2) (3) (4)

Teste Nível de Estresse

Análise dos Resultados

Some o resultado final e veja na tabela:

32 – 64 = Você administra muito bem seu nível de estresse, mas convém lutar para manter um bom equilíbrio; estresse muito baixo pode causar desestímulo.

65 – 95 = O nível de estresse está sob controle. Certas áreas precisam ser melhoradas.

96 – 128 = Cuidado: seu estresse é alto demais. Adote novas estratégias para lidar com o mal.

ANEXO 4 - QUESTIONÁRIO SOBRE ESTRESSE INVENTÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

QUESTIONÁRIO SOBRE ESTRESSE INVENTÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

1	QUADRANTE SOCIAL	SIM	NÃO
1	Tenho amigos com os quais me socializo em casa		
2	A maior parte de meus amigos dependem de mim para algo importante		
3	Gosto de conversar sobre assuntos não relacionados ao meu trabalho		
4	Há horas em que acho que visitar e receber meus amigos é uma perda de tempo		
5	Converso com os meus vizinhos		
6	Sinto-me desconfortável em festas		
7	Colaboro com alguma instituição de caridade		
8	Às vezes me esquivo de atender telefonemas de amigos		
9	Prefiro conversar sobre negócios, mesmo em uma festa		
10	Gosto de passear sem pressa nem horários		

2	QUADRANTE AFETIVO	SIM	NÃO
1	Tenho um relacionamento afetivo estável – esposa(o) / namorada(o)		
2	Sou admirado por minhas qualidades além de minha atuação profissional		
3	Sou comunicativo e alegre com meus filhos		
4	Minha família está razoavelmente satisfeita com o número de horas que dedico a ela semanalmente		
5	Recebo afeto		
6	Dou afeto		
7	Admiro e gosto de mim mesmo		
8	As vezes fico lembrando episódios bons da minha vida		
9	Comemoro com prazer as datas importantes para mim		
10	Gosto de observar a natureza e faço sempre		

3	QUADRANTE PROFISSIONAL	SIM	NÃO
1	Sou competente em meu trabalho		
2	Tenho metas quanto ao que quero fazer		
3	Meu trabalho é reconhecido por outros		
4	Ganho satisfatoriamente		
5	Se pudesse pararia de trabalhar		
6	Não tenho medo do futuro no que se refere ao trabalho		
7	Sinto que contribuo para o sucesso da empresa (do trabalho)		
8	Escolhi a profissão errada para mim		
9	Meu trabalho me oferece segurança		
10	Se fosse possível mudaria de emprego		

4	QUADRANTE DE SAÚDE	SIM	NÃO
1	Raramente tenho cefaléia		
2	Minha pressão arterial esta normal		
3	Não tenho problemas dermatológicos		
4	É infreqüente ter azia		
5	Faço check-up regulamente		
6	Faço exercícios físicos pelo menos três vezes na semana		
7	Minha alimentação é saudável		
8	Utilizo técnicas de relaxamento quando estou tenso		
9	Vou ao dentista todo ano		
10	Consigo desligar dos problemas para descansar		
11	Tomo calmantes regularmente		
12	Tenho estabilidade emocional		
13	Sofro de ansiedade ou angustia		
14	Meu peso está dentro da média		
15	Durmo bem		

Correção do teste

Quadrante social – Some 3 pontos por respostas positivas aos itens 1, 3, 5, 7 e 10. Subtraia 1 ponto por respostas positivas aos itens 2, 4, 6, 8 e 9. Se o resultado for acima de 9 pontos, suas respostas indicam sucesso neste quadrante.

Quadrante afetivo – Some 1 ponto por respostas positivas. Resultados acima de 8 indicam sucesso na área afetiva.

Quadrante Profissional – Some 1 ponto por respostas positivas aos

itens 1, 2, 3, 4, 5, 7 e 9. Subtraia 1 ponto por respostas positivas aos itens 6, 8 e 10. Resultados acima de 5 indicam sucesso profissional.

Quadrante Saúde – Subtraia 1 ponto por Respostas positivas dadas aos itens 11 e 13. Some 1 ponto para cada resposta positiva dada aos outros itens. Resultado acima de 11 indicam sucesso.

Complete o quadro abaixo colocando um x nas colunas sim ou não para indicar se tem sucesso ou não nas áreas avaliadas e anote estes dados no formulário:

ÁREA	SIM	NÃO
SOCIAL		
AFETIVA		
PROFISSIONAL		
SAÚDE		

Obs.: Este questionário foi retirado do Capítulo 1 do livro: *Estresse, Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida*, de Marilda Lipp, 1996, e destina-se a avaliar a qualidade de vida.

ANEXO 5 – QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS DE VIDA

IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

ÁREA DE ATUAÇÃO: _____

QUANTAS HORAS TRABALHA POR DIA: _____

EM QUANTOS LOCAIS TRABALHA: _____

A QUANTO TEMPO EXERCE CARGO NA MAGISTRATURA: _____

Hábitos de Fumo:

- () nunca fumou
- () ex fumante ou fuma charuto
- () menos que 10 cigarros por dia
- () entre 11 e 20 cigarros por dia
- () entre 20 e 31 cigarros por dia
- () mais de 31 cigarros por dia

Peso Corporal:

- () até 5kg do peso esperado
- () peso esperado
- () entre 11 e 19 kg do peso esperado
- () entre 20 e 25kg do peso esperado
- () mais de 25kg do peso esperado

Sexo e Idade:

- () mulher de 20 a 40 anos
- () mulher de 40 a 50 anos
- () mulher acima de 50 anos
- () mulher com esterectomia (sem ovário)
- () mulher com irmão infartado
- () mulher com diabetes

Antecedentes Familiares:

- ausente
- pai ou mãe acima de 60 anos com doença coronariana
- pai e mãe acima de 60 anos com doença coronariana
- pai ou mãe até 60 anos com doença coronariana
- pai, mãe e irmã com doença coronariana

Taxa de Glicemia:

- em jejum até 80mg%
- diabéticos na família
- jejum =100 / 1hora =160mg
- jejum =120 / 1 hora =160mg
- diabetes tratado
- diabetes não tratado
- valor desconhecido

Atividade Física:

- atividade profissional e esportiva intensa
- atividade profissional e esportiva moderada
- atividade profissional e esportiva leve
- atividade profissional sedentária
- atividade física moderada
- atividade profissional sedentária e física baixa
- inatividade física total

Porcentagem de trabalho por dia:

- 6 horas
- 8 horas
- 10 horas
- mais de 10 horas

Pressão Arterial Sistólica (máxima):

- 110 a 119mmHg
- 120 a 130mmHg
- 131 a 140mmHg
- 141 a 160mmHg
- 161 a 180mmHg
- acima de 180mmHg