

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E SISTEMAS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ERGONOMIA

**"A INTERAÇÃO DA ENFERMEIRA DE SAÚDE PÚBLICA COM OS FATORES SÓCIO-
ECONÔMICOS COMUNITÁRIOS E AS PSICOSSOMATIZAÇÕES DO ESTRESSE
RESULTANTES DO ENVOLVIMENTO EMOCIONAL NO TRABALHO"**

**ESTUDO COMPARATIVO ENTRE REDE DE SAÚDE PÚBLICA / FLORIANÓPOLIS - SC
E REDE HOSPITALAR PÚBLICA FEDERAL E ESTADUAL/ SP**

EDNA MARIA BERNARDES DE BORJA

(BU)



UFSC-BU

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA À UNI-
VERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA, PARA OBTENÇÃO DO
GRAU DE MESTRE EM ENGENHARIA
DE PRODUÇÃO - ÁREA DE CONCEN-
TRAÇÃO: ERGONOMIA

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL
14 DE JULHO DE 1999

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E SISTEMAS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ERGONOMIA

**"A INTERAÇÃO DA ENFERMEIRA DE SAÚDE PÚBLICA COM OS FATORES SÓCIO-
ECONÔMICOS COMUNITÁRIOS E AS PSICOSSOMATIZAÇÕES DO ESTRESSE RESUL-
TANTES DO ENVOLVIMENTO EMOCIONAL NO TRABALHO"**

Estudo Comparativo entre Rede de Saúde Pública / Florianópolis – SC
e Rede Hospitalar Pública Federal e Estadual/ SP

EDNA MARIA BERNARDES BORJA

Dissertação submetida à Universidade
Federal de Santa Catarina, para obtenção
do grau de Mestre em Engenharia de Pro-
dução - Área de Concentração: Ergonomia

Orientador: Francisco A. P. Fialho, Dr. Eng.

Florianópolis - Santa Catarina - Brasil

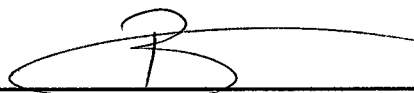
14 de Julho de 1999

**“A INTERAÇÃO DA ENFERMEIRA DE SAÚDE PÚBLICA COM OS FATORES SÓ-
CIO-ECONÔMICOS COMUNITÁRIOS E AS PSICOSSOMATIZAÇÕES DA CARGA
MENTAL DO TRABALHO RESULTANTE DO ESTRESSE”**

Estudo comparativo entre Rede de Saúde Pública e Rede Hospitalar

EDNA MARIA BERNARDES BORJA

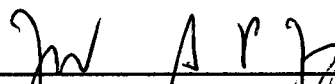
Essa dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre”, Especialidade em Engenharia de Produção, e aprovada em sua forma final pelo programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção.



RICARDO MIRANDA BARCIA, Ph.D.

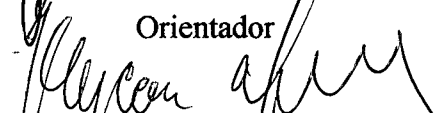
Coordenador do Curso

BANCA EXAMINADORA:

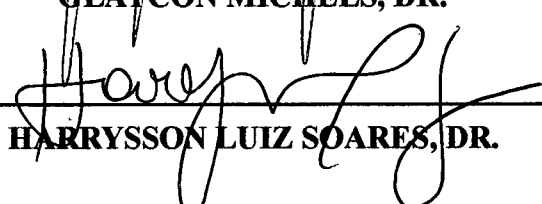


FRANCISCO A. P. FIALHO, DR. ENG.

Orientador



GLAYCON MICHELS, DR.



HARRYSSON LUIZ SOARES, DR.

Florianópolis, junho de 1999.

A DEUS pai, pela presença do “AMOR INFINITO”; meu “PORTO SEGURO” nos momentos de insondáveis angústias, fortalecendo-me com lições de generosidade e paciência.

Ao Orientador Professor Francisco A . P. Fialho, Dr., pela acolhida carinhosa e pelo longo compartilhar do saber e, especialmente pela sua grandiosidade em não deixar meus “sonhos” morrerem...

A você, a promessa de que esta etapa é apenas o começo...!!!

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai Olindo (in memoriam), a frase que contempla os seus ensinamentos: “Não há caminhos para a PAZ, a PAZ é o caminho” (Mahatma Gandhi).

À minha mãe Etelvira, sempre presente nas minhas árduas jornadas, com incentivos constantes, fazendo-me acreditar num ideal de um futuro melhor...!

Ao Edson, meu esposo, companheiro e amigo, que me fez melhor compreender, superar as dificuldades e encontrar no aprendizado as respostas para minhas dúvidas e a essência para um maior saber.

Às minhas filhas Caroline e Ana, pelo carinho, amor e paciência que me dedicaram durante todo esse trabalho e assim, deram-me força para continuar... A vocês, tão diferentes e presentes nessa trajetória, procurarei devolver, em AFETO, o tempo que lhes roubei...

À enfermeira Ana Maria Francisco Nunes Mendes, cuja amizade solidificou-se e uniu-nos durante esse trabalho, e fez-me compreender que “O sonho que se sonha só é só um sonho que se sonha só, mas sonho que se sonha junto é realidade...” (Raul Seixas)

À Prof. Leila Gontijo, Dra., pela acolhida encantadora e incentivo a ingressar nesse mestrado...

À amiga Neiva Aparecida Gasparetto dedico o pensamento: “A neve e as tempestades matam as flores, mas nada podem contra as sementes”. (Gibran Khalil Gibran)

Ao Curso de Pós-Graduação da Engenharia de Produção, que permitiu o desenvolvimento dessa desafiante conquista e assim modificar e melhorar o meu “conhecer”.

Às Enfermeiras anônimas que permitiram a efetivação desse trabalho de pesquisa.

Ao amigo Fábio o meu agradecimento especial, pela disponibilidade, paciência e generosidade com que me acompanhou no decorrer de todo o mestrado.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	1
O ESTRESSE E O TRABALHO DO ENFERMEIRO	1
1.1 - INTRODUÇÃO	1
1.2 - OBJETIVO GERAL	2
1.3 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
1.4 - JUSTIFICATIVA	3
1.5 - HIPÓTESE	4
1.6 - APRESENTAÇÃO	4
CAPÍTULO II	5
SAÚDE PÚBLICA.....	5
2.1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS	5
2.2 - HISTÓRICO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA	5
CAPÍTULO III	8
ASSISTÊNCIA PREVENTIVA EM SAÚDE	8
3.1- INTRODUÇÃO	8
3.2 -NÍVEIS DE APLICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE PÚBLICA	9
3.3 -PREVENÇÃO PRIMÁRIA	11
3.4. PREVENÇÃO SECUNDÁRIA	14
3.5. PREVENÇÃO TERCIÁRIA: REABILITAÇÃO	15
CAPÍTULO IV	17
A ENFERMEIRA DE SAÚDE PÚBLICA E A COMUNIDADE	17
INDICADORES SOCIAIS DE ESTIMULAÇÃO DO ESTRESSE	17
4.1 –ALIMENTAÇÃO E SEUS EFEITOS PARA O ESTRESSE	18
4.2 - HABITAÇÃO, SANEAMENTO E MEIO AMBIENTE: CONDICIONANTES PARA O ESTRESSE	20
4.3 – EDUCAÇÃO E ESTRESSE	23
4.4 - TRABALHO E RENDA - EMPREGO – LAZER E ESTRESSE	24
4.5 - TRANSPORTE , CONVÍVIO FAMILIAR E ESTRESSE	26
CAPITULO V	28
ESTRESSE	28
5.1 - CONCEITOS	28
5.2 - SINAIS	29
ANSIEDADE fi ESTRESSE	34
X 5.3 - SINTOMAS	34
X 5.4 - CAUSAS	42

CAPÍTULO VI	46
TRABALHO	46
6.1 - PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DO TRABALHO	46
6.2 - SIGNIFICADO DO TRABALHO	48
6.3 - PREMISSAS BÁSICAS	51
6.4 - O TRABALHO E A EVOLUÇÃO TÉCNICA	52
6.5 - TEORIAS PSICOLÓGICAS	53
6.6 - A EVOLUÇÃO DA PSICOLOGIA DO TRABALHO	56
CAPÍTULO VII	63
ERGONOMIA	63
7.1 - INTRODUÇÃO	63
7.2 - CONCEITUAÇÕES	64
7.3 - HISTÓRICO	65
7.4 - A INTERVENÇÃO ERGONÔMICA NA SITUAÇÃO DE TRABALHO	66
CAPÍTULO VIII	69
ESTUDO DE CASO	69
8.1 – “DIÁRIO DE BORDO”	69
8.2 – METODOLOGIA	71
8.3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	72
CAPÍTULO IX	85
RECOMENDAÇÕES ERGONÔMICAS	85
CAPÍTULO X	86
CONCLUSÃO	86
ANEXO I	89
ANEXO II	95
REDE BÁSICA DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS	96
BIBLIOGRAFIAS	97
BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA	97
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	105

LISTA DAS FIGURAS

- Figura 01: Medicina preventiva: sua definição e prática.
- Figura 02: Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença.
- Figura 03: Indicadores Sociais de estimulação do estresse.
- Figura 04: Modelo hipotético geral do mecanismo de surgimento e manifestação da reação de estresse.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico I: Distribuição Percentual do Nível de Escolaridade dos Trabalhadores da Rede de Saúde Pública.
- Gráfico II: Distribuição Percentual das Instituições Filiadas - Rede de Saúde Pública.
- Gráfico III: Tempo de Experiência Profissional - Rede de Saúde Pública.
- Gráfico IV: Envolvimento Emocional com Clientes e seus Familiares - Rede de Saúde Pública.
- Gráfico V: Envolvimento Emocional com Pacientes Hospitalizados e seus Familiares - Rede Hospitalar Estadual.
- Gráfico VI: Envolvimento Emocional com Pacientes Hospitalizados e seus Familiares - Rede Hospitalar Federal.
- Gráfico VII : Comparação do Percentual do Envolvimento Emocional com Familiares.
- Gráfico VIII: Distribuição Percentual de Apresentação das Psicossomatizações do Estresse - Rede de Saúde Pública.
- Gráfico IX: Distribuição Percentual de Apresentação das Psicossomatizações do Estresse - Rede Hospitalar Federal.
- Gráfico X: Distribuição Percentual de Apresentação das Psicossomatizações do Estresse - Rede Hospitalar Estadual.
- Gráfico XI: Comparação do Percentual das Psicossomatizações do Estresse.

ABREVIATURAS

ACTH	Hormônio Adrenocorticotrófico ou Corticotrofina. ADR - Adrenalina.
ADR	Adrenalina.
ATP	Adenosina Trifosfato.
CRF	Fator Liberador do Hormônio Adrenocorticotrófico.
DSM-III	Diagnostic and Statistical Manual III - Revised.
GH	Hormônio do Crescimento.
HPA	Eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (hipófise=pituitária).
L	Lombar.
LH	Hormônio Luteinizante.
NOR	Noradrenalina.
RHE	Rede Hospitalar Estadual.
RHF	Rede Hospitalar Federal.
RSP	Rede de Saúde Pública.
SNA	Sistema Nervoso Autônomo.
SRA	Sistema Reticular Ativador.
T	Torácica.
T3	Triiodotironina.
T4	Tiroxina.
TRH	Hormônio Liberador de Tireotropina.
TSH	Hormônio Estimulador da Tireóide.

BORJA, Edna Maria Bernardes de. **A interação da enfermeira de saúde pública com os fatores sócio-econômicos comunitários e as psicossomatizações do estresse resultantes do envolvimento emocional no trabalho: estudo comparativo entre rede de saúde pública/ Florianópolis – SC e rede hospitalar pública federal e estadual/SP.** Florianópolis, 1999. 120p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Francisco A. P. Fialho, Dr. Eng.

Defesa: 14/07/1999

A reflexão do contexto social e histórico é uma busca contínua do Direito à Saúde e deveria alicerçar-se em condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Observa-se que o Enfermeiro de Saúde Pública envolve-se emocionalmente com os problemas da população carente oriundos da atual situação político-econômica do país.

Baseado nesse enfoque, esse trabalho pretende quantificar e qualificar sinais e sintomas patológicos da carga psíquica do trabalho do Enfermeiro, através da análise de dados obtidos com profissionais da rede de saúde pública.

Para uma operacionalização mais fidedigna, optou-se pela aplicação do instrumento referenciado pelo Centro de Pesquisas do Estresse, localizado em Genebra - Suíça, também utilizado em pesquisa semelhante na rede hospitalar (Mendes/1999).

Contrariamente às expectativas, o estudo comparativo dos dados desta pesquisa com aquela que concomitantemente abordou a rede hospitalar (Mendes/1999), revelou percentuais de distúrbios orgânicos diversificados em níveis mais relevantes.

Palavras chave: Saúde Pública, Estresse, Psicossomatização

ABSTRACT

The reflection of the social and historic context it is the continuous search for the Right to Health should consolidate itself in worthy conditions of life and of universal and equal access to the promotion, protection and health recovering services. It is observed that the Public Health Nurse emotionally involves himself with the problems of the needing population, originated from the country's present political-economical situation.

Based on this focus, this paper intend to quantify and qualify pathological signs and symptoms of the Psychic Load caused by the Nurse's work, through the analysis of data obtained with professionals of the public health network.

For a more trustworthy operationalism, it was chosen the application of the tools referenced by the Stress Research Center, located in Geneva – Switzerland, also used on similar research in the hospital network (Mendes/1999).

On the contrary of the expectations, the comparative study of this research's data with the one that concomitantly addressed the hospital network (Mendes/1999), revealed percentages of diverse organic disorders in more relevant levels.

Key words: Public Health, Stress, Psychosomatization

CAPÍTULO I

O ESTRESSE E O TRABALHO DO ENFERMEIRO

1.1 - INTRODUÇÃO

O homem moderno se defronta com o paradoxo do estresse. Por um lado, é uma parte essencial de nossas vidas, dando-nos ímpeto, vitalidade, motivação e progresso, por outro, também é a raiz de uma infinidade de problemas econômicos, médicos e sociais.

Nas últimas décadas, os avanços tecnológicos determinaram mudanças radicais em todos os níveis da sociedade. Ajustar-se à mudanças dessa magnitude, requer capacidade de adaptação física, mental e social. Infelizmente, o desenvolvimento dessa capacidade adaptativa está bem distante do ritmo intenso das modificações, com as quais o homem se defronta, criando assim, uma situação de conflito e desequilíbrio. O estresse patológico é a consequência direta desse desequilíbrio.

Seria extremamente indesejável e, ao mesmo tempo impossível, eliminar completamente todos os tipos de estresse. O que devemos fazer é tentar reduzir a situação de estresse na sociedade e, sensibilizar os indivíduos para os meios que possam ajudá-los a conviver em um nível adequado de estresse, em um nível, em que ele seja uma fonte positiva e, não um empecilho negativo para o seu desempenho pessoal, para à sua saúde e consequente felicidade.

A compreensão básica do estresse, seus sinais, fontes e sintomas, aumentará nossas chances de fazer a escolha apropriada das soluções e, aplicá-las em nossas vidas pessoais e profissionais. Este tipo de atitude, nos ajudará a melhorar a nossa saúde e a qualidade de vida dos indivíduos que nos cercam.

Um certo nível de estresse é essencial para nossa saúde e desempenho. Nada conseguimos sem o estímulo que o estresse proporciona. Fisiologicamente, a ausência total de estresse equivale à morte. Nesse aspecto, devemos compreender que o tédio e a ausência de estímulo induzido pela falta de estresse também pode ter efeitos deletérios à nossa saúde e desempenho. Ambos melhoram com o aumento não exagerado do estresse, mas não indefinidamente. Uma vez ultrapassado o pico da nossa curva de estresse, declinam nossa saúde e nosso desempenho. Os níveis adequados de estresse (denominados “eustresse” pelo professor Seyle) são definidos como os pontos máximos, em que o estresse aumenta a saúde e o desempenho do indivíduo também. Essa é a fase positiva do estresse. A negativa ocorre pelo aparecimento do sentimento de “angústia”, quando o estresse

continua a aumentar, mas a saúde e o desempenho declinam. Uma série de fatores que nos defrontamos durante o dia projeta nossa curva de estresse para cima. Se não tivermos cientes desse fato e não reconhecermos os sinais do aumento do estresse, poderemos, progressivamente, cair na parte negativa dessa curva. Nossa posição na curva do estresse é dinâmica e tem muitas variáveis, incluindo a hora do dia, a natureza dos fatores estressantes e a eficácia com a qual lidamos com eles. Todos temos diferentes limiares de estresse e a cinética da curva difere de um indivíduo para outro. Assim, todos nós temos um limite, além do qual o estresse deixa de ser necessário para se tornar prejudicial para nossa saúde e desempenho pessoal.

O conhecimento do nível de estresse é fundamental para que se possa buscar um maior e melhor equilíbrio quanto ao processo de adaptação ao mesmo.

Partindo dessa premissa, essa dissertação objetiva investigar e demonstrar as relações do estresse com a carga psíquica do trabalho da Enfermeira de Saúde Pública¹ através da aplicação do questionário (ANEXO I) de análise da sintomatologia do estresse que é baseado na teoria da Dra. M. Michal, pioneira no campo do estresse, na Suíça, bem como o referencial de Hans Seyle e de outros autores que abordam o estresse.

1.2 - OBJETIVO GERAL

Analisar o Envolvimento Emocional de Enfermeiras de Saúde Pública com clientes, familiares e comunidade em que estão inseridos, que geram doenças psicossomáticas resultantes de estresses repetidos.

1.3 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.3.1. Detectar a ocorrência de distúrbios psicossomáticos em Enfermeiros de Saúde Pública e correlacionar fatores desencadeantes.

1.3.2. Comparar os resultados obtidos com profissionais da Rede de Saúde Pública e da Rede Hospitalar (Mendes-1999).

1.3.3. Sugerir intervenções ergonômicas.

¹Enfermeiras de Saúde Pública: enfermeiras que desenvolvem suas atividades na Rede Básica de Saúde situada nos Centros de Saúde, Policlínicas e serviços complementares de responsabilidade da Secretaria de Saúde do município de Florianópolis.

1.4 - JUSTIFICATIVA

Desde que se tem relatos da história da vida, se tem tentado definir saúde; porém, somente neste século, ficou entendido que saúde é um fenômeno relacionado com o contexto sócio-cultural de um povo e não algo padronizado e isolado da vivência comunitária dos indivíduos.

Desta forma, entende-se que: “A saúde do indivíduo e do grupo está determinada pela biologia humana, meio ambiente, modo de vida comunitário e sistema de assistência comunitária” (OMS-1986).

Como síntese geral, podemos hoje definir que : A saúde é um produto de dois fatores: genéticos e ambientais, tanto referentes ao meio físico-geográfico, como ao contexto sócio-cultural. A ação dinâmica e contínua desses aspectos, leva a produzir a percepção de bem-estar, reconhecido como estado de saúde.

Na Saúde Pública, o Enfermeiro trabalha com o processo da doença interrelacionando características dos agentes patológicos (animados e inanimados), bem como do meio ambiente, e a relação deste com o próprio indivíduo.

Nem a saúde nem a doença são estáticas ou estacionárias. Na base de cada condição de saúde ou doença, está o fenômeno da alteração quase constante. Estas condições são processos contínuos: uma batalha por parte do homem para manter um saldo positivo contra as forças biológicas, físicas, mentais e sociais que tendem a alterar o equilíbrio de sua saúde. As potencialidades para o sucesso do homem em sua luta pela manutenção da saúde manifestam-se através de seus mecanismos de defesa, internos e externos, contra estímulos que produzem doenças de grandes limites de segurança e reservas orgânicas, além dos processos fisiológicos de recuperação de que ele é capaz.

Ao trabalhar a promoção da saúde, os enfermeiros que trabalham na área de atenção primária à saúde² defrontam-se com inúmeros problemas sócio - políticos capazes de constituírem-se no contexto acima em fatores estressantes.

² Conferência Internacional sobre atenção primária à saúde, Alma Ata (1978) define como assistência primária à saúde: “representa o primeiro nível de contato entre indivíduos, família e comunidade, com o sistema nacional de saúde, levando o mais perto possível, a assistência de saúde ao lugar onde residem e trabalham as pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária”.

1.5 - HIPÓTESE

Em Saúde Pública, a carga mental do trabalho do enfermeiro é determinada pelo envolvimento emocional com o indivíduo, a família e a comunidade.

1.6 - APRESENTAÇÃO

Essa dissertação apresenta em seus capítulos os seguintes conteúdos:

- no primeiro capítulo, há uma introdução geral do tema, seguida da apresentação dos objetivos, justificativa e hipótese;
- no segundo capítulo, tecemos considerações gerais sobre Saúde Pública e descrevemos o histórico do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina;
- no terceiro capítulo, abordamos a Assistência Preventiva em Saúde: níveis de aplicação da atenção primária em Saúde Pública, prevenções primária, secundária e terciária;
- no quarto capítulo, destacamos a relação entre a Enfermeira de Saúde Pública e a Comunidade;
- no quinto capítulo, discorremos sobre o estresse: conceito, sinais, sintomas e causas;
- no sexto capítulo, enfocamos o trabalho: perspectivas históricas, significado do trabalho, premissas básicas, o trabalho e a evolução técnica, teorias psicológicas e a evolução da psicologia do trabalho;
- no sétimo capítulo, estudamos a ergonomia: conceituações, histórico e a intervenção ergonômica na situação de trabalho;
- no oitavo capítulo, apresentamos o estudo de caso da carga mental de enfermeiras da rede de saúde pública dos municípios de Florianópolis e Itajaí - análise comparativa com os dados do trabalho que abordou profissionais da rede hospitalar;
- o nono capítulo é composto pelas recomendações ergonômicas;
- no décimo capítulo, elaboramos a conclusão.

CAPÍTULO II

SAÚDE PÚBLICA

2.1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

Em 1920, Winslow, antigo professor de Saúde Pública da Universidade de Yale, apresentou a seguinte definição de Saúde Pública: “Saúde Pública é a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física, mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde”.

Os centros de saúde têm servido aos que se situam nas faixas de renda menos favorecidas, procurando enfatizar a promoção da Saúde, a proteção específica e os procedimentos para identificação dos casos e encaminhamentos para tratamento na Rede Hospitalar e/ou tratamento específicos.

Em diversas partes do mundo, desenvolvem-se estudos que atribuem um novo valor à saúde do indivíduo, seja como um direito dentro de um Estado democrático, seja como meio de aumentar a produtividade em um regime ditatorial. A saúde do indivíduo tornou-se uma preocupação importante da comunidade.

2.2 - HISTÓRICO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA

O Ministério da Saúde foi criado em 25 de julho de 1953, pela Lei nº 1920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura.

A partir de então, o Ministério da Saúde foi se estruturando com o objetivo de atender às necessidades da saúde pública do país.

A estrutura básica atual da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina está definida no Decreto nº 79.056 de 30 de dezembro de 1976, com as alterações introduzidas pelo Decreto nº 81.141, de 30 de dezembro de 1977.

Em 17 de julho de 1975, através da Lei nº. 6.229, foi criado o sistema nacional de saúde dentro de uma visão globalizante de abordagem da realidade complexa da saúde/doença. Considerando o aumento da cobertura dos serviços de saúde promocionais, preventivos e curativos, visou elevar o nível de saúde das populações, atendendo suas necessidades individuais de serviços de saúde e exercer ações sobre o meio ambiente em benefício da saúde.

A implantação do Sistema Nacional de Saúde, vem se fazendo de forma gradual por meio de instrumentos que viabilizam sua operacionalização.

O Decreto nº 79.056/76 que dá nova estrutura ao Ministério da Saúde é um documento importante na implantação do Sistema Nacional de Saúde, pois buscou-se, com a nova estrutura, condições de operacionalização de sua competência de acordo com os preceitos da Lei nº 6.229/75.

Constituiu-se, então, em 1975 uma Comissão Permanente de Consulta (CPC) com representantes do Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social para, entre outras competências, “acompanhar, no âmbito dos respectivos ministérios, os programas e projetos de implantação do Sistema Nacional de Saúde, a fim de assegurar seu pleno desenvolvimento e corrigir a tempo os desvios verificados”.

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina foi instituída através da Lei nº. 658, de 04-7-1942, com a transformação da Secretaria do Interior e Justiça em Secretaria do Interior e Justiça, Educação e Saúde. Através da Lei nº. 785, de 27-10-1952, foi desmembrada e transformada em Secretaria da Educação, Saúde e Assistência Social. Em 24-1-1956, com a Lei nº. 1428, foi alterada a denominação para Secretaria da Saúde e Assistência Social. Através da Lei nº. 4547, de 31-12-1970, foi criada a Secretaria da Saúde. Em 19-4-1977, foi alterada a denominação para Secretaria da Saúde e Promoção Social, passando em 28-2-1979 novamente a denominar-se Secretaria da Saúde.

A atual estrutura da Secretaria de Saúde de Santa Catarina foi instituída pela Lei da Reforma Administrativa nº 9831, de 17 de fevereiro de 1995.

À Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina compete desenvolver as atividades relacionadas com o Sistema Único de Saúde - SUS, especialmente:

- saúde pública e medicina preventiva;
- atividades médicas, paramédicas e odonto-sanitárias;
- educação para a saúde;
- administração hospitalar e ambulatorial;
- vigilância sanitária e epidemiológica;
- saneamento básico e atividades do meio ambiente, relacionadas com sua área de atuação;
- pesquisa, produção e distribuição de medicamentos básicos.

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, gestora estadual do Sistema Único de Saúde - SUS, assume um novo papel a partir das responsabilidades e prerrogativas definidas na Norma Operacional Básica (NOB SUS 01/96). Nesta norma são identificados os papéis básicos para o gestor estadual, dentre os quais, incluem:

- exercer a gestão do SUS no âmbito Estadual;
- incentivar o Poder Municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus municípios;
- assumir, em caráter transitório, a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade;
- promover a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas municipais.

O desempenho deste papel e, a efetiva execução das funções da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, dependem do pleno funcionamento do Conselho Estadual de Saúde (CES). O CES é uma instância que delibera as diretrizes políticas e o financiamento do setor, assim como da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), órgão de negociação entre gestores. Tais instâncias, permitem a negociação e decisões relativas às prioridades, componentes do sistema, tanto quanto, a ratificação das programações e decisões relativas às prioridades de intervenção.

A Secretaria de Estado da Saúde de SC tem por finalidade manter e viabilizar a prestação de serviços médicos, hospitalares e assistenciais à sociedade catarinense. Tem atuação em todos os municípios de Santa Catarina, estando integrada ao SUS em parceria com a União e os Municípios.

Com relação aos Centros de Saúde Pública de Florianópolis podemos citar que os mesmos são diretamente administrados pela Secretária de Saúde do Município de Florianópolis/SC em parceria com a Secretária Estadual/SC e distribuem-se pela grande Florianópolis/SC conforme ANEXO II.

CAPÍTULO III

ASSISTÊNCIA PREVENTIVA EM SAÚDE

3.1- INTRODUÇÃO

Em algumas nações, fazia-se, no passado, uma clara distinção entre os serviços de saúde pública e as atividades relacionadas à prática da saúde privada. O saneamento do meio ambiente e certas medidas comunitárias, dependiam de uma autoridade legal designada para evitar a transmissão de moléstias contagiosas. Medidas como o isolamento e a quarentena, eram consideradas da esfera da saúde pública. Praticamente, tudo mais no campo da saúde era considerado domínio da atividade privada.

Atualmente, a linha divisória é muito menos precisa e existem problemas de saúde situados nessa fronteira, tendo sido, em certas épocas, calorosamente discutido o nível da responsabilidade atribuída à rede pública ou privada.

A expansão dos conhecimentos possibilitou a prevenção específica de algumas doenças e, retardou o desenvolvimento de outras, mais pelo contato com indivíduos, do que através de uma ação comunitária ampla (tal como a purificação da água ou a pasteurização do leite). O tipo de prevenção que implica em tratamento (doenças venéreas, tuberculose) é, sob certas circunstâncias, executado por centros de saúde, que se introduzem no campo da terapêutica, considerado, anteriormente, pelo profissional privado, como de seu domínio exclusivo.

Os métodos caros de diagnóstico e tratamento exaurem os recursos de uma parcela da comunidade, mais do que fazia o médico à moda antiga, que só precisava de sua maleta preta.

Em muitas partes do mundo, desenvolveu-se uma revolução social, que atribuiu um novo valor à saúde do indivíduo, seja como um direito dentro de um Estado democrático, seja como um meio de aumentar a produtividade, em um regime ditatorial. A saúde do indivíduo tornou-se uma preocupação importante dentro de uma comunidade.

Por ser menos dramática do que a medicina voltada primordialmente para a terapêutica, a medicina preventiva não exerceu sobre os profissionais a atração que seria justificável.

Quando se tornou indispensável um esforço comunitário organizado para atingir, no campo da saúde, um objetivo necessário e desejado pelo público, foram constituídos grupos de voluntários para levar a cabo a tarefa, ou atribuiu-se aos centros de saúde pública a responsabilidade legal pela concretização do resultado pretendido.

3.2 - NÍVEIS DE APLICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE PÚBLICA

A ciência que se ocupa em manter este estado de saúde do indivíduo é a “Saúde Pública”.

Winslow (1952) define Saúde Pública como:

“Ciência e arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde física e mental através de esforços organizados da comunidade para:

- saneamento do meio;*
- controle de doenças transmissíveis;*
- educação do indivíduo em princípios de higiene pessoal;*
- organização nos serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e tratamento preventivo de doenças;*
- desenvolvimento da maquinaria social, de modo a assegurar a cada indivíduo na comunidade um padrão de vida adequado à Manutenção da saúde”. (Winslow-1952)*

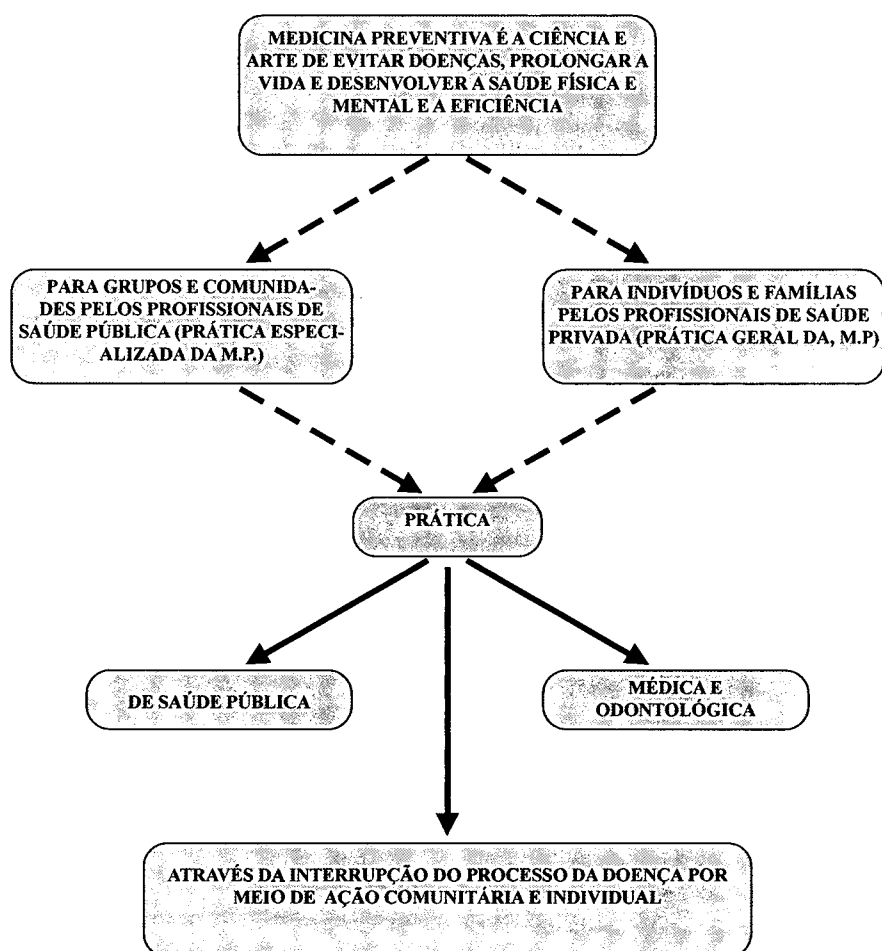
Os objetivos finais de toda atividade médica, odontológica e de saúde pública, seja ela exercida no consultório, na clínica, no laboratório ou na comunidade, são a promoção da saúde, a prevenção de doenças e prolongamento da vida. Estes objetivos coincidem com a definição de medicina preventiva, qual seja, “a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental e a eficiência”. São objetivos da medicina preventiva promover um estado de saúde positivo ou ótimo, evitar a perda da saúde e a invalidez depois que o homem foi acometido pela doença.

De acordo com o código da Organização Mundial de Saúde (8ª Conferência de Saúde/1986), “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de moléstia ou enfermidade”. Um conceito mais dinâmico de saúde foi apresentado por Perkins (1938): “Saúde é um estado de relativo equilíbrio de forma e função do organismo, que resulta de seu ajustamento dinâmico satisfatório às forças que tendem a perturbá-lo. Não é um inter-relacionamento passivo entre a matéria orgânica e as forças que agem sobre ela, mas uma resposta ativa do organismo no sentido do reajustamento”.

Todos têm algum grau de saúde: os que se encontram em excelentes condições, sem qualquer queixa, os que estão razoavelmente bem, os que se sentem abaixo do normal e os que estão realmente enfermos. Deste modo, pode-se pensar sobre a saúde, assim como sobre a doença e a

invalidez, em uma escala graduada. Ela pode ser afetada por agentes patológicos animados e inanimados, pelas características inerentes ou adquiridas pelo homem e pelos muitos fatores do meio ambiente em que o homem vive.

O termo *prevenção* tem o significado que tinha na época elizabetana: “vir antes ou preceder” (Mather, 1953 e Leavell, 1954) e coincide com a atual definição de *prevenir* encontrada nos dicionários - “antecipar, preceder, tornar impossível por meio de uma providência precoce”. Tal prevenção exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural, a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença. Prática a medicina preventiva, todo aquele que utiliza o conhecimento moderno, na medida de sua capacidade, para desenvolver a saúde, evitar a doença e a invalidez, e prolongar a vida. Isto significa boa assistência médica e dentária para indivíduos e famílias e, bons serviços de saúde pública para as comunidades.



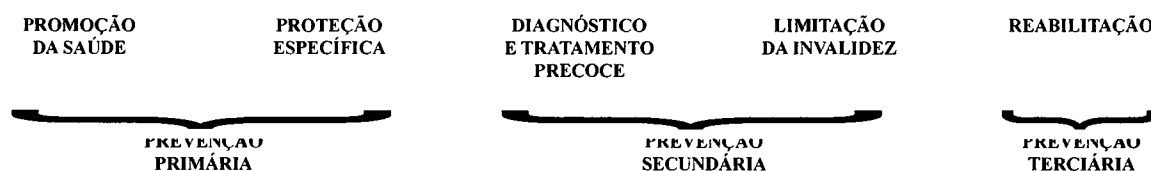
Fonte: Leavell / Clarc 1978

Medicina Preventiva

Figura 01: Medicina Preventiva: sua definição e prática

A prevenção pode ser feita no período de pré-patogênese, através de medidas destinadas a desenvolver uma saúde geral ótima, pela proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente. Estes procedimentos foram chamados de *prevenção primária*.

Tão logo o processo da doença seja detectável, no início de patogênese, deve-se fazer a *prevenção secundária*, por meio de diagnóstico precoce e o tratamento imediato e adequado. Quando o processo de patogênese houver progredido e a doença avançado além de seus primeiros estágios, a prevenção secundária deve ser continuada, através de tratamento adequado, para evitar seqüelas e limitar a invalidez. Mais tarde, quando o defeito e a invalidez se tiverem fixado, pode-se conseguir a *prevenção terciária*, através de reabilitação.



Fonte: *Medicina preventiva Leavell/Clark-1978*

Figura 02 - Níveis de aplicação de medidas preventivas na história da doença

Dentro destas três fases de prevenção, existem, cinco níveis distintos, conforme descritos acima, nos quais, podem-se aplicar medidas preventivas, dependendo do grau de conhecimento da história natural. Elas não são fases estáticas ou isoladas de prevenção, mas formam um *continuum* correspondente à história natural de qualquer distúrbio.

3.3 - PREVENÇÃO PRIMÁRIA

3.3.1- PROMOÇÃO DA SAÚDE

As medidas adotadas para a promoção da saúde não se dirigem a determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar geral. A educação e a motivação sanitária são vitalmente importantes para a realização deste objetivo. Os procedimentos para a promo-

ção da saúde incluem um bom padrão de nutrição, ajustado às várias fases do desenvolvimento humano, levando-se em conta o período de rápido crescimento e desenvolvimento da infância, as mudanças psicológicas da adolescência, as exigências extras durante a gravidez e as variações das necessidades alimentares dos velhos, em relação às dos adultos jovens. Salienta-se o que pode ser feito, individualmente ou em grupo, através do aconselhamento e educação adequada dos pais, a fim de satisfazer as necessidades ambientais para o desenvolvimento equilibrado da personalidade da criança. Veremos que a assistência à família e ao indivíduo não é, em si, suficiente para criar um estado de completo bem-estar físico, mental e social. A extensão da participação na vida comunitária pode ser também um fator extremamente importante na promoção da saúde de indivíduos e grupos. Outros componentes da promoção da saúde são: moradia adequada, recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho. A educação sexual e o aconselhamento antes e durante o casamento podem ter um efeito específico contra a exposição às doenças venéreas, mas, em geral, promovem a saúde influenciando favoravelmente o ajustamento conjugal.

A genética envolve componentes de promoção da saúde, com sua relevante contribuição ao aumento de produção e rendimento de muitos gêneros e variedades de animais e plantas, do que tem resultado um suprimento melhor e mais abundante de alimentos. Além da contribuição da genética à proteção específica, os consideráveis avanços no estudo do controle das mutações podem vir a ter, futuramente, significativas implicações para a promoção da saúde.

Os exames de saúde periódicos, embora recomendados, em princípio, para o diagnóstico precoce de processos mórbidos, podem também promover a saúde por seu apelo básico a que as pessoas se submetam a exames antes de adoecer. Em tais circunstâncias, são consideráveis as oportunidades para orientação sanitária. Por outro lado, os aspectos educacionais da prevenção do câncer, por exemplo, não precisam limitar-se à indicação dos primeiros sinais de malignidade, mas podem fazer parte da propaganda geral de promoção da saúde, que é necessária ao conjunto da população.

Finalmente, considerando-se que todas as pessoas têm saúde em determinado grau, toda doença que leve o paciente ao médico oferece uma oportunidade para aconselhamento; não apenas no que se refere ao tratamento daquela doença e, prevenção de posterior incapacidade que daí possa resultar, mas também no que concerne à manutenção da saúde potencial que resta ao paciente. A extensão deste aconselhamento ao resto da família do paciente pode ter um efeito considerável na promoção da saúde de um maior círculo de indivíduos.

3.3.2 - PROTEÇÃO ESPECÍFICA

É a prevenção em seu sentido convencional que compreende medidas aplicáveis a uma doença ou grupo de doenças específicas, visando interceptar as causas das mesmas, antes que elas atinjam o homem. Foram feitos grandes progressos neste nível de aplicação de medidas preventivas, a partir de estudos minuciosos no laboratório, na clínica e na população. Destas investigações, resultaram o conhecimento dos detalhes da história natural de muitos distúrbios. As lições aprendidas com o passar dos anos, o estudo de moléstias epidêmicas e contagiosas, e que levaram à adoção de medidas preventivas específicas, podem, agora, ser aplicadas ao estudo de outras condições que afetam grupos de indivíduos. Muito já se conseguiu na proteção específica contra doenças não contagiosas e são grandes as perspectivas de um desenvolvimento futuro.

Antes da era bacteriológica, as medidas preventivas eram fundadas em bases mais ou menos empíricas, aparecendo como resultado de estudos epidemiológicos particularizados. A descoberta de agentes infecciosos fez com que a prevenção passasse a ser difundida com maior confiança. Uma vez conhecido o agente, desenvolveram-se estudos específicos em laboratório, nas clínicas e no campo, a respeito dos ciclos vitais dos microrganismos, procurando-se meios de interromper estes ciclos e proteger o homem contra a infecção. Da mesma forma, a descoberta de agentes patológicos não-infecciosos, das reações que eles produzem no hospedeiro humano e de suas fontes no meio ambiente, permite que se atue no sentido de interceptá-los, antes que se inicie a patogênese. A proteção específica contra riscos de intoxicação na indústria mostra a aplicação deste nível, como parte importante de programas de saúde ocupacional.

Os avanços nos conhecimentos a respeito de nutrição indicaram as medidas específicas de proteção necessárias à prevenção de muitos distúrbios alimentares. Na maior parte dos distúrbios nutricionais, com exceção da obesidade, o que ocorre é uma deficiência qualitativa ou quantitativa de alimentos essenciais. Existem, porém, várias outras causas relacionadas, como por exemplo, o hospedeiro ou seu meio ambiente. A desnutrição pode resultar de certos hábitos dietéticos ou, em alguns casos, da má assimilação do alimento ingerido. O meio ambiente é de especial importância para a nutrição, não apenas em seus aspectos físicos relacionados com a produção de elementos nutritivos, mas também em seus componentes sociais e econômicos, na medida em que estes afetam a possibilidade de aquisição dos alimentos necessários para manter uma boa nutrição.

Embora se conheça muito pouco a respeito das fases pré-patogênicas da complexa história natural do câncer, certos aspectos da prevenção desta doença situam-se no nível da proteção específica: aqueles relativos à proteção contra vários agentes cancerígenos e ao tratamento de lesões pré-cancerosas.

Podem-se aplicar medidas específicas de proteção a muitos outros distúrbios, tais como, alergia, perturbações dos sentidos básicos, acidentes, fluorose, cáries dentárias e bócio.

A genética contribuiu de forma concreta para a adoção de medidas específicas de proteção, ao demonstrar a importância da identificação de portadores genéticos de doenças hereditárias. A potencialidade neste campo da medicina preventiva precisa ser mais explorada, a fim de proporcionar ao profissional novos recursos.

O enfoque básico de qualquer programa de medicina preventiva aplicada ao indivíduo está na proteção específica. Uma vez que as múltiplas causas de processos patológicos encontram-se na comunidade, no lar e no ambiente de trabalho, elas podem ser e têm sido combatidas através de medidas específicas aplicáveis ao agente, ao hospedeiro e ao meio ambiente. Certos agentes podem ser combatidos pela purificação da água, pela eliminação de detritos e materiais radioativos, por dispositivos de proteção nas máquinas, alimentação suplementar, luz ultravioleta, controle de gases nocivos, etc.

Grande parte das causas de moléstias pode ser combatida com imunização, melhoria dos hábitos alimentares, estímulo a atitudes satisfatórias para com a higiene pessoal, uso de drogas supressivas e emprego de roupas e máscaras protetoras na indústria. Os fatores ambientais podem ser anulados, graças à drenagem de pântanos, à melhoria das condições habitacionais, ao controle da propagação de doenças e à melhoria de condições sócio-econômicas deficientes.

3.4. PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

3.4.1 - DIAGNÓSTICO PRECOCE E TRATAMENTO IMEDIATO

O diagnóstico precoce e o tratamento imediato têm como finalidades óbvias: (1) evitar a contaminação de terceiros, se a moléstia for transmissível; (2) curar ou estacionar o processo evolutivo da doença, a fim de evitar complicações ou seqüelas; e, (3) evitar a invalidez prolongada.

A promoção da saúde não é aplicada a doenças específicas, nem é ainda amplamente utilizada, e se desconhecem, até agora, medidas específicas de proteção contra muitas moléstias. Mas a prevenção através de diagnóstico precoce e tratamento imediato, tem merecido, desde há alguns anos, um papel destacado em Saúde Pública.

3.4.2 - LIMITAÇÃO DA INCAPACIDADE

As limitações da incapacidade implica na prevenção ou no retardamento das conseqüências de moléstias clinicamente avançadas. É apenas o reconhecimento tardio, devido ao conhecimento incompleto dos processos patológicos, que separa este nível de prevenção do anterior. Os aspectos preventivos, neste estágio de desenvolvimento da doença, envolvem o tratamento de um processo patológico mais ou menos avançado. O fato de que o desvio em relação a um estado de normalidade tenha sido tão extremo indica deficiências de prevenção em alguma fase anterior da história natural da doença.

No nível tardio de prevenção da doença, certas alterações do meio ambiente, como as de ordem econômica, podem ajudar a evitar seqüelas. Porém, as medidas preventivas são principalmente terapêuticas, voltadas para o hospedeiro, destinadas a interromper o processo patológico e a evitar futuras complicações. As perguntas que devem, invariavelmente, ocorrer ao médico que trata de casos tão avançados são: Que circunstâncias permitiram a este indivíduo atingir um estágio tão avançado desta moléstia? O que deve ser feito para interromper o processo em um período anterior? É possível que as respostas sejam acusatórias, dado que podem evidenciar as falhas do médico ou de sua comunidade, na aplicação de recursos já disponíveis; ou podem ser provocativas, na medida em que estimulem o desejo de explorar alguns dos fatores desconhecidos na história natural da doença, de forma tal que possam ser descobertas novas medidas preventivas, levando a interromper mais precocemente os processos patológicos desse tipo.

3.5. PREVENÇÃO TERCIÁRIA: REABILITAÇÃO

Ela é mais do que a interrupção de um processo patológico; é também a prevenção da incapacidade total, depois que as alterações anatômicas e fisiológicas estão mais ou menos estabilizadas. Tem como principal objetivo o de recolocar o indivíduo afetado em uma posição útil na sociedade, com a máxima utilização de sua capacidade restante. Inexistem medidas de proteção específica e de limitação da incapacidade por meio de tratamento médico para muitas doenças que afetam o homem, de modo que a medicina tem que depender da reabilitação, para ensinar o indivíduo afetado a viver e a trabalhar, tão eficientemente quanto possível. A reabilitação tem componentes físicos, mentais e sociais e baseia-se em um princípio fundamental da medicina preventiva - o de que a responsabilidade do profissional vai além do tratamento médico ou cirúrgico da doença.

Esta responsabilidade começa antes que a doença se desenvolva e termina somente quando o paciente inválido estiver preparado para viver e trabalhar com o que restou. Poucos hão de negar, que a reabilitação constitui uma única fase da responsabilidade do médico.

O sucesso da reabilitação depende da existência de meios adequados nos hospitais, na comunidade e na indústria. Ela abrange, entre outras coisas, a integração do indivíduo em ocupações especiais, o pleno emprego das potencialidades, a terapia ocupacional em hospitais e o uso de asilos, em alguns casos. Esta conceituação situa as características da promoção da saúde e da prevenção de doenças em um quadro de referência baseado na história natural da doença. É o primeiro passo, levando todos os interessados à um ponto de partida comum para as suas próprias contribuições específicas à saúde e ao bem-estar do homem. Ela se fundamenta na avaliação dos níveis de saúde, segundo uma escala graduada e no princípio de que o desvio da saúde em direção à doença é um processo que envolve a interação de agentes patológicos, do homem e das condições e características do meio ambiente. A evolução de cada distúrbio específico segue um processo mais ou menos constante, que se inicia antes que o homem seja envolvido e que pode ser denominado história natural da doença. É claro que o conhecimento deste processo pode estar incompleto pela ausência de informação sobre muitos dos elos da cadeia de causa e efeito, que constituem parte de uma história natural específica. Contudo, a aplicação prática de medidas preventivas em um ou outro nível, não precisa ser retardada até que se conheçam inteiramente suas causas e efeitos.

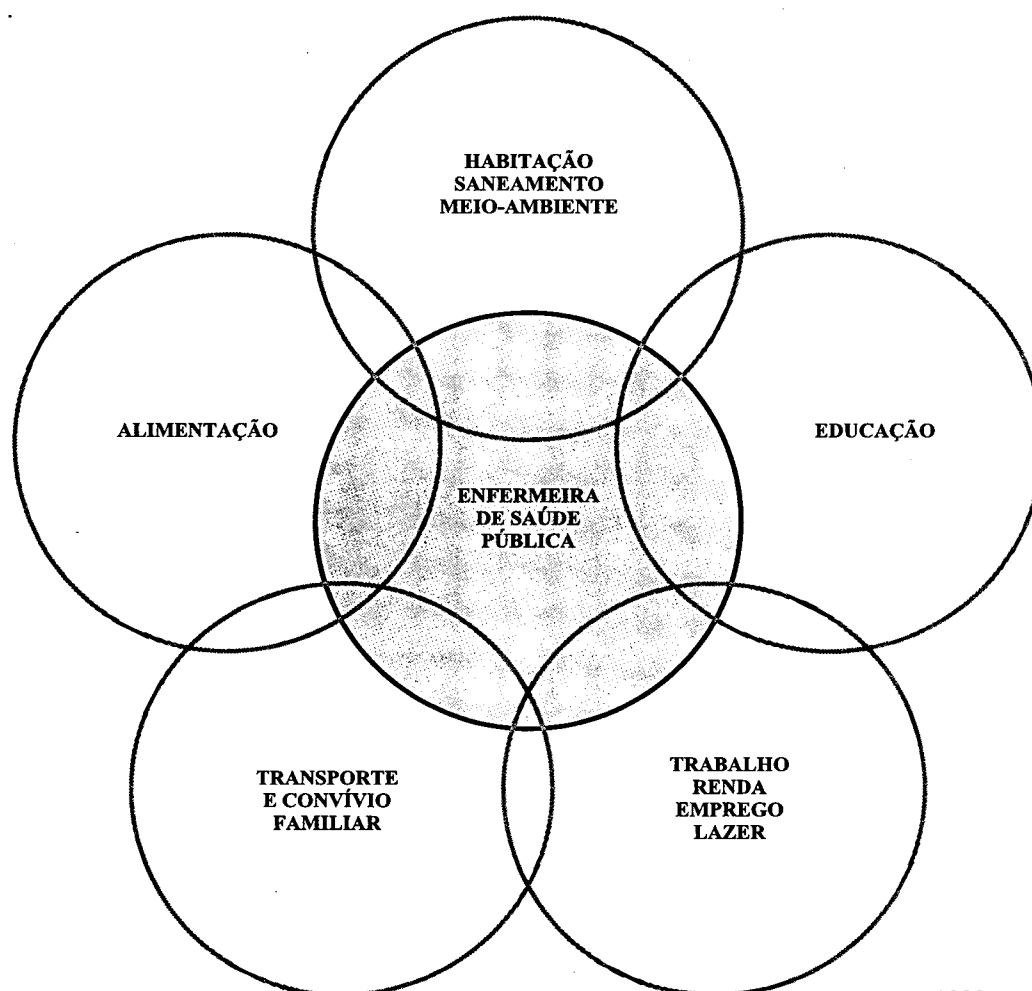
CAPÍTULO IV

A ENFERMEIRA DE SAÚDE PÚBLICA E A COMUNIDADE

INDICADORES SOCIAIS DE ESTIMULAÇÃO DO ESTRESSE

Em nossa experiência de mais de 13 anos, como enfermeira, também de saúde pública, construímos o “mapa mental” representado abaixo (figura 3), onde ressalta a gama dos freqüentes fatores estreitamente ligados à saúde do indivíduo e da comunidade trabalhada.

Esse universo de fatores estão diretamente ligados a saúde do indivíduo e da comunidade trabalhada, podendo ser classificados como indicadores sociais de estimulação do estresse.



Fonte: Autor

Ano:1999

Figura 03- Relação entre Enfermeira que atua em Saúde Pública e indicadores sociais de estimulação do estresse.

Cotidianamente a enfermeira dos centros de saúde se depara com os processos de recuperação da Saúde, para qual a compreensão do processo de Saúde e Doença é bastante ampla.

Definir Saúde e Doença não é fácil, devido à complexidade desses conceitos. “Enquanto processo, a saúde e a doença podem ser perdidas e reconquistadas, como estados dinâmicos e inerentes à própria vida.” (Dejours citado por Pitta, 1990, pág. 83).

“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É, assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato, define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em lutas cotidianas.” (Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986).

Para Patrício (1990), a “Saúde é a capacidade que o homem tem como ser individual e social, de buscar, manter e normalizar seu bem viver. Bem viver é um sentimento condicionado às necessidades do homem. Desta forma, saúde tem expressão individual, significando que um indivíduo (ou grupo), se mostrará distinto de um outro, devido à presença dos caracteres genéticos e ambientais.”

Saúde também pode ser definida, conforme Marques (1991), como “idéia de bem estar, um processo de aperfeiçoamento de valores qualitativos aspirados pelas sociedades e pelos indivíduos, tais como, nível educacional, nível de saúde, padrão de vida, etc...”

Dessa forma, o trabalho da enfermeira nos Centros de Saúde busca continuamente interagir no processo de saúde/doença do indivíduo atendido, na tentativa de buscar a compreensão do limite que faz com que o homem perca a saúde e ingresse na doença.

A seguir discorreremos sucintamente sobre os aspectos mencionados no mapa mental realizado pelo autor.

4.1 – ALIMENTAÇÃO E SEUS EFEITOS PARA O ESTRESSE

Os hábitos alimentares dizem respeito, de um lado, às diferentes condições econômicas e sociais de cada grupo, e, de outro, à percepção que se tem dos alimentos. São as condições diferentes de cada grupo social que determinarão as diferenças de consumo alimentar.

Nesse sentido, para as comunidades de *pescadores*, as possibilidades de consumo alimentar são dadas pelos meios (barcos, jangadas, redes, anzóis, etc), e pelas técnicas de que dispõem para a captura de peixes e mariscos e da piscosidade das águas (habilidade, conhecimento, etc).

O pescador depende, também, do mercado para comercializar o produto do seu trabalho. A renda da sua produção é o que permite adquirir outros alimentos importantes no elenco daqueles considerados necessários. Em algumas comunidades de pescadores, quando há terras disponíveis, a mulher e os filhos cultivam uma roça onde plantam, entre outras coisas, a mandioca, da qual preparam a farinha, importante na dieta básica da família. Em muitas regiões do Brasil, tanto as mulheres como as filhas de pescadores, realizam trabalhos artesanais, tais como as rendas de bilro, bordados, etc., também relevantes na formação da renda familiar e que conseqüentemente contribuem para a aquisição de gêneros alimentícios.

Na cidade, todo alimento tem que ser comprado e, o acesso a ele fica condicionado ao emprego dos membros da família, ao padrão de remuneração e à oportunidade de realizar biscates (venda de serviços ou produção e comercialização de bens). Algumas pesquisas têm demonstrado que 70% (setenta por cento) da renda das famílias urbanas é destinada a dois itens básicos: moradia e alimentação. As despesas com alimentação chegam a consumir 50% (cinquenta por cento) da renda familiar.

Na cidade, o elenco de alimentos que se apresentam ao migrante é freqüentemente maior do que em sua região rural de origem. Por outro lado, os limites da sua renda familiar impedem que sejam adquiridos muitos desses produtos. O fato de viverem ao lado dessa maior disponibilidade de itens alimentares, não significa que os hábitos de alimentação sejam alterados substancialmente. Têm-se, de um lado, um grande número de alimentos conhecidos e classificados (segundo suas propriedades e suas capacidades para compor uma boa dieta, isto é, suas relações com o corpo humano), e de outro, a prática de consumo de um reduzido número de tais alimentos. A impossibilidade de acesso a um conjunto de alimentos percebidos como de alto valor para a sua dieta, entra em choque freqüentemente, com os hábitos alimentares de certos grupos. Por outro lado, o aumento da renda disponível pela família parece não conduzir a alterações substanciais nos seus hábitos alimentares. Entretanto, uma maior disponibilidade da renda possibilita a atualização de um padrão alimentar ideal, definido de acordo com um modelo tradicional de percepção do alimento.

Em todas as culturas, os homens selecionam um grande número de espécies vegetais e animais. Algumas espécies vegetais são comestíveis e outras não. Esta seleção é feita baseando-se em vários critérios pelos quais dependem da maneira que os homens vivem e concebem suas relações entre si e a natureza. Alimentar-se é, então, algo muito mais complexo que a pura satisfa-

ção das necessidades biológicas. É por esta razão, que o que é comestível em algumas sociedades não o é em outras, variando também dentro de uma mesma sociedade e de região para região.

4.2 - HABITAÇÃO, SANEAMENTO E MEIO AMBIENTE: CONDICIONANTES PARA O ESTRESSE

Favelas, alagados, palafitas, invasões, etc. são denominações dadas em diferentes regiões para uma forma de ocupação de um espaço urbano, cujas características mais gerais são as seguintes:

- ocupação de áreas periféricas das cidades por meio da posse, isto é, sem título formal de propriedade;
- ocupação acontece de forma gradual: cada família vai instalando-se pouco a pouco em um dado local;
- são os próprios moradores que vão dando a forma das vias e ruas (quando existem) de maneira aparentemente desordenada, mas na dependência de uma lógica de relações entre as pessoas que ali passam a conviver;
- as construções são precárias pela provisoriedade, qualidade do material, e pelo longo tempo em que se demora para construir uma casa;
- como esse tipo de ocupação é ilegal e não desejável segundo interesses políticos e econômicos, não contam, via de regra, com nenhum tipo de infra-estrutura: limpeza, esgoto, abastecimento de água, iluminação, correios, etc.

Do ponto de vista das autoridades, a favela demanda ações dos serviços públicos, tais como: limpeza urbana, serviços de saúde, transportes e, até mesmo legalização da posse do lote. Para os moradores, entretanto, a favela é uma solução para o baixo padrão de renda das famílias.

Assim, muitas favelas crescem ao lado de locais onde as pessoas possam conseguir empregos ou fazer biscates, bem como reduzir os gastos com transportes e ter acesso fácil aos serviços da cidade, como o comércio, os hospitais e os postos de saúde.

A proximidade com áreas onde vivem populações de melhor renda implica, no futuro, em uma preocupação, por parte dos governantes, no sentido de aliviar, para as camadas mais favorecidas, o “peso” da proximidade de favelados.

Fundamentalmente, o morador da favela, pressupõe que pode gastar com alimentos, saúde, vestimentas e bens duráveis (geladeira, fogão a gás, televisão, rádio, etc) aquela parcela de sua renda que seria destinada ao pagamento do aluguel. Além disso, ele também acredita ter um espaço maior construindo uma casa de alguns cômodos, enquanto que com o seu dinheiro pagaria um quarto para viver com toda a família.

A construção de uma casa geralmente é feita aos poucos e com material reciclado ou adquiridos no mercado. O sábado e o domingo são, geralmente, os dias que o “chefe” da família, com a ajuda de alguns membros adultos, dedica à construção, conserto e manutenção da casa.

Se para uns, a favela é o lugar exclusivamente para morar, para outros é um local de trabalho. Outras combinações também são possíveis, como ter um emprego fora da favela e fazer nesta um biscoite, que é muitas vezes realizado ali mesmo. Muitos se estabelecem com um pequeno comércio, desde a venda de alimentos até outros bens não básicos, como a venda de discos, por exemplo. Com isto, outras famílias podem ganhar a vida. O pequeno comércio local da favela constitui-se em uma boa estratégia, não só para os comerciantes, mas também para os moradores. As relações informais entre favelados dão espaço à abertura de uma conta corrente na bodega, no armazém, além de poderem adquirir unidades menores dos produtos como meio quilo de feijão, meio de arroz, um pimentão, etc.. Estas unidades geralmente não tem um preço mais baixo do que quando adquiridas em supermercados ou armazéns maiores. O alto custo, entretanto, é compensado pela “compra fiada”, para pagar quando recebem o salário.

Nem só na favela vive o trabalhador; muitos conseguem um lote através de um programa social ou a compra de uma casa pelo sistema de habitações populares do governo. Nos últimos tempos, porém, isto tem sido cada vez mais difícil para a maioria da população brasileira.

Outra estratégia de habitação é o aluguel de quartos, em que duas ou três famílias compartilham uma mesma casa ou parte dos velhos sobradões em grandes centros. Na favela, também muitos barracos ou casas são divididos entre duas ou mais famílias, não sendo incomum o aluguel de quartos.

Uma vez que a favela é um espaço urbano ilegal, do ponto de vista institucional, seus moradores freqüentemente não contam com serviços de água ou esgoto. A cisterna ou poço é a solução doméstica para obterem água. Outras soluções são os chafarizes e lavanderias públicas. O transporte de água para as casas geralmente é feito por mulheres e crianças, reservando-a em tambores e galões. A venda consiste em uma forma de ganhar algum dinheiro a mais.

A utilização da água é feita segundo uma lógica de obter o máximo proveito com o menor gasto possível. Assim, a água que é utilizada para dar banho nas crianças é posteriormente útil para limpar o piso da casa, bancos, mesas e cadeiras. A água utilizada para lavar verduras, por exemplo, arroz e feijão é a mesma com que se rega as plantas. A água com que se lava a roupa é jogada no terreiro, na porta ou arredores da casa para assentar um pouco a poeira, a que não tem uma segunda utilização é jogada no quintal e, não raras vezes, escoada para as ruas. Já para os dejetos humanos

a solução é freqüentemente a clássica “casinha”, latrina ou fossa, não sendo incomum a sua utilização por mais de uma família. Na sua falta, os dejetos são lançados no quintal ou área livre mais próxima, servindo de mais um foco de contaminação de doenças e verminoses.

A luz elétrica geralmente é puxada de alguma instalação pública mais próxima o que é feito normalmente pelo próprio morador. Aquelas favelas (áreas ocupadas e organizadas pela comunidade) ou invasões (áreas dominadas para fins de ocupação), cuja população consegue pressionar devidamente os governantes, contam com serviço de luz.

Nas áreas rurais, as soluções coletivas para habitação são, via de regra, feitas pela posse de terras da União, dos Estados ou de grandes latifúndios. Esta é uma das principais razões para os conflitos com os proprietários, grileiros e índios, no caso de “Terras da União”, resultando freqüentemente em mortes e outras formas de violência.

As soluções buscadas para o saneamento de água, luz e esgoto em todos estes casos não diferem muito. Em muitos locais, os rios, córregos e igarapés constituem a fonte principal de água. Há também situações em que os próprios programas públicos planejam a construção de lavanderias coletivas e serviços para obtenção de água.

A escassez de água ou a maneira de sua utilização são fatores importantes a considerar na compreensão das condições de geração das doenças e de estresse.

Tanto na cidade quanto no campo, a residência dos trabalhadores não dispõe de muitos cômodos. Geralmente o número de camas é menor do que o número de pessoas, evidenciando, dessa forma, uma situação em que o contágio de doenças é amplamente facilitado pelo meio.

O quintal é um espaço importante a ser considerado quando se pensa em habitação. Em áreas rurais é utilizado para criação de porcos e galinhas úteis não só para a alimentação das famílias, mas também para a complementação da renda familiar. A mesma importância tem o cultivo de verduras, legumes, tubérculos e árvores frutíferas, quando é possível plantá-las.

É freqüente o pensamento de que o favelado traz para a cidade o hábito de ter criações e plantações no quintal. Hábitos, entretanto, não são mantidos se não forem úteis ou não tiverem qualquer significado. Os favelados mantêm seus quintais plantados e com criações, porque lhes são úteis como fonte de alimentação ou renda. A possibilidade de ter um quintal é, desta forma, menor quando a solução governamental encontrada é a construção de casas em pequenos espaços e a situação piora quando a construção passa a ser um conjunto residencial.

4.3 – EDUCAÇÃO E ESTRESSE

A evasão escolar entre os filhos de famílias de trabalhadores é, do ponto de vista dos órgãos públicos responsáveis pela área da educação, um sério problema. Entretanto, para tais famílias o abandono gradativo da escola pelos seus filhos é justificável em larga medida pela necessidade que têm de lançar as crianças no mercado de trabalho, na medida em que a renda disponível pelos membros adultos é insuficiente para a manutenção de toda a família.

Os filhos de trabalhadores quando conseguem ultrapassar a escola elementar, não raras vezes, esbarram com dificuldades que não são apenas aquelas materiais, mas que dizem respeito aos requisitos culturais e simbólicos, uma vez que no seio das suas famílias e no contexto sócio-cultural em que vivem estão privados dessas condições.

Existe uma discrepância não só marcada pela desigualdade dos bens materiais, mas também pelo discernimento de conhecimentos culturais, por exemplo, as artes em geral, como a pintura, o cinema, os livros, são de quase nenhum acesso aos trabalhadores. A diferenciação entre a arte erudita e arte popular é uma distinção que corresponde à reprodução das desigualdades sociais.

A escolarização primária e, mais ainda a secundária, não parece ser um requisito indispensável para o trabalhador uma vez que a qualificação requerida para o trabalho que desempenha não é, como já foi dito anteriormente, indispensável para a tarefa que realiza, já que tal qualificação é adquirida no próprio processo de produção. Assim sendo, este deve ser um dos fatores que, ao lado da necessidade de lançar as crianças ainda muito cedo no mercado de trabalho, se somam para justificar a evasão escolar.

No conjunto das estratégias de sobrevivência das famílias trabalhadoras, a *educação formal* é um item cuja solução está vinculada aos meios institucionalizados da sociedade. Os problemas enfrentados dizem respeito à necessidade de conciliar trabalho e estudo e de se conseguir uma escola mais próxima que seja do trabalho ou da residência. Com isto se procura reduzir os gastos com transportes e, por outro lado, diminuir o desgaste físico advindo dos longos trechos a percorrer, das várias conduções, das longas esperas de ônibus, dos ônibus lotados, etc.

Ainda que sejam poucos os filhos de trabalhadores com baixa renda, poucos são os favorecidos que conseguem concluir cursos técnicos e, menor ainda o número daqueles que chegam à universidade. O trabalhador sabe que a educação formal é um caminho para conseguir um trabalho menos dispendioso fisicamente e mais bem remunerado. Esta é a razão de muitas famílias concentrarem esforços no sentido de enviar seus filhos à escola. Entretanto, a ascensão social pela educação é um projeto que encontra sérios limites entre os trabalhadores, tanto pelos gastos diretos

(material escolar, uniformes, etc.), quanto pelos gastos indiretos, ou seja, o filho quando vai à escola deixa de ir ao trabalho ou realizar aquelas atividades necessárias ao conjunto das estratégias para assegurar a sobrevivência da família.

4.4 - TRABALHO E RENDA - EMPREGO – LAZER E ESTRESSE

A família do trabalhador, na medida em que os salários ficam cada vez mais baixos e o custo de vida cada vez mais alto, se vê compelida a lançar no mercado de trabalho os demais membros integrantes para não cair mais ainda o baixo nível de vida. Assim, quanto mais baixos estiverem os salários, mais cedo as famílias lançam no mercado de trabalho os seus filhos e, gradativamente, vão abandonando a idéia de mandá-los à escola. Quando as crianças e os jovens puderem desempenhar um trabalho rentável vão, sucessivamente abandonando o ideal de formação escolar.

Os baixos salários não apenas compelem o trabalhador a lançar no mercado de trabalho formal ou informal os seus filhos em idades cada vez menores, mas obriga os demais membros adultos da família a realizarem outras atividades. Em outras palavras, o trabalhador deve trabalhar cada vez mais.

Nas *áreas urbanas*, o trabalhador assalariado é obrigado a procurar outras atividades para aumentar sua renda. Muitas vezes, estabelece-se como autônomo em atividades de serviços, normalmente em oficinas, em lavagens de carro, em comércio ambulante. Da mesma forma, na medida em que os filhos vão podendo fazer algum “biscate” ou ficar em casa sozinhos, a mulher passa a combinar sua atividade doméstica com outra dentro do lar, como produção de bens e serviços que possam ser comercializados pelos filhos e mesmo pelo marido. Outra opção é conseguir um trabalho assalariado como doméstica, no setor de serviços (gari, limpeza de edifícios, cozinha de restaurantes) ou até mesmo como operária de uma fábrica.

No *campo*, a situação do trabalhador não é menos penosa. Se é um trabalhador assalariado de uma usina açucareira ou de uma fazenda de gado, por exemplo, aumenta suas horas de trabalho na empresa, quando não, ele e seus filhos adultos realizam outras atividades paralelas, assegurando, assim, “alguns trocados” a mais para a família.

Se o trabalho é pago por produtividade (como ocorre freqüentemente quando a “*mão-de-obra*” é “*volante*” como o caso dos “*bóias-frias*”), o trabalhador já está em princípio pressionado a dispendar mais energia em um menor tempo possível, para que possa ao final do dia ter possibilidade de receber mais dinheiro. Neste caso, o seu salário fica condicionado à sua produção diária.

Quando o trabalhador do campo não é volante, ele pode plantar verduras e legumes, através de “arranjos” com o patrão, e conseguir com isto um dinheiro extra. Normalmente, para realizar este tipo de produção ele deve contar com toda a ajuda da família inclusive para comercializar o produto do trabalho, na feira mais próxima. Mais raramente esse tipo de trabalhador não planta árvores frutíferas, pois que isto implica em obrigações trabalhistas e, dessa forma, poderá vir a implicar em problemas com o patrão. Legalmente, o patrão fica obrigado a efetuar a indenização de árvores frutíferas em caso de rompimento do contrato de trabalho. É por esta razão, que na combinação de um trabalho extra com o trabalho assalariado, o trabalhador “opta” pelo plantio daquilo que rapidamente recolhe e isso não implica em investimentos maiores, tais como: mandioca, milho, batata, couve, repolho, etc.

Na medida em que os filhos vão chegando à adolescência e à idade adulta, a família trabalhadora, seja no campo ou na cidade, passa a contar com uma possibilidade de obter, maior renda e “melhorar” seu nível de vida. Só nesta fase os filhos significam maior renda e maiores possibilidades de consumo, após um longo e penoso tempo em que o principal provedor da família é o pai. Os filhos adultos passam a também participar das provisões da família ainda que as despesas mais fundamentais, como os alimentos básicos (o arroz, o feijão, o macarrão e a carne) fiquem ao encargo do pai. No seu papel de organizar o orçamento doméstico e gerenciar a família, a mãe organiza a renda e distribui internamente. As filhas já nesta idade não apenas colaboram no orçamento doméstico, através de um trabalho assalariado, mas também conseguem por si mesmas cobrir suas despesas com roupa, saúde e até mesmo educação. Muitas delas aliviam o peso do consumo de alimentos e outros pequenos gastos quando trabalham como empregadas domésticas, fazendo suas refeições e dormindo no local de trabalho. O dinheiro conseguido pelos filhos virá cobrir despesas menos fundamentais e até mesmo possibilitar à família o consumo de bens duráveis até então de difícil acesso, como geladeira, televisão, móveis e utensílios domésticos.

No *campo*, a situação já difere um pouco. Se por um lado, os filhos do sexo masculino possibilitam uma maior renda para a família, as filhas, entretanto, diferentemente do que ocorre na cidade, contam com maiores dificuldades de acesso ao emprego, ficando muitas vezes restritas ao trabalho doméstico, ao lado das mães. Porém, em situações mais extremas, elas participam igualmente do trabalho agrícola. Seja porque a família não dispõe de outros membros do sexo masculino ou porque os níveis de salários e as formas de trabalho são tão precárias, que a família é obrigada a colocar seus membros femininos em atividades consideradas quase que exclusivamente masculinas.

A família com uma prole numerosa no campo se torna muitas vezes interessante, porque o pai pode contar com a ajuda dos filhos para aumentar a sua produção. Quando tem uma pequena propriedade, ou é um meeiro ou até mesmo um assalariado com possibilidades de exploração de parte da terra, ou, com a possibilidade de fazer uma horta, criar porcos, galinhas, etc. Estas geralmente são atividades complementares ao trabalho assalariado do pai ou membros adultos da família. Da mesma forma que na cidade, filhos em idade não produtiva significam um peso para os pais. Normalmente, coincide que a família tem sua fase de maior penúria quando os filhos são todos pequenos. Do ponto de vista do patrão, empregados com filhos em idade de produzir também são largamente desejados, enquanto que famílias com filhos pequenos muitas vezes significam maior consumo, despesas e dias de não-trabalho por conta das freqüentes doenças na infância. O contrapeso nesta fase é que o trabalhador ainda jovem dispõe de muitas energias para o trabalho. Quando os seus filhos já podem ajudar nas despesas, o pai começa a ter uma queda na produtividade ou dificuldades para conseguir trabalho porque já não dispõe da mesma energia e saúde. Seu corpo foi lentamente consumido no trabalho, já que também cedo ingressou no mercado e suas condições de vida não lhe permitiram repor o desgaste sofrido.

Na medida em que os filhos vão participando da geração da renda familiar a dependência econômica, afetiva e psicológica também vai gradativamente diminuindo. O pai perde grande parte da sua autoridade e poder junto aos filhos. A mãe em uma certa medida vê modificado o seu papel junto à família. Sua autoridade, ainda que secundária, é também diminuída. Seu papel neste momento é freqüentemente o de mediadora entre os conflitos pai/filho e irmãos. Ela mantém, ainda, um importante papel de socialização dos filhos, reproduzindo e transmitindo a eles os padrões de comportamento e de consumo que devem ser seguidos ou pelo menos aspirados. Desta forma, a família trabalhadora se produz e reproduz para a sociedade como família de trabalhadores.

4.5 - TRANSPORTE , CONVÍVIO FAMILIAR E ESTRESSE

Este é um dos itens de consumo que na atualidade tem se constituído um grande problema para os trabalhadores em geral e, de modo especial, para aqueles dos centros urbanos. Assiste-se hoje em dia, a uma elevação crescente dos preços das tarifas dos transportes coletivos que se constituem em grandes dificuldades, somadas ao lado de outras, que os trabalhadores tem que enfrentar cotidianamente. Diferentemente do que ocorre com outros itens de consumo, como a habitação, alimentação, a vestimenta e os cuidados com a saúde, as famílias não dispõem de soluções caseiras

para contornar o problema. Se o trabalhador mora próximo ao seu local de trabalho, pode fazer o trajeto a pé ou de bicicleta. Entretanto, esta é uma solução que apenas uma minoria pode dar à questão. A grande massa de trabalhadores depende de transportes coletivos, tais como, ônibus e barcos. Como o trabalho é fundamental para assegurar a sobrevivência das famílias, o transporte é fundamental para a manutenção do emprego. O trabalhador cumpre horários rígidos na maioria das vezes e os atrasos em relação ao horário de trabalho podem resultar tanto em descontos do seu salário, quanto em anotações na sua “ficha” na empresa ou na fábrica.

Para dar conta da pontualidade exigida pelo trabalho, o trabalhador têm a sua convivência familiar reduzida em função da antecedência com que deve sair de casa e do atraso da volta ao final do dia de um serviço. Muitas pessoas saem de casa às 4 :00 ou 5:00 horas da manhã para chegar às 8:00 horas, conseguindo regressar à noite, depois de uma hora ou mais após deixar o trabalho. É comum encontrar pessoas que permanecem doze horas fora de casa, para cumprir uma jornada de trabalho de oito horas. Isto significa que, para uma jornada de trabalho de oito horas (e muitos necessitam fazer hora extra), quatro horas são consumidas no percurso casa - trabalho e nas horas de espera da condução reduzindo não só o seu convívio familiar, como o seu período de repouso. Dessa forma, o trabalhador não sofre somente os desgastes físicos advindos do tipo de serviço que realiza, mas está submetido também a outros desgastes como aqueles relativos a ida e ao regresso do trabalho.

CAPITULO V

ESTRESSE

5.1 - CONCEITOS

5.1.1 - ESTRESSE

É a resposta fisiológica, psicológica e comportamental de um indivíduo que procura adaptar-se e ajustar-se às pressões internas e externas do meio em que está inserido.

A palavra *stress*, na língua anglo-saxônica, tem uma origem tecnológica: ela descreve a ação de uma força que deforma um corpo. O termo inglês *stress*, ou o francês *astreinte* descreve as perturbações biológicas e psíquicas frente a fatores de agressão e o termo *contrainte* exprime o sofrimento que experimenta uma pessoa submetida à uma pressão, a que se impõe uma atitude que, a princípio, contraria sua vontade ou desejos. O estresse indica que há dificuldades no processo de adaptação. Em intensidades e freqüências elevadas, o organismo se tornará incapaz de reequilibrar-se homeostaticamente e adoecerá (Lafontaine, 1995). Preville (1995) afirma que o estresse psicológico envolve duas síndromes fortemente correlacionadas: depressão e ansiedade. Cada uma destas síndromes tem componentes psicológicos e somáticos.

5.1.2 - FATOR ESTRESSANTE

É um acontecimento, uma situação, percebido pela pessoa como elemento estressante que induz à reação de estresse. Os fatores estressantes podem variar amplamente quanto à natureza, abrangendo desde componentes psicossociais e comportamentais, como frustração, ansiedade e sobrecarga, até componentes de origem bioecológica e física, incluindo o ruído, a poluição, a temperatura e a nutrição. A imaginação e a antecipação também podem agir como fatores estressantes e desencadear reações de estresse.

5.2 - SINAIS

5.2.1 - O ESTRESSE NA EVOLUÇÃO DO HOMEM

O estresse não é um fenômeno novo, nem está limitado à moderna sociedade ocidental. Ele está presente em todas as sociedades, não importando quão primitivas elas sejam. Sempre que um homem interage com outras pessoas ou com seu meio ambiente, cria-se uma certa quantidade de estresse. O estresse, na verdade, é tão velho quanto a história da humanidade. Trata-se de uma reação bioquímica e comportamental que tem sua origem na resposta de “luta ou fuga”, uma expressão do instinto de conservação, que era já observado desde os primitivos homens das cavernas. Ao confrontar-se com uma situação de perigo de vida, nosso ancestral, o homem das cavernas, reagia instantaneamente. Para sobreviver, tinha que responder lutando contra o perigo ou fugindo dele. Uma parte complexa de nosso cérebro, o sistema nervoso autônomo, preparou esse homem para a resposta instantânea, liberando os hormônios do estresse na sua corrente sanguínea, aumentando sua frequência cardíaca e pressão arterial, acelerando a frequência respiratória, aumentando a força muscular e fornecendo um rápido suprimento de energia, preparando o organismo para a ação. Uma vez passado o perigo, o homem das cavernas voltava ao seu estado normal. Fisicamente, são mínimas as diferenças entre o homem das cavernas e o homem moderno que tem os mesmos sistemas nervoso central e endócrino. O homem atual apresenta as mesmas respostas automáticas ao estresse que o homem das cavernas utilizava para enfrentar os perigos da sobrevivência. Hoje em dia, porém, o homem raramente é confrontado com a necessidade de lutar ou fugir, uma vez que a maioria dos perigos que experimentamos não são ameaças físicas, que necessitem de ação imediata. Nos deparamos mais frequentemente com desafios psicológicos; discussões com a esposa ou chefe; tráfego lento; demora na fila do correio; pagamentos atrasados; desafios psicológicos repetitivos, que necessitam de pouca ou nenhuma ação imediata. Mas, ainda assim, a mesma resposta de luta ou fuga é desencadeada. Lutamos contra as adversidades da vida moderna com armas pré-históricas!

5.2.2 - ESTRESSE ADAPTATIVO

Todas as vezes que nos deparamos com uma mudança, seja ela desejável ou indesejável, a homeostase é rompida e somos então submetidos ao estresse durante o período de adaptação ao acontecimento. O processo de restauração da homeostase é denominado “adaptação”. Um determi-

nado grau de mudança é desejável e até necessário. A mudança pode ser um fator positivo para o crescimento, ou pode ser uma força negativa que pode levar à deterioração mental e/ou física. Confrontado com muitos acontecimentos e novas situações em determinado momento, o estresse se torna excessivo. Quando o grau e o número de mudanças ultrapassam nosso poder de adaptação, encontramos na faixa negativa do estresse, uma situação em que o equilíbrio físico e mental não é respeitado. A magnitude do estresse experimentado depende de dois fatores:

- a intensidade e a frequência da mudança;
- nossa capacidade de adaptação.

5.2.3 - RESPOSTA GERAL DE ADAPTAÇÃO AO ESTRESSE

A pesquisa sobre o estresse fundamentou-se nos estudos de Claude Bernard (1945) e W. Cannon (1914) que colocaram em relevo a importância da homeostasia e o papel da adrenalina, e as de Hans Selye (1976), um eminente cientista e pioneiro no campo de pesquisas do estresse, que individuou os corticóides da supra-renal como sistema reagente, em sentido adaptativo, frente a um amplíssimo espectro de estímulos. Estes estudos postularam que para a sobrevivência do organismo, o processo fisiológico tende a manter o ambiente interno constante frente à enorme variabilidade dos estímulos externos. Tal processo, geneticamente determinado, se funda sobre o equilíbrio do sistema neurovegetativo, do antagonismo de ação entre o simpático e o parassimpático. Na presença de um estímulo externo capaz de alterar profundamente, no sentido agradável (*eustress*) ou desagradável (*distress*) a homeostasia do organismo, se observa uma nítida prevalência do sistema simpático, o qual, auxiliado pela ação cortical e medular da supra-renal determina a Síndrome Geral de Adaptação ou Resposta Geral da Adaptação ao Estresse (*General Adaptation Response to Stresse*), de Selye, constituída de três momentos:

a) *reação de alarme - ocorre com todas as respostas corporais em estado de alarme geral, porém sem envolvimento de nenhum órgão específico;*

b) *fase de resistência - se o estresse continua por um período suficientemente longo, o corpo começa a acostumar-se com ele e entra em um estágio de adaptação ou resistência.*

Durante este estágio, o corpo adapta seu metabolismo para suportar o estresse por um período de tempo indefinido. A reação de estresse é canalizada para um órgão específico ou para um sistema mais capacitado a lidar com ela ou suprimi-la. A energia de adaptação é limitada;

c) fase de exaustão - ocorre quando o estresse está em evidência e o corpo pode eventualmente entrar em estado de exaustão. Durante esta fase, o órgão ou sistema envolvido com o estresse entra em colapso.

Três linhas maiores de evidências tem sugerido uma possível relação entre depressão e eventos estressantes ou falha na adaptação a eles. A primeira, é que nos últimos 20 anos, tem havido numerosos episódios de depressão relacionados com eventos estressantes (Cornell et al., 1985; Gold et al., 1988). A segunda, é que animais sujeitos a situações inescapáveis de estresse produzem déficits comportamentais que se parecem em muito aos quadros depressivos e são revertidos por drogas antidepressivas (Anisman, H. e Zacharko, R. M., 1982). A terceira, é que estresse e depressão tem efeitos similares no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e no sistema funcional das catecolaminas (Glavin, 1985 e Koslow et al., 1983), sugerindo que mesmo se estresse e depressão não estão diretamente relacionados, há considerável sobreposição fisiológica entre ambos.

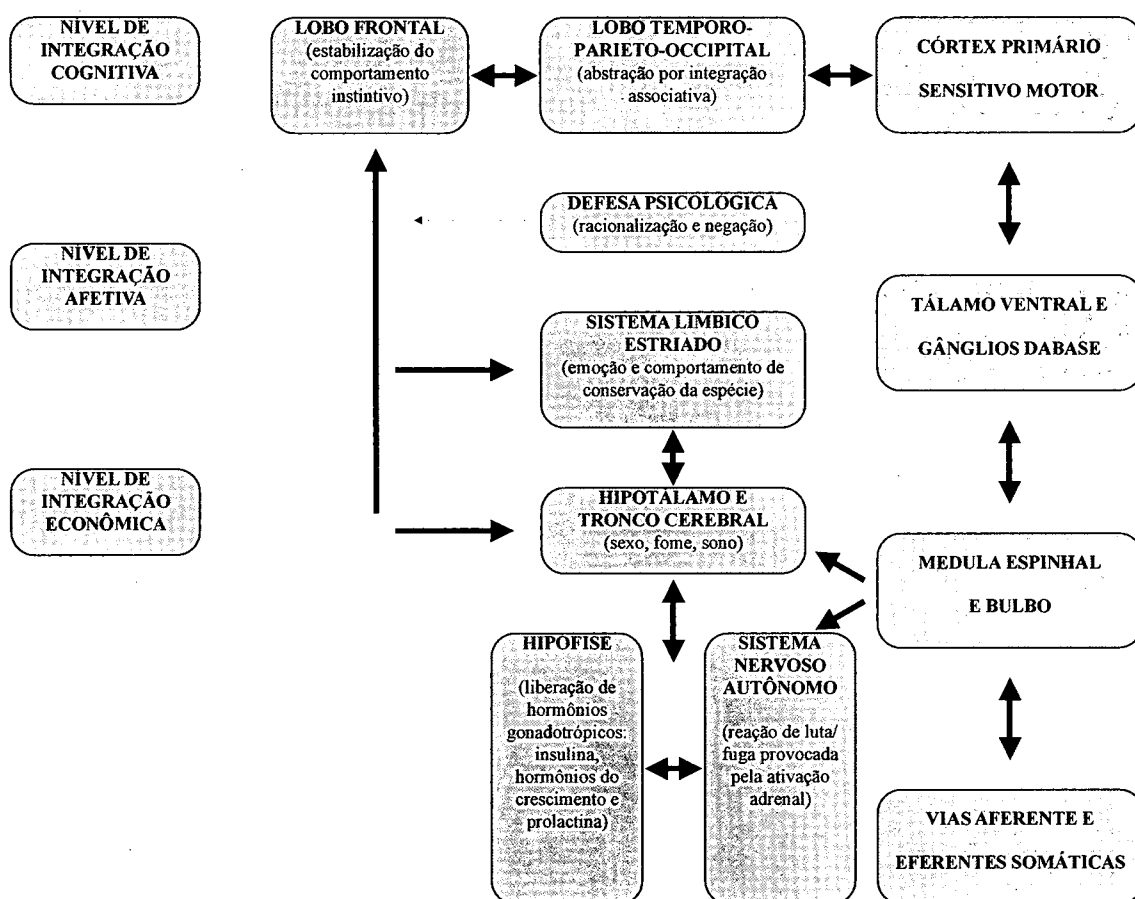
A percepção de relações dicotômicas entre depressão e eventos estressantes originou-se no fato de a depressão ter sido vista como independente de eventos externos (endógena) ou como relativamente dependente de eventos externos (reativa). Os resultados de pesquisas clínicas não tem sustentado consistentemente esta dicotomia endógena-reativa. A frequência de episódios depressivos relacionados a eventos estressantes tem sido maior em pacientes com depressão mais severa ou melancolia (Swann et al., 1990).

A relação entre depressão e estresse é inequívoca (Gold et al., 1988; Anisman et al., 1982). A definição de estresse por si só é ilusória; o termo se refere a alguma condição percebida a priori como aversiva pelo paciente, diferente daquela da desordem afetiva em si. Depressão e mania parecem representar o final comum de vias de origens heterogêneas (Akiskal et al., 1975).

Tem havido muitas tentativas para relacionar depressão e falha na adaptação ao estresse (Gold et al., 1988; Anisman et al., 1982). Trabalhos com animais têm mostrado que situações de estresse inevitáveis alteram os níveis de noradrenalina e serotonina cerebral (Glavin, 1985) e a

regulação de receptores noradrenérgicos alfa-2 (Birch et al., 1986) Estresse inevitável tem também sido relacionado com a diminuição da performance de fuga (Anisman et al., 1979), do apetite (Rosellini et al., 1982), do comportamento exploratório, do domínio social e auto-estimulação, enquanto o estresse evitável, de severidade similar, tem pouco ou nenhum efeito.

Figura 04: Modelo hipotético do mecanismo de surgimento e manifestação da reação de estresse, adaptado daquele de Henry, Ely e Seyle. Fonte: Sartorelli., E. *Tratado de Medicina del Lavoro*. Piccin Editore, Padova, 1981.



5.2.4 - FRUSTRAÇÃO

Experimentamos o estresse da frustração quando temos um bloqueio que nos impede de fazer aquilo que queremos, seja uma determinada atividade que desejamos desempenhar ou uma meta que desejamos atingir. Emocionalmente, nós respondemos à frustração com sentimentos de raiva, desespero e/ou agressividade, exteriorizados ou interiorizados.

5.2.5 - ESTRESSE POSITIVO E NEGATIVO

O funcionamento na faixa positiva do estresse resulta em:

- vitalidade;
- entusiasmo;
- otimismo;
- perspectiva positiva;
- resistência às doenças;
- vigor físico;
- agilidade mental;
- boas relações pessoais;
- alta produtividade e criatividade.

Na faixa negativa do estresse, estamos propensos a:

- fadiga;
- irritabilidade;
- falta de concentração;
- depressão;
- pessimismo;
- doenças;
- acidentes;
- incomunicabilidade;
- baixa produtividade e criatividade.

O objetivo não é a eliminação do estresse, o que não é somente impossível como indesejável, mas permanecer na faixa positiva, determinada pela quantidade certa de estresse.

5.2.6 - ANSIEDADE

A ansiedade não é apenas um sintoma da manifestação do estresse, pode também ser a causa de mais estresse. O processo responsável pela criação da ansiedade começa com a percepção de um estímulo (pessoa, acontecimento, lugar ou objeto) tanto desafiador quanto ameaçador, levando a uma espécie de medo. Tais sentimentos de insegurança são transformados em estímulo

físico das glândulas endócrinas e do sistema nervoso simpático. Os processos mentais do pensamento podem facilmente estimular as funções do corpo. As pessoas de reação ansiosa são propensas a altos níveis de estresse através de um sistema de retroalimentação, a saber:

ANSIEDADE \Rightarrow ESTRESSE

As pessoas hipersensíveis a reações do estresse devido à ansiedade tendem a:

- ter preocupação desnecessária;
- tornar tudo catastrófico;
- remoer eventos desagradáveis do passado;
- ter uma visão pessimista da vida.

5.3 - SINTOMAS

5.3.1 - DOENÇA CARDIOVASCULAR

Estudos epidemiológicos demonstram forte ligação entre doença cardíaca e fatores estressantes. Tais distúrbios incluem doença coronariana, hipertensão, aterosclerose e trombose. De fato, muitos médicos acreditam que o estresse, especialmente o estresse ocupacional, é o fator mais importante da doença coronariana e dos infartos cardíacos. O estudo de Friedmann e Rosenman, realizado nos Estados Unidos, estabeleceu ligações psicológicas entre a doença cardíaca e o tipo comportamental "A". A pessoa do tipo "A" tende a ser agressiva, muitas vezes, pressionada pelo tempo, orientada para a realização do objetivo e pela alta competitividade. Seu comportamento é associado a uma incidência de doenças cardíacas três vezes maior em comparação com o tipo "B". As pessoas do tipo "A" criam uma grande parte do seu estresse através de seu comportamento e tem tendências a estressar outras pessoas ao seu redor, através do seu comportamento reativo ao estresse. O comportamento do tipo "A", especialmente quando ligado a outros fatores de risco, aumenta enormemente a doença coronariana. Ligado ao fumo, por exemplo, esse comportamento poderia aumentar em sete vezes a incidência de doenças coronarianas.

5.3.2 - OBESIDADE

A reação de estresse aumenta o metabolismo, levando à perda de peso. Entretanto, muitos indivíduos estressados não apenas se alimentam em demasia, mas também seguem uma dieta desequilibrada. Em muitos casos, a nutrição inadequada e/ou excessiva está ligada à falta de exercícios físicos, levando à obesidade, que constitui um dos principais problemas de saúde de nossa sociedade. É fato bem conhecido que a obesidade constitui um fator de risco para o aparecimento de doenças. Ela pode levar à doença cardíaca e a distúrbios arteriais, inclusive à hipertensão. Está ligada a taxas bem acima da média em doenças torácicas, disfunção hepática, cálculos biliares, diabetes, varizes e determinadas formas de neoplasias. Na categoria dos distúrbios mecânicos, como artrite, embora o excesso de peso não induza à doença, o tratamento é mais difícil. A obesidade não é apenas um sintoma de estresse, mas também uma fonte de estresse. Pessoas obesas geralmente perdem a auto-estima, apresentando baixo nível de autopercepção que, por si só, as torna mais vulneráveis ao estresse.

5.3.3 - DIABETES

A ligação entre o estresse e a diabetes é notória. A reação de estresse libera açúcar, que é normalmente armazenado no fígado em forma de glicogênio. Simultaneamente, a adrenalina liberada inibe a função da insulina, o principal hormônio pelo qual o corpo elimina o açúcar do sangue. Tal resposta é perfeitamente adequada quando o fator de estresse requer uma resposta física, como correr ou lutar, exigindo liberação extra de energia. Da forma como acontece, raramente respondemos fisicamente ao estresse, utilizando o açúcar liberado como fonte de energia. Embora isso não possa se constituir em problema importante a curto prazo, em indivíduos saudáveis, a manutenção de altos níveis de açúcar na corrente sanguínea pode levar ao diabetes no futuro. Além disso, o estresse, particularmente o estresse agudo, pode exacerbar uma condição diabética preexistente. Os pacientes diabéticos são incapazes de suprir, por rápidas alterações, as exigências de insulina resultantes do estresse continuado. O diabetes é uma doença que por si só pode levar a outras complicações graves, como distúrbios cardiovasculares.

5.3.4 - AFECÇÕES CUTÂNEAS

Pesquisas estatísticas sugerem que 40% (quarenta por cento) de todas as afecções cutâneas estão vinculadas ao estresse, embora muitos clínicos gerais acreditem que este número seja ainda maior. Em alguns casos, como escoriações neuróticas e dermatite artefacta, o estresse pode ser a única causa. Em outros, como prurido crônico simples e anogenital, o estresse pode exacerbar o quadro clínico. Os aspectos emocionais vinculados ao estresse podem se tornar fatores precipitantes ou permanentes em várias doenças, como urticária, acne, rosácea, herpes simples e eczema. O estresse também pode influenciar as doenças cutâneas, como a psoríase, de forma indireta, diminuindo a resistência corpórea e o estado geral da saúde. Além disso, freqüentemente cria-se um círculo vicioso pelas implicações sociais dos problemas cutâneos desagradáveis que são estressantes para o indivíduo.

5.3.5 - ÚLCERAS

A ligação entre o estresse e a úlcera é complexa. Por um lado, o desenvolvimento da úlcera, na maioria dos pacientes, está vinculado ao estresse continuado e à manutenção de altos níveis de acidez. Por outro lado, muitos pacientes ulcerosos são altamente sensíveis ao estresse. Além de causar úlceras e agravá-las, o estresse pode limitar os benefícios da terapia, na medida em que promove a ansiedade e que causa secreção ácida excessiva. Pesquisas recentes vincularam os níveis de zinco à incidência de úlceras e ao seu tratamento. Os tratamentos antiulcerosos envolvendo a administração de zinco têm sido muito eficazes. O zinco parece acelerar a divisão celular no intestino, reforçando a membrana mucosa intestinal. Isto é importante porque os níveis de zinco são reduzidos naturalmente como resultado do estresse.

5.3.6 - O SISTEMA IMUNOLÓGICO

Quando o estresse ocorre pela primeira vez, estimula de fato o sistema imunológico. Este é suprimido somente quando o estresse é mantido. Durante o estresse prolongado, são prejudicadas a resposta imunológica celular e a humoral (circulante). Um efeito do estresse prolongado é que ele prejudica a produção de anticorpos, provavelmente através da ação do cortisol e outros hormônios corticosteróides, que estão intimamente ligados à resposta do organismo à lesão. O cortisol aumen-

ta o processo metabólico (gliconeogênese) corpóreo durante o período de maior atividade. Durante este processo, o cortisol mobiliza gorduras e proteínas para a corrente sanguínea. A mobilização de proteínas reduz os seus depósitos. Se o processo for mantido por um longo período, por causa do estresse prolongado, pode não haver proteína suficiente disponível para a formação de células sanguíneas maduras e de anticorpos. Isto se reflete na redução da atividade das células “B” do sangue e pelas alterações nas contagens das células “T”, que destroem vírus e bactérias. Desta forma, o estresse pode prejudicar o sistema imunológico. As implicações da ligação entre o estresse e o sistema imunológico são de longo alcance, explicando o efeito universal que o estresse pode ter sobre uma variedade de doenças, desde o resfriado comum até o câncer.

5.3.7 - ETILISMO

A incapacidade de enfrentar o estresse da vida moderna é uma razão para muitas pessoas procurarem no álcool o alívio para a fadiga, a ansiedade e a tensão. Os efeitos iniciais do álcool no metabolismo corporal são similares aos efeitos do próprio estresse. O álcool parece estimular o hipotálamo, causando aumento da liberação de ACTH. Isto determina uma elevação nos níveis da adrenalina e do cortisol. Estes efeitos são apenas transitórios e mascaram o fato de que o álcool é, realmente, um depressor. As vias inibitórias do cérebro, inclusive aquelas que envolvem a noradrenalina e o GABA, são deprimidas pelo álcool. Este fato explica seu efeito geral excitatório e o desaparecimento do comportamento de inibição. A maioria das pessoas age de forma mais desinibida sob o efeito do álcool, dando a impressão errada de que essa bebida é um estimulante. Embora o álcool possa “elevar o ânimo” a curto prazo, ajudando a aliviar a tensão, ele pode também facilmente se constituir em um problema. Seu consumo regular pode levar à tolerância e ao consumo de doses cada vez maiores para manter o mesmo efeito. Praticamente todos os órgãos do corpo podem ser prejudicados pelo álcool. Seu abuso leva a um grande número de problemas, inclusive cirrose hepática, hipertensão, doenças cardíacas, problemas sexuais, alterações dos padrões do sono e lesões na integridade da mucosa de revestimento da parede do estômago. Juntamente com os efeitos fisiopatológicos, o abuso do álcool tem uma influência devastadora sobre a vida social e profissional do indivíduo que, além de tudo, fica progressivamente mais fraco para combater o estresse. Além disso, a interação álcool-tranquilizante é sinérgica.

5.3.8 - TABAGISMO

O hábito de fumar é uma resposta comum e prejudicial ao estresse. Paradoxalmente, os fumantes procuram no cigarro um meio de aliviar a tensão. Psicologicamente, o cigarro pode ter um efeito calmante transitório, porém, fisicamente os efeitos da nicotina mimetizam a resposta ao estresse. Esses efeitos incluem a liberação do hormônio do estresse ACTH, o aumento da frequência cardíaca, a diminuição da temperatura cutânea e o aumento a atividade dos neurotransmissores centrais, como a serotonina, noradrenalina e a adrenalina. A nicotina também eleva os níveis de cortisol. O elo de ligação entre a nicotina e a liberação da endorfina, associada à sensação de bem estar e euforia, fornece a base para a dependência. O cigarro pode causar danos praticamente a todos os órgãos do corpo, sendo responsável por milhares de mortes por ataques cardíacos, úlceras gástricas e determinadas formas de neoplasias. Além disso, parece haver um vínculo entre cigarro, álcool e café, um exemplo de adição por associação cruzada (ora um, ora outro). Este efeito em espiral enfraquece consideravelmente a resistência do indivíduo para enfrentar o estresse.

5.3.9 - DISTÚRBIOS MENTAIS

O estresse afeta o equilíbrio dos transmissores neuroquímicos do cérebro, os mediadores das reações nervosas responsáveis pela percepção, a atividade muscular e o comportamento. Portanto, não constitui surpresa que o estresse esteja associado com vários distúrbios mentais. A substância que está mais relacionada com o estresse é a noradrenalina. A incapacidade dos sistemas fisiológicos em suportar mudanças e tensões constitui uma característica dos aspectos neuroendócrinos e psicológicos da depressão. Altos níveis de cortisol e ácidos graxos livres, substâncias vinculadas à reação de estresse, também estão associados à depressão. Além da depressão, a tensão do estresse está associada com uma ampla variedade de patologias psicóticas e psiconeuróticas. O estresse não apenas pode tornar alguns indivíduos mais susceptíveis a doenças psiquiátricas, mas podem também exacerbar condições latentes.

5.3.10 - INSÔNIA

Um dos primeiros sintomas do estresse é a alteração do ritmo do sono. O estresse patológico está associado com altos níveis de ACTH circulante, que mantém o corpo desperto e impede o sono. O sono tem um papel importante na nossa resposta ao estresse, uma vez que muitos dos efeitos adversos tardios mencionados são atenuados pelo sono, que está intimamente ligado à recuperação emocional e física. A insônia não é somente um sintoma de estresse; se constitui, por si só, em um fator estressante. Neste particular, a insônia se apresenta como um problema importante, pois seus efeitos se autoperpetuam e diminuem nossa resistência ao estresse.

5.3.11 - ABUSO DE MEDICAMENTOS

Diante das doenças relacionadas com o estresse, muitas pessoas procuram tratamento com medicamentos que, infelizmente, curam os sintomas, mas não identificam ou aliviam a causa subjacente da doença. No que se refere ao estresse, os medicamentos são puramente paliativos, em muitas aplicações, uma vez que permitem que os pacientes fujam dos problemas sem, contudo, solucioná-los. O grupo de drogas mais frequentemente associado com o estresse é dos tranqüilizantes, os quais são utilizados não apenas para o tratamento da ansiedade, mas também para várias outras doenças, inclusive insônia e depressão. Os beta-bloqueadores são também muito utilizados para diminuir o estresse. A principal diferença entre tranqüilizantes menores e os beta-bloqueadores é que os primeiros são usados para aliviar a excitação excessiva devido à ansiedade psíquica, enquanto os últimos são prescritos para “amenizar” a ansiedade somática. O problema não se relaciona tanto aos próprios medicamentos, que são de alta eficiência e utilidade, mas à forma como eles são prescritos e empregados. O enfoque preventivo é, de longe, o meio mais eficaz e duradouro para enfrentar os distúrbios relativos ao estresse. Conseqüentemente, a medicina alopática, que é amplamente baseada na terapia medicamentosa, é limitada. Sem uma abordagem profilática do apoio por parte do indivíduo, do ambiente de trabalho e da ansiedade, o abuso de medicamentos continuará a aumentar.

5.3.12 - LOMBALGIAS E CEFALÉIAS

A tensão física e psicológica tem um papel primário nas causas e/ou contribui para uma variedade de distúrbios que resultam em lombalgias e cefaléias. O componente psicossomático

desse distúrbios está freqüentemente relacionados com estresse persistente e o sentimento de desamparo dos indivíduos que não sabem enfrentar as causas do estresse. Os fatores estressantes bioecológicos, como a poluição, condições inadequadas de trabalho, ruídos, somados aos fatores emocionais, levam a lombalgias e cefaléias crônicas que diminuem a qualidade de vida, inclusive o desempenho no trabalho. É impressionante o custo gerado pelo problema das lombalgias nos países ocidentais. Além disso, os indivíduos que sofrem com esse problema freqüentemente não têm uma nutrição saudável e nem fazem exercícios suficientes, tendo como resultado um estilo de vida não saudável, o que, por sua vez, implica em mais estresse, mais dor e mais medicações.

5.3.13 - PROBLEMAS SEXUAIS

A atividade sexual dos homens e das mulheres é prejudicada pelo estresse. Um grande número de disfunções sexuais, como impotência, ejaculação precoce, frigidez e perda da autoconfiança advém do estresse. A estimulação excessiva do sistema simpático em detrimento do parassimpático constitui uma causa contribuinte de problemas sexuais como ereção incompleta, o que, por si mesmo, já representa um fator de estresse. O estresse também está vinculado à infertilidade. Nos homens, altos níveis de cortisol têm sido relacionados com baixa contagem de espermatozoides e, nas mulheres, a prolactina está associada ao retardamento da ovulação, reduzindo as chances de concepção. Existe uma vinculação direta entre o estresse e a testosterona; o hormônio masculino diminui de forma natural, com a idade. A produção de testosterona é substancialmente reduzida pelo estresse prolongado, levando ao acúmulo de açúcar e colesterol na corrente sangüínea. A deficiência relativa ou absoluta da testosterona pode estar associada a vários problemas físicos e emocionais, especialmente o envelhecimento precoce do coração e dos vasos sangüíneos. A longo prazo, isto acarreta doenças degenerativas do coração e do sistema circulatório. Além disso, a ausência de produção hormonal nos homens pode produzir sintomas semelhantes aos da menopausa feminina, inclusive depressão, fadiga e falta de motivação, especialmente a motivação sexual. Recentemente, vem sendo praticada a terapia de reposição hormonal no homem, com resultados promissores. A falta de um relacionamento sexual harmonioso pode criar focos indiretos adicionais de estresse, como discussões conjugais e redução da auto-estima. Uma vida sexual bem equilibrada não é somente importante para nossa capacidade de controlar o estresse, mas também para a nossa saúde geral.

5.3.14 - FADIGA FÍSICA E MENTAL

O estresse nos motiva a ter um desempenho adequado. Sob níveis apropriados de estresse, somos produtivos, criativos, comunicativos e saudáveis. Ao ser ultrapassado nosso bom nível de desempenho, passamos para a forma negativa de estresse, que leva à ineficiência, à redução da criatividade e da produtividade, bem como ao empobrecimento do nosso relacionamento interpessoal. Todos esses fatores cumulativos levam à fadiga mental. Ironicamente, submetidos à fadiga mental, impelimos nossos corpos para atingir o nível de desempenho anterior, enfraquecendo ainda mais nossos recursos físicos. Isto resulta em rompimento da homeostase, com todas as suas consequências fisiológicas, conduzindo à fadiga física. Os efeitos sinérgicos da fadiga mental e física produzem mais estresse, formando um círculo vicioso. Se este não for quebrado, pode gerar uma condição “explosiva”, caracterizada por completa exaustão física e mental.

5.3.15 - TENSÃO MUSCULAR

A tensão muscular excessiva pode ser uma resposta como uma causa de estresse. Da forma que o conjunto de reações de fuga ou luta é uma expressão muscular, toda vez que somos submetidos a um estresse patológico, tendemos a sobrecarregar nossos músculos. Um acontecimento estressante ou um mero pensamento indutor de estresse ou uma antecipação, inconscientemente prepara o nosso corpo para a ação. A repetição de tais pensamentos cria situações contínuas, fazendo com que o corpo se acostume a manter um estado crônico de tensão. Uma situação estressante, seja real ou imaginária, não somente produz uma resposta imediata ao estresse, como também deixa uma quantidade residual de tensão no corpo. Como o estresse é cumulativo, esta tensão aumenta durante o dia. A incapacidade para dissipar a tensão residual, à qual são somados fatores estressantes adicionais, induz à atividade excessiva do sistema nervoso autônomo, criando um círculo vicioso emoção-ação. Se tal condição perdurar por um longo período de tempo, podem ser produzidos ou agravados numerosos distúrbios. Entre os mais comuns, incluem-se a fadiga crônica; a ansiedade; as dores no pescoço e lombares; as câibras e os espasmos musculares; a limitação de movimentos e da flexibilidade; a suscetibilidade a danos musculares; a insônia; a grande variedade de doenças gastrointestinais e os problemas urinários entre muitos outros.

5.3.16 - OUTROS SINTOMAS

- Irritabilidade persistente;
- Apatia;
- Falta de concentração;
- Pesadelos;
- Esquecimentos;
- Fadiga matinal persistente;
- Distanciamento social;
- Aumento da agressividade;
- Aumento do consumo de chá e café;
- Falta de apetite.

5.4 - CAUSAS

5.4.1 - SOBRECARGA

A sobrecarga ou estimulação excessiva é um estado no qual as exigências que nos cercam excedem nossa capacidade de cumpri-las. Os quatro fatores principais que contribuem para a demanda excessiva são:

- urgência de tempo;
- responsabilidade excessiva;
- falta de apoio;
- expectativas excessivas de nós mesmos e daqueles que nos cercam.

5.4.2 - ESTRESSE DE PRIVAÇÃO

A estimulação insuficiente de nossos processos mentais e emocionais também pode resultar em estresse e doença. Por exemplo, o risco de ataques cardíacos são significativamente maiores nos dois primeiros anos após a aposentadoria. Essa condição, que é associada com estresse e estímulo insuficiente, leva ao tédio e/ou solidão. Um estado de privação emocional que frequentemente resulta em perda da auto-estima (uma fonte de estresse em si) pode, eventualmente, levar a comportamentos autodestrutivos tais

como o abuso de drogas e até ao suicídio. As tarefas altamente repetitivas, como consequência da tecnologia avançada ou tarefas desinteressantes, também podem conduzir ao estresse emocional de privação. Muitas situações de privação de estímulos podem causar estresse em crianças, adultos e idosos.

5.4.3 - NUTRIÇÃO

Hábitos alimentares inadequados podem contribuir ou causar estresse. O consumo de determinados alimentos pode aumentar o estresse da vida diária, seja diretamente, pela estimulação direta do simpático, resultando na reação de estresse, seja pela estimulação indireta, criando um estado de fadiga e aumentando a irritabilidade nervosa. Agentes simpatomiméticos são substâncias químicas que desencadeiam a reação de estresse e, desta forma, maximizam a resposta de estresse desencadeada pelo simpático. O mais comum desses fatores de estresse simpatomiméticos é a cafeína, contida no café; chá; refrigerantes do tipo Coca – Cola; chocolate e cacau. Os sintomas da hipoglicemia (ansiedade, cefaléia, tonturas, tremores e aumento da atividade cardíaca) podem transformar estímulos normais em fatores agudos, reduzindo nossa tolerância ao estresse. Tanto a hipoglicemia racional, causada pela não ingestão de açúcar durante um determinado período, como a hipoglicemia funcional, que ocorre quando não fazemos as refeições no momento certo, induzem ao estresse. Uma outra manifestação comum da reação de estresse é a retenção excessiva de líquidos (o íon sódio também causa retenção de água no corpo) que tende elevar a pressão arterial. Se esta já for alta devida à retenção excessiva de líquidos, e a curva do estresse estiver manifestando-se de forma negativa, a elevação da pressão arterial durante esse período pode ser suficientemente para aumentar o risco de acidentes vasculares cerebrais, ataques cardíacos ou hipertensão crônica.

Da mesma forma que a retenção excessiva de líquidos é um agravante na condição do estresse, a ingestão excessiva de alimentos resulta em obesidade, que, por sua vez, prejudica a saúde, causando várias doenças e consequentemente, diminui nossa resistência ao estresse. Não é apenas importante ter cuidado com o que se come, mas também como comemos.

5.4.4 - DEPLEÇÃO DE VITAMINAS E SAIS MINERAIS

As vitaminas e minerais provenientes da dieta podem ser insuficientes durante períodos de estresse agudo ou crônico. Durante esses períodos é necessário maior consumo de determinadas vitaminas para manter o sistema nervoso e endócrino funcionando adequadamente, dentre elas a

vitamina “C” e as vitaminas do complexo “B”, especialmente a vitamina B1 (tiamina), B2 (riboflavina), niacina, B5 (ácido pantotênico), B6 (cloridrato de piridoxina) e colina. Por causa de seus papéis no metabolismo dos carboidratos e na glicogênese, as vitaminas B1, B2 e a niacina são usadas em doses maiores na vigência de estresse. As vitaminas B5, C e colina são elementos necessários na produção de hormônios adrenais secretados durante a resposta ao estresse. Desta forma, o estresse excessivo durante períodos prolongados esgota essas vitaminas e nos torna propensos aos fatores predisponentes ao estresse e aos efeitos colaterais causados pelas deficiências das vitaminas do complexo B. A deficiência dessas vitaminas pode levar a reações de ansiedade, depressão, insônia e fraqueza muscular. A sua depleção diminui nossa adaptabilidade para enfrentar o estresse. O estresse excessivo pode levar à deficiência de minerais essenciais como magnésio, cálcio e zinco. Adicionalmente, quando estamos estressados, tendemos a negligenciar nossa dieta e, então, piorar essa condição patológica pela ingestão inadequada de minerais. As deficiências minerais estão ligadas a uma grande variedade de disfunções que vão desde a infertilidade e redução do crescimento, à úlcera, à hipertensão arterial e à doença do tipo isquêmica do coração.

O cigarro contém nicotina que, com a cafeína, é um dos agentes simpatomiméticos que desencadeia a reação de estresse. A nicotina estimula as glândulas supra-renais a liberar hormônios que elicitam a reação de estresse: aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e da frequência respiratória, além de estimular a liberação de ácidos graxos e glicose para a corrente sanguínea. O fumo de um único cigarro pode causar um aumento significativo dos níveis de adrenalina no sangue. Os efeitos da nicotina e cafeína são sinérgicos.

5.4.5 - RUÍDO

O ruído pode causar estresse pela estimulação do sistema nervoso simpático, por provocar irritabilidade e por diminuir o poder de concentração. Dessa forma, ele pode ter um efeito físico e/ou psicológico, ambos capazes de desencadear a reação de estresse. Este fator estressante pode produzir alterações em funções fisiológicas essenciais, como a do sistema cardiovascular, pela indução de altos níveis de hormônios do estresse. O ruído influencia outros hormônios, como testosterona, e, portanto, pode ter efeitos prolongados. Experiências com pilotos de aeronaves na Argentina demonstraram que, ao ficarem expostos aos ruídos de alta intensidade das turbinas aéreas, sua produção de testosterona reduziu-se pela metade. Além disso, foi relatada uma forte correlação entre a perda da audição devido aos ruídos e à concentração plasmática de magnésio.

5.4.6 - AUTOPERCEPÇÃO

A autopercepção se refere à imagem que temos de nós mesmos, avaliando nossa própria força e valor. Nosso comportamento é, em sua maior parte, determinado pelo nosso auto conceito e, por conseguinte, desempenha um papel importante no estresse pessoal e no seu controle. Os indivíduos que têm um baixo nível de amor próprio e confiança são consideravelmente mais propensos ao estresse do que aqueles que têm uma imagem confiante e positiva de si mesmos. Tal fator estressante pode produzir alterações em funções fisiológicas essenciais, como a do sistema cardiovascular, pela indução de altos níveis de hormônios do estresse.

5.4.7 - FALTA DE CONTROLE

Um dos mais poderosos fatores estressantes é a perda de controle real ou imaginária. Três categorias de pessoas são particularmente propensas ao estresse devido à falta de controle:

- aqueles que exercem profissões com baixos níveis de comando ou tomadas de decisões, levando ao tédio e ao desamparo;
- aqueles que têm altas responsabilidades, porém baixos níveis de comando, especialmente no ambiente de trabalho;
- aqueles indivíduos que têm forte necessidade de controlar a si mesmos e seu ambiente (as personalidades do tipo “A”, já explicado anteriormente, se enquadram nesta categoria).

5.4.8 - TRÁFEGO

Tráfego congestionado, luzes, barulho e poluição podem levar o sistema nervoso autônomo a desencadear uma reação de estresse. Acrescente a isto maus motoristas, falta de tempo, uma atitude impaciente, sensação de desamparo e você consegue uma boa dose de estresse, que é agravada pela posição sedentária de dirigir veículos. Para aqueles que freqüentemente dirigem em tais condições, o tráfego se torna uma fonte de estresse diária e repetitiva se não for bem controlada, principalmente por uma mudança de atitude.

CAPÍTULO VI

TRABALHO

6.1 - PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DO TRABALHO

✕

Se fizermos um rápido exame no uso do termo *trabalho*, verificaremos dois grandes eixos de significados com componentes avaliativos claramente antagônicos. Para Bastos et al. (1995), tais eixos refletem as grandes tradições histórico-filosófico-religiosas, que modelam a dimensão avaliativa e afetiva com que nos reportamos ao trabalho hoje na atualidade.

O primeiro eixo, vincula o trabalho à noção de sacrifício, de esforço incomum, de carga, fardo, como algo esgotante para quem o realiza. Como sinônimo de luta, de esforço que causa transtorno ou preocupação. Nesse sentido, o trabalho associa-se também à noção de punição, como está no Antigo Testamento, como punição pelo pecado original. Daí decorre o sentido de obrigação, dever, responsabilidade, relacionando-se diretamente ao significado do termo latino que originou a palavra trabalho: *tripalium*, instrumento de tortura formado por três paus, ao qual eram atados os condenados, sendo feita uma associação do trabalho com tortura, sofrimento, pena, labuta (Bastos et al., 1995).

✕

O segundo eixo, avaliativo com uma visão mais positiva sobre o trabalho, o vê como a aplicação das capacidades humanas para propiciar o domínio da natureza, sendo responsável pela própria condição humana, como sendo um esforço para atingir determinado objetivo. Segundo Bastos et al. (1995), na tradição cristã, com a reforma Protestante, o trabalho passa a ser visto como instrumento de salvação e forma de realizar a vontade divina. Já na tradição oriental, as religiões tendem a ver o trabalho como algo que harmoniza os homens com a natureza e que desenvolve o seu caráter.

Na antigüidade grega, todo trabalho manual era desvalorizado e feito pelos escravos e a atividade teórica era considerada a mais digna de um homem, cuja essência era fundamentalmente a de um ser racional. Entre os romanos, o conceito de *negotium* mostra a oposição entre negócio e ócio, sendo para os autores, um conceito que se define pela “ausência do lazer” (Aranha e Martins, 1986).

Na Idade Média, segundo Aranha e Martins (1986), São Tomás de Aquino diz que todos os trabalhos se equivalem, querendo com isso reabilitar o trabalho manual, mas a própria construção teórica do seu pensamento, baseada na visão grega, tende a valorizar a atividade contemplativa, considerando a arte mecânica como uma arte inferior.

Na Idade Moderna, o crescente interesse pelas artes mecânicas e pelo trabalho em geral, justifica-se pela ascensão dos burgueses, vindos de segmentos dos antigos servos que compravam sua liberdade e dedicavam-se ao comércio. Começam os grandes empreendimentos e as descobertas de novos caminhos para as terras do Novo Mundo (Aranha e Martins, 1986).

Com o esplendor desse progresso verifica-se, em contrapartida, uma questão social enorme, pois as condições subhumanas marcam o século XIX com as extensas jornadas de trabalho de dezesseis a dezoito horas, sem direito a férias, sem garantia para a velhice, doenças e invalidez; arregimentação de crianças e mulheres, mão-de-obra mais barata; condições insalubres de trabalho, em locais com péssimas condições de iluminação e higiene; mal remunerados, além de viverem em más condições de moradia (Aranha e Martins, 1986).

Devido a essa situação, surgem no século XIX os movimentos socialistas e anarquistas, que pretendem denunciar e alterar tal realidade insustentável para os trabalhadores.

É a partir da relação de dominação que Hegel apud Aranha e Martins (1986) no século XIX faz a primeira leitura otimista da função do trabalho, na célebre passagem do “senhor e do escravo”, descrita na Fenomenologia do Espírito quando o ser do senhor se descobre como dependente do ser do escravo e, em compensação, o escravo, aprendendo a vencer a natureza, recupera de certa forma a liberdade. O trabalho surge, então, como a expressão da liberdade reconquistada.

Rousseau considerava o trabalho “uma atividade contra a natureza”. Para Nietzsche o trabalho era tido como “o duro labor”, “o melhor dos policiamento para tolher nossas potencialidades de sonhar”.

Psicanalistas, como Marcuse, afirmam que o trabalho é “um meio de coersão” e alienação de nossos instintos profundos.

No entanto, a idéia de que o homem não pode se realizar a não ser pelo trabalho é senso comum. Marx Weber, sociólogo assinala que existe uma interpretação religiosa valorizando o trabalho.

Kant acredita que “o trabalho é um valor que distingue o homem do animal.”

Freud ressalta a característica “positiva” do trabalho, pois este possibilita a transferência dos componentes narcisista, agressivo e erótico da libido.

Leontiev apud Fialho e Santos (1995, p. 18) afirma que o trabalho humano “*é uma atividade originalmente social, fundada sobre a cooperação de indivíduos, a qual supõe uma divisão técnica*”.

As condições de vida e do trabalho vem sofrendo reivindicações por parte dos trabalhadores. Far-se-á rapidamente um histórico desta evolução. Segundo Silva Filho e Montedo (1996) pode-se dividir a história que é evidenciado o trabalho em três períodos: do século XIX até a primeira guerra, demonstrado pela luta da sobrevivência. A preocupação com a saúde era não morrer. Apresentava também uma jornada de trabalho muito longa, baixos níveis de higiene, alta periculosidade, grandes esforços musculares, alimentação precária e repressão do governo contra o trabalhador.

Após a primeira guerra até 1968, começa o segundo período, que se caracterizava pela preocupação somente com a saúde do corpo. Inicia-se com Taylor as influências da forma de trabalhar com a produtividade. Nesta época, a mão-de-obra não especializada era abundante e barata; o saber-fazer não era prioridade por parte da empresa. Havia uma divisão muito forte dos profissionais que detinham o conhecimento total e os que faziam - estes constituíam a maioria na indústria.

No terceiro período, que ocorre após 1968, começa a percepção da deterioração da saúde mental como fator prejudicial ao trabalho. Passam a ser valorizadas as questões como o conteúdo da tarefa, a flexibilidade, o ritmo e a velocidade de trabalho e a participação. Nesta época, surgiram movimentos de resistência e estudos de formas alternadas de organização do trabalho, mais voltados para o ser humano.

Desta forma, começa uma preocupação com as soluções para o problema da produtividade competitiva, sem a perda do nível de saúde do trabalhador. Este é o atual problema vivenciado pelas empresas, muito mais aflorado com o avanço tecnológico. Nesta etapa, uma empresa que não se preocupa com o nível de saúde de seu trabalhador, torna-o insatisfeito, infeliz no trabalho, interferindo na sua produtividade, o que pode refletir numa empresa não produtiva, seguindo a mesma analogia não competitiva, inviabilizando a sua inserção no mercado.

6.2 - SIGNIFICADO DO TRABALHO

O termo *Trabalho* é derivado do latim “tripaliare” que significa tortura com tripalium - instrumento de tortura com três estacas. A palavra trabalho vem sendo analisada como uma forma de alienação, de tarefas árduas, de coerção. Enfim, numa conotação negativa.

A partir de Marx novos conceitos a respeito do trabalho foram sendo formulados. Esse autor afirma que é a condição de libertação do homem e que através dele o homem desenvolve sua personalidade e inteligência e utiliza sua criatividade.

Por outro lado, novas correntes de abordagem sobre a questão do trabalho foram surgindo. Entre elas, duas chamam a atenção. A primeira, é a corrente de relações humanas, em que o indivíduo passa a ser visto como o principal agente para o aumento da produtividade. A Segunda, é a corrente sistêmica cujo objetivo é ver a organização como um todo, em que a função de cada indivíduo é essencial para uma maior produtividade e, conseqüentemente, maior lucro. O ambiente de trabalho é visto como influenciador do comportamento humano, contribuindo para o melhor ou pior desempenho do trabalhador.

Segundo Meyerson (1955), “o trabalho é uma atividade sistematizada, organizada, em vista de um objetivo determinado, realizada de forma coletiva e destinada a criar objetos ou valores de utilidade social”. É, além disso, uma atividade disciplinada, submetida a condicionantes da matéria e do próprio meio. Assim, o indivíduo e as suas relações no ambiente de trabalho passam a ser foco central de estudo, a fim de melhorar o processo de trabalho nas organizações.

Também há uma preocupação com as doenças profissionais e com os acidentes de trabalho. É enfatizado as más condições de trabalho físico e os efeitos do trabalho sobre o homem. O indivíduo pode estar disposto a manter a forma de produção esperada, pode acabar o dia de trabalho muito cansado, prejudicar sua saúde e correr riscos. Tais conseqüências ao trabalhador amplia-se à organização, pois o indivíduo pode baixar o seu índice de produtividade ou desempenhar mal suas tarefas, acarretando em produtos e serviços defeituosos; o bom andamento da empresa é prejudicado. Além disso, se o indivíduo não está satisfeito com sua função ou se a empresa não lhe oferece qualidade de vida no trabalho, pode tornar-se desatencioso, facilitando o maior número de acidentes.

Heller apud Vaz (1995) apresenta sua concepção de trabalho vinculada ao significado dado por Marx, em que a categoria trabalho abrange duas dimensões: uma, enquanto execução de um trabalho, fazendo parte orgânica da vida cotidiana, e a outra, enquanto atividade de trabalho, sendo uma objetividade diretamente genérica. A diferenciação entre estas duas dimensões está no próprio trabalho, em produzir um valor de uso. O resultado ou o produto do trabalho contém a possibilidade de uso, do ser ou não utilizado.

Em uma dimensão psicológica e cognitiva, admite-se que a experiência cotidiana das pessoas constitui a base sobre a qual eles constroem suas percepções e conhecimentos sobre o mundo que os cerca. Esta dimensão, embora de base individual, é um processo eminentemente social, por se dar no interior de um conjunto partilhado de crenças, valores e significados que definem o contexto atual no qual as interações entre indivíduos e grupos ocorrem (Bastos et al. 1995).

Esses conhecimentos e percepções, no nível individual acima citados, se organizam em estruturas cognitivas que desempenham importante papel na determinação de percepções e comportamentos futuros em relação aos objetos, situações ou pessoas, ao permitirem ao indivíduo padrões globais, sobre os quais reagem.

Nesse sentido, o significado subjetivo do trabalho pode ser conceitualizado como uma estrutura cognitiva, que tem um grande impacto sobre as percepções, avaliações, atribuições e sobre o próprio comportamento do indivíduo no trabalho (Bastos et al. 1995).

Buscando apreender, como o indivíduo, articula as suas percepções relativas a diversas dimensões do trabalho, Bastos et al. (1995) indicam a estrutura geral do conceito do significado do trabalho envolvendo três grandes linhas: a centralidade do trabalho, as normas sociais do trabalho, e os resultados e objetivos valorizados do trabalho.

A centralidade do trabalho é definida como o grau de importância geral que o trabalho possui na vida de um indivíduo em determinado momento, independente das razões as quais se atribui tal importância.

Para um grupo de pesquisadores do “Meaning of Working International Research Team” (MOW), que conduziram nos anos oitenta uma ampla pesquisa sobre o significado do trabalho em oito países, a centralidade do trabalho é uma crença geral acerca do valor do trabalho na vida do indivíduo, constituindo-se em dois componentes teóricos:

1. valorativo, o trabalho como papel desempenhado na vida;
2. orientação para a decisão sobre as esferas de vida preferidas.

O componente valorativo apresenta duas propriedades: a primeira, a identificação, que é resultante de processos cognitivos que envolvem a comparação do trabalho como atividade com a percepção do próprio “eu”, podendo o trabalho ser central ou periférico na definição da sua auto-imagem; a outra propriedade é o envolvimento ou comprometimento que dispõe de respostas comportamentais e afetivas ao trabalho, mensurando o grau em que o trabalho é considerado pelo indivíduo, como parte de sua própria vida.

O segundo componente, a orientação, consiste na relação que o indivíduo estabelece com as normas socialmente aceitas do trabalho. As normas são componentes importantes para viabilizar e manter a coesão dos grupos. Para Quitanilla e Wilpert apud Bastos et al. (1995), essas normas funcionam como padrões sociais que orientam as avaliações individuais a respeito das recompensas obtidas pelo trabalho.

Segundo Bastos et al. (1995), as normas sociais consistem numa expressão geral do que seriam trocas justas entre o que o indivíduo recebe da situação de trabalho e as contribuições que ele traz para o processo de trabalho.

O último componente analisado sobre o significado do trabalho, trata-se dos resultados ou produtos valorizados do trabalho, os quais relacionam-se com a finalidade que as atividades de trabalho possuem para o indivíduo, correspondendo às indagações acerca do porquê o indivíduo trabalha. Isto corresponde aos componentes associados às noções de satisfação e motivação a res-

peito do significado do trabalho para o indivíduo. As informações sobre a valorização do trabalho permite entender o que torna os indivíduos mais ou menos satisfeitos com seu trabalho ou o que torna uma situação mais atrativa do que a outra.

6.3 - PREMISSAS BÁSICAS

O trabalho pode ser definido como toda a atividade pela qual o ser humano utiliza sua energia para satisfazer suas necessidades ou para atingir um determinado fim. Através do trabalho, o homem acrescenta um “mundo novo” ao mundo natural que já existe. O trabalho é, portanto, essencial na relação dialética entre o homem e a natureza, entre o saber e o fazer, entre teoria e prática. Desta forma, o trabalho é uma atividade tipicamente humana, que implica na existência de um projeto mental que determina a ação a ser desenvolvida (Cotrim, 1993).

O homem é uma unidade na diversidade, sendo um ser singular particular, que apresenta determinadas qualidades, atitudes e necessidades próprias, mesmo assim, sua singularidade, ainda que particular, é sempre social. Por isso, quando o produto não satisfaz a nenhuma necessidade social, ou é produzido em um tempo de trabalho superior ao socialmente necessário, ele passa a ser tratado não como uma execução de um trabalho, mas sim como uma atividade de trabalho (Vaz, 1995).

O trabalho é ao mesmo tempo uma ocupação cotidiana genérica que supera a cotidianidade. Portanto, o homem/sujeito aplica este trabalho nas relações com seus pares, para alcançar o conhecimento de si mesmo e dos outros. Com isso, o conhecimento do homem ocorre em suas relações, a partir das ações coordenadas formadoras das estruturas propriamente sociais, materiais, intelectuais através do trabalho (Vaz, 1995).

Para Fromm (1994), o trabalho é o grande libertador do homem. O homem começa a sua verdadeira história humana, quando começa a trabalhar, porque, então separar-se de sua primitiva unidade com a natureza e neste fazer-se modificador da natureza? Modifica-se a si mesmo; converte-se em criador, mais do que em parte da natureza; desenvolve suas faculdades artísticas e racionais, desenvolvendo conseqüentemente a capacidade de empregar suas energias em relação à natureza e evoluindo como indivíduo.

O desenvolvimento humano se baseia no trabalho, que como grande medida vai acompanhando o desenvolvimento das faculdades humanas. É neste sentido, que Fromm afirma que o trabalho liberta o homem e que é o fator mais importante no desenvolvimento do homem, assim, a

maneira como esse homem faz seu trabalho, é um dos meios mais importantes de desenvolvimento da sua personalidade (Fromm, 1994).

O trabalho permite ao homem expandir suas energias, desenvolver sua criatividade e realizar suas potencialidades. Ao mesmo tempo que o homem, pelo trabalho, molda e muda a natureza, ele transforma a si mesmo. Dentro de uma visão positiva, pode-se dizer que o trabalho promove a realização da pessoa, a construção da cultura e a solidariedade entre os homens (Cotrim, 1993).

Porém, ao longo da história, o aparecimento da dominação de uma classe social sobre a outra, ao invés de servir a todos, passou a ser utilizado para enriquecimento de alguns. De ato de criação, passou a ser entendido como rotina de reprodução, de liberdade em castigo, e o ato de realização foi transformado em instrumento de alienação (Cotrim, 1993).

6.4 - O TRABALHO E A EVOLUÇÃO TÉCNICA

A evolução técnica dos meios de produção tem acentuado as ambigüidades do trabalho.

Expressões como “transferência de tecnologias” ou “evoluções tecnológicas” traduzem, a partir dos anos 70 uma preocupação profunda com a transformação dos modos de produção (indústria, agricultura e serviços).

As mudanças técnicas podem ser divididas em:

1. componentes eletrônicos;
2. informática e o tratamento de informações;
3. novas energias e novos materiais;
4. biotecnologias.

Os historiadores têm assinalado que as técnicas têm sido interdependentes, tanto no plano sincrônico quanto diacrônico.

Parece, pois, importante apreender o sentido desta evolução tecnológica para poder depreender as conseqüências sobre a natureza do trabalho.

As mudanças técnicas podem ser situadas em uma perspectiva evolutiva que leva em conta certas relações entre três componentes essenciais do trabalho - “o operador, o campo de trabalho e os procedimentos”.

As quatro fases da evolução tecnológica são:

1. a instrumentalização = da mão ao instrumento;
2. a mecanização = do instrumento à máquina;
3. a automação = da máquina ao robô;
4. a interconexão = dos robôs aos sistemas de ajuda inteligentes.

A evolução tecnológica tem demonstrado, claramente, que o homem está mais e mais se afastando dos aspectos físicos e sensorio-motores para realizar funções de tratamento de informações (supervisão, controle, decisão).

Em suma, o trabalho é uma atividade complexa, fortemente ligada às evoluções sócio-técnicas, cujos inúmeros mecanismos podem se constituir como objeto de estudo e de intervenção pela psicologia.

“Trabalho é uma atividade sistematizada e organizada tendo em vista produzir um efeito produtor feito em comum com os homens e destinada a criar objetos e valores tendo uma utilidade no grupo. É uma atividade disciplinada, submissa aos limites da matéria e do próprio meio” (Meyerson, 1995).

6.5 -TEORIAS PSICOLÓGICAS

As teorias psicológicas da psicanálise, psicodrama e condicionamento operante mostram as diferentes maneiras de abordagem e conhecimento dos fatores que caracterizam o comportamento das pessoas no trabalho.

“Durante muito tempo estudiosos do comportamento humano nas organizações não imaginaram que os conteúdos inconscientes, valorizados pela Psicanálise pudessem ser úteis na compreensão de certas inadequações das pessoas em situação de trabalho. Não se pretende dizer que tudo, em circunstâncias de trabalho, seja oriundo de motivações inconscientes. Todavia, uma boa parte das condutas estáveis que definem certos tipos de personalidade repousam nesses fatos, cuja origem escapava à vivência atual. Insegurança inexplicável diante dos

obstáculos, motivações objetivamente inexplicáveis, desajustamentos aparentemente injustificáveis podem trazer atrás de si uma história de experiências desagradáveis que passaram para o domínio do inconsciente, mas que continuam, mesmo esquecidas atualmente, a determinar a maneira de ser do trabalhador.

Os responsáveis pelos recursos humanos, que desconhecem ou desvalorizam essa dimensão profunda da personalidade, geralmente tentam resolver dificuldades de produtividade ou relacionamento interpessoal no “empregado-problema” dando-lhe um descanso em forma de férias ou aplicando-lhe severas medidas administrativas. Por inépcia, não se dão conta de que estão atacando um mero sintoma, ignorando as causas do problema. Neste caso, vêem-se incapazes de agir eficazmente na busca do verdadeiro ajustamento e na obtenção de adequada produtividade” (Bergamini, 1982).

A teoria Psicodramática de Moreno, traz para a psicologia a interpretação de situações através da sua dramatização, ou seja, o indivíduo passa a interagir com o seu terapeuta não somente através de palavras mas, sobretudo, da simulação da sua experiência.

Essa nova teoria enriquece os conhecimentos psicológicos sobre o homem, haja visto que procura atribuir maior importância ao presente. São necessários para a aplicação do psicodrama os contextos social, grupal e dramático, assim como os instrumentos, a saber: o protagonista, o cenário, o ego auxiliar, o diretor ou terapeuta e o auditório ou público.

A aplicação das técnicas psicodramáticas ao homem no trabalho, facilitam sua participação no contexto grupal/organizacional. A aplicação da teoria nas organizações ocorre através do treinamento das pessoas para as funções que delas se exigem; esta técnica substitui a forma tradicional de treinamento que se caracterizava pelo “adestramento” das pessoas. O psicodrama proporciona uma melhor condição para que o indivíduo venha a participar das técnicas do trabalho, facilitando, assim, o seu desempenho profissional.

“...Não somente a nova forma de estudar a personalidade, como também a descoberta da técnica de dramatização, vieram trazer novas perspectivas à psicologia aplicada à empresa.

O treinamento durante muito tempo visou apenas ensinar as pessoas a saberem executar seu trabalho, sem no entanto, atentar para a superioridade daquele treinamento que ensina a pessoa a SER a sua função, isto é, assumir seu papel dentro da empresa” (Bergamini, 1982).

Já a teoria do Condicionamento Operante de Skinner determina que todo comportamento humano tem origem em algum aprendizado e que este aprendizado pode ser por descoberta ou estímulo e que todo comportamento é causado pelo aprendizado do estímulo e resposta. Para Bergamini (1982), o “estímulo é definido como a modificação de um ou vários aspectos do meio; resposta, como a modificação de uma ou várias partes do comportamento. Portanto, um estímulo não pode ser definido independente da resposta”.

Passa-se a enfocar a busca da aprendizagem que é o processo de memorização das experiências satisfatórias para a repetição no uso necessário. As experiências insatisfatórias são descartadas pela consequência de suas poucas aplicações, considerado por Skinner como punições.

As suas experiências o fez levantar a “teoria do reforço” que se divide em positivo e negativo. O reforço positivo é todo aquele que, após uma ação recebe uma recompensa (que pode ser um prêmio palpável, um afago, um elogio, etc.); já o reforço negativo é aquele no qual a uma dada situação o indivíduo recebe repreensão pelo seu ato (pode ser uma punição, uma reclamação, um gesto desaprovado, etc.). Skinner evidencia a necessidade de o reforço positivo sobre o negativo e adverte que a simples omissão do reconhecimento para um indivíduo que realizou algo louvável é para ele como se estivesse recebendo uma punição e que a pessoa procurará manter-se afastada e menos participativa em ambiente punitivo.

Existem mais dois tipos de reforços que são os primários e os secundários. Para o homem, os reforços primários são aqueles representados como físicos e fisiológicos e os secundários são os psicológicos. Os reforços primários tratam dos aspectos que podemos chamar de sobrevivência humana, tais como, recompensas financeiras; bens materiais; segurança no emprego; etc. Já os esforços psicológicos ocorrem na área superficial da personalidade, tratado pela psicologia por “ego”. Os reforços mais comuns vivenciados pela pessoa são os reforços psicológicos, os quais

muitas vezes ela experimenta e dá a si própria quando vence sozinha algo que não lhe foi ensinado. Isso provoca na pessoa uma reação positiva e permite que ela continue buscando outras tarefas e maneiras de realizá-las, experimentando, assim, aquilo que podemos chamar de “massagem do próprio ego”. Se pela realização de tais tarefas a pessoa experimentar o feedback de outrem, ser-lhe-á, ainda, mais agradável.

No campo do trabalho, a teoria de Skinner é largamente aceita e facilita a adaptação e o aprendizado do indivíduo no trabalho, “... é surpreendente a contribuição do condicionamento, onde o aprendiz tem que atuar mecanicamente no ambiente. Isso também é válido para o treinamento em tarefas de escritório ou administrativas, como são mais comumente chamadas”. (Bergamini, 1982)

Ainda sobre a teoria operante, Bergamini coloca:

“Skinner faz pensar, também que o reforço positivo deve ser a principal preocupação à pessoa que trabalha. Ele será capaz de estruturar hábitos comportamentais desejados. Portanto, elogios e recompensas são mais eficazes do que punições. Punido, o indivíduo que trabalha extinguirá um comportamento, deixará de atuar de determinada forma mas, em compensação, poderá desenvolver qualquer outro comportamento indesejado até que ocorra novo reforço negativo”. (Bergamini, 1982)

6.6 - A EVOLUÇÃO DA PSICOLOGIA DO TRABALHO

Se a evolução da psicologia do trabalho resulta das mudanças técnicas e das concepções do trabalho decorrentes, ela também se inscreve em um movimento mais geral que marca a emergência das ciências humanas.

6.6.1 - OS PRIMÓRDIOS DA PSICOLOGIA DO TRABALHO

Os primeiros esboços partiram de alguns alunos de Wundt, em 1879. Kraepelin interessou-se pela fadiga e pela monotonia no trabalho e suas repercussões na empresa. A “psicologia industrial”, instituída em 1925 pelo trabalho de referência de Meyers = Industrial psychology, teve seu nasci-

mento com outros dois alunos de Wundt - W. D. Scott e sobretudo Munsterberg, autor de *Psychology and Industrial Efficiency*, em 1913.

A “avaliação das diferenças individuais” foi uma segunda perspectiva (cf. Cattell, na Inglaterra, e Binet, na França); os testes psicotécnicos são frutos desta tendência. Mais tarde, em 1930, a partir dos trabalhos de Mayo, desenvolveu-se nos Estados Unidos uma corrente: a das “Relações Humanas”. Estes trabalhos reagiam contra o Taylorismo dominante e inspiravam-se na psicologia social; seus tópicos são os problemas de integração nos grupos e a satisfação no trabalho.

Estas primeiras tendências, só vão realmente se difundir a partir dos grandes conflitos mundiais. Isto se deve aos problemas de comando e de coesão entre as unidades de combate: estresse e relações entre membros de uma equipe.

Em oposição à visão “psicotécnica”, que se preocupa com a adaptação do trabalhador ao trabalho, Waltrier, desde 1926, fala em “tecnopsychologie” para designar o campo da psicologia que se preocupa com a adaptação psicológica do trabalho pelo trabalhador. O termo “ergonomia”, criado em 1949, tem por objetivo uma melhor adaptação dos métodos e dos meios de trabalho. O termo “psicologia ergonômica”, segundo Sperandio (1980) surge com a necessidade de delimitação. O trabalho pode ser agrícola, comercial, administrativo, médico-social e educativo.

Na tentativa de especificar o trabalho e a psicologia na área industrial, nos Estados Unidos surgem: a psicologia econômica, a psicologia educacional e instrucional, entre outras. Esta multiplicidade de nomenclaturas é indicadora de tendências reducionistas para conceber e disciplinar a psicologia do trabalho.

São quatro as grandes questões ligadas aos reducionismos:

1. psicologia fundamental (do trabalho) ou psicologia aplicada?
2. psicologia do trabalho industrial e as outras: do trabalho agrícola, do trabalho administrativo, do trabalho social?
3. a favor ou contra os testes psicotécnicos? Uma corrente moderna tende a considerar a psicologia ergonômica e a psicologia da formação domínios importantes da psicologia do trabalho, podendo promover trocas eficazes e não contraditórias com a psicotécnica;
4. o trabalho é uma atividade individual ou coletiva? Até então tem ocorrido um privilégio das dimensões individuais do trabalho em detrimento dos aspectos coletivos. A “psicologia das organizações” é uma reação a esta tendência.

6.6.2 - AS GRANDES LINHAS DE FORÇA PARA ENTENDIMENTO DO TRABALHO

6.6.2.1 - DO BEHAVIORISMO À PSICOLOGIA COGNITIVA DO TRABALHO

6.6.2.1.1 - CORRENTE BEHAVORISTA:

Orientação psicotécnica (dos anos 50 até os anos 60).

Estímulo - resposta: a “psicologia diferencial e a psicometria” representam tal fase.

1949 - Estudos Ergonômicos (Chapanis, Garner e Morgan)

Psicologia industrial: ausência da análise das modalidades do tratamento de informação efetuada pelo sujeito para fornecer suas respostas.

Corrente da engenharia humana



Atividades do operador
(gestos inconvenientes,
apresentações adequadas
da informação)

6.6.2.1.2 - PERSPECTIVA “NEO BEHAVIORISTA” - “OS SISTEMAS HOMEM-MÁQUINA”.

1965 (Leplat e Bisseret): os procedimentos colocados em jogo pelos controladores de navegação aérea.

Esquemas- árvores

- algoritmos

- organogramas

Anos 70 (competência - fator organizador interno)

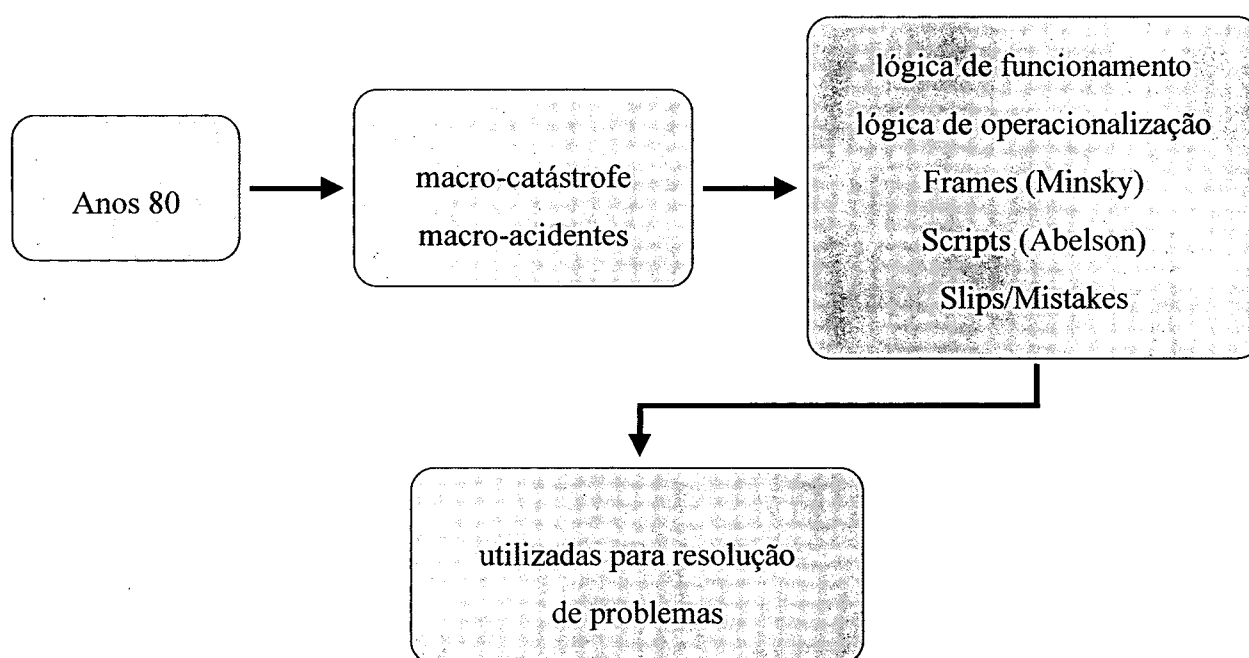
6.6.2.1.3 - PRIMÓRDIOS COGNITIVISTAS

Modelo Piagetiano (dedutivo)

Modelo Sperandio (indutivo): análise da situação de trabalho de maneira a definir as classes de problemas e os modelos gerais.

6.6.2.1.4 - A MODELIZAÇÃO COGNITIVA DO OPERADOR.

Acidentes



Perigo: desenvolvimento de modelos herméticos, reduzindo o funcionamento do homem a um conjunto de parâmetros programáveis.

6.6.2.2 - DO TAYLORISMO À PSICOLOGIA DAS ORGANIZAÇÕES

6.6.2.2.1 - O RACIONALISMO CLÁSSICO

Desde o fim do século XIX: Organização Científica do Trabalho - “one best way”.

Críticas: **embrutecedor e alienador**. Ex. “Os tempos modernos de Chaplin”.

6.6.2.2.2 - A CORRENTE DAS RELAÇÕES HUMANAS.

Anos 30 até anos 60 - dinâmica de grupo (Mayo, Lewin e Moreno)

1966 - Teorias de Motivação (Herzberg)

Anos 70 - Círculo de igualdade no Japão.

Crítica: E as interações entre os sujeitos? E os conflitos?

6.6.2.2.3 - A CORRENTE SISTÊMICA

Organização e Desenvolvimento (Lawrence e Lovasch e Lickert: 1967)

Teorias da contingência (Fiedler - 1967)

Gestão dos conflitos (Weber)

Negociação dos conflitos (March Simon : 1958)

Os atores (Croyer e Friedberg: 1977) dos anos 70 a 80.

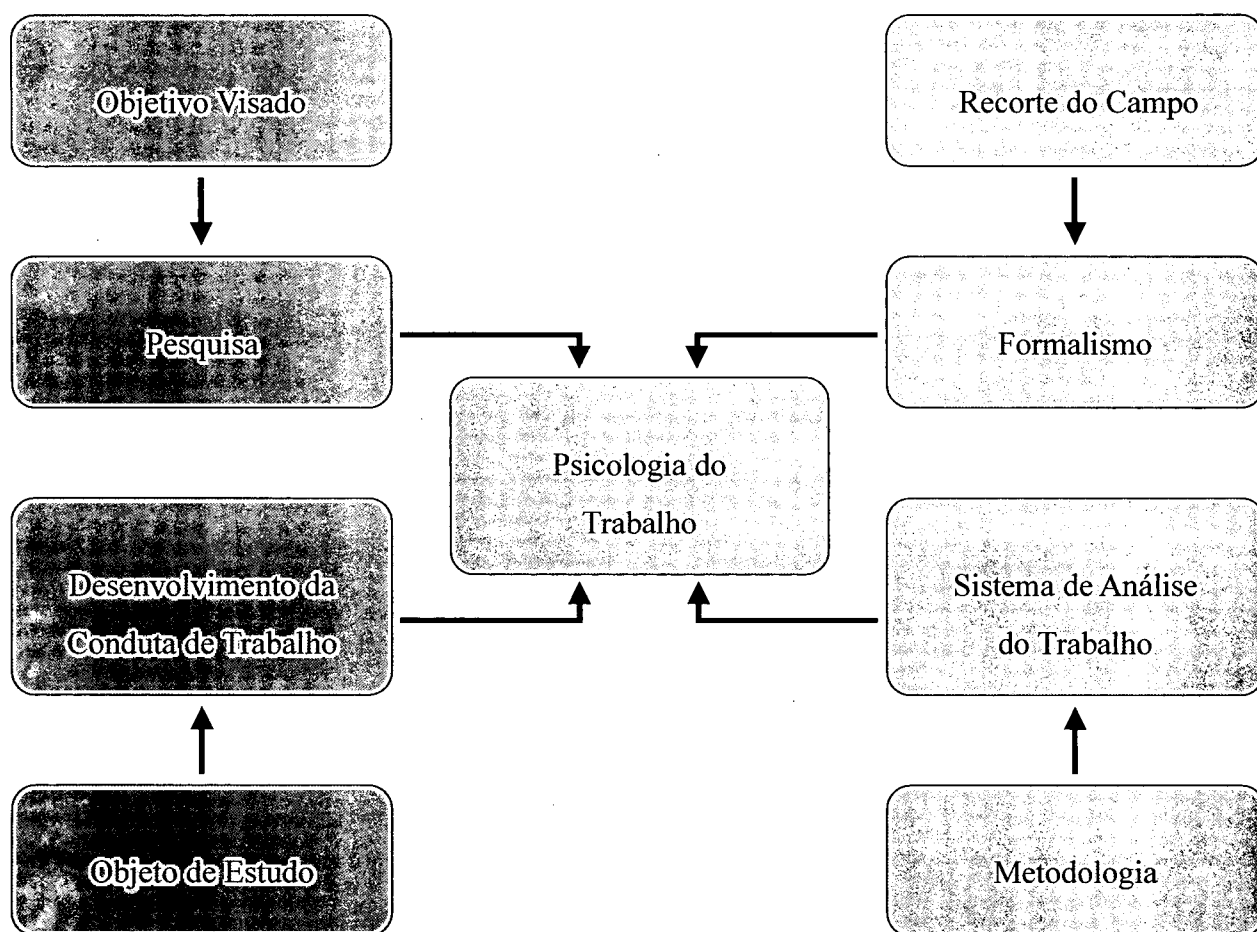
6.6.2.2.4 - A CORRENTE SÓCIO-TÉCNICA

A interdependência dos sistemas de atividades (Currie e Hajjar: 1987) - momento de interação entre a pesquisa fundamental e as práticas de intervenção.

A interdependência dos sistemas de atividades (Currie e Hajjar: 1987) - momento de interação entre a pesquisa fundamental e as práticas de intervenção.

PERSPECTIVAS

Elementos para definir a psicologia do trabalho:



A psicologia do trabalho aparece como uma disciplina que descreve e explica o processo de organização e reorganização de estruturas de condutas de trabalho nas condições do meio ambiente técnico e social particular. Ela apresenta uma visão científica na medida em que deve responder a uma dupla exigência:

1. de Positividade - deve descrever rigorosamente o trabalho em termo de observáveis comportamentais, pois uma asserção não é científica a não ser na medida em que ela se encontra em posição de ser negada pelos fatos;
2. de Inteligibilidade - deve explicar a significação das condutas pois uma asserção não é científica a não ser que ela permita uma inferência dos processos a partir dos fatos observados.

Reportando-nos novamente à Ergonomia, devemos ressaltar que para adaptar o trabalho ao homem, necessitamos conhecer profundamente estes dois elementos e suas inter-relações, nunca esquecendo que o homem é único, com peculiaridade. Desta forma, a psicologia do trabalho traz subsídios fundamentais para a compreensão destas relações.

A psicologia do trabalho vem ao longo do tempo sofrendo transformações em relação aos seus objetivos, campo de atuação e estratégias a serem utilizadas. Todas estas mudanças visam acentuar o papel essencial do homem na manutenção do sistema de trabalho.

CAPÍTULO VII

ERGONOMIA

7.1 - INTRODUÇÃO

✕ Historicamente, a Ergonomia recebeu várias conceituações tais como: a ergonomia é a disciplina que estuda as leis naturais do trabalho humano (Oxford, 1949; Barros, 1991); é o estudo do homem em suas relações com o ambiente de trabalho (Murrel apud Barros, 1991); “*Como o conjunto dos conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários para a concepção de ferramentas, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto, de segurança e de eficácia*” (Wisner apud Fialho e Santos, 1995), entre outras.

✧ Esta ciência, busca promover a máxima ambientação do trabalhador, através da sua adequação as condições físicas, psíquicas e emocionais, a fim de levar as pessoas a enxergarem o trabalho como algo capaz de gerar satisfação e realização, como já concebiam os gregos como sendo o trabalho “*ergon, que designa a criação, a obra de arte*” e não como “ponos, que se refere ao esforço e penalidade” (Fialho e Santos, 1995).

⤵ A ergonomia como ciência, sempre buscou analisar situações de trabalho tentando interferir em algumas e modificar outras em que se considerou necessário, no sentido de obter uma maior racionalização e otimização, com máximo de conforto, rendimento e eficiência.

A fase inicial da ergonomia caracterizou-se por uma preocupação maior com os postos de trabalho propriamente ditos: concepção dos móveis, elementos e com o projeto dos espaços de trabalho. Constituem-se em uma ergonomia mais física (Montmollin, 1990). Atualmente, trabalha-se também, além de outras, a questão cognitiva do trabalho, almejando avaliar e considerar a carga mental exigida para o desempenho de uma determinada atividade e o grau de sofrimento psíquico a que se submete o ser humano no trabalho. “Em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e desejos, e uma organização do trabalho que os ignora” (Dejours, 1992). É preciso compreender que há uma divisão, *in locu*, desses momentos históricos e evolutivos da ergonomia.

Embora estejamos vivendo um enfoque mais cognitivo da ergonomia, é importante pensarmos que os problemas ditos ergonômicos são das mais diversas origens possíveis, principalmente

quando falamos de países em vias de desenvolvimento industrial. Por um lado, temos uma economia pobre, pouca ou nenhuma estrutura industrial básica, políticas internas desfavoráveis, endividamento interno, dificuldades em algumas regiões na regularidade do fornecimento de elementos básicos em alguns processos produtivos, como por exemplo, água e energia elétrica; e, por outro lado, altos índices de analfabetismo, portanto, reduzido grau de instrução, falta de pessoal com formação de nível técnico, falta de uma cultura de organização por parte dos trabalhadores e de uma cultura tecnológica.

Nestes casos é provável que uma dificuldade ou um problema detectado dentro de uma empresa possa ser originado por um somatório de fatores como: físicos, ambientais, cognitivos e organizacionais, buscando respostas provenientes dos conhecimentos das várias fases ou escolas da ergonomia.

7.2 - CONCEITUAÇÕES

✧ No curso da história, a Ergonomia vem evoluindo gradativamente. O termo deriva de duas palavras gregas: “ergos” significa trabalho e “nomos” significa leis do. Na sua tradução mais simples compreende as leis do trabalho.

O termo foi introduzido na literatura em meados do século XVIII, pelo educador e cientista polonês Wojciech Jastrzebowski. Entretanto, ele só passou a ser utilizado a partir de 1950, quando o inglês Murrell, um dos pioneiros do campo, reinterpretou o termo (Sluchak, 1992).

Ao longo desses anos, vários estudiosos atribuíram-lhe diferentes definições. Ainda hoje ela é considerada uma ciência para alguns e uma tecnologia para outros. Portanto, não há uma definição padrão na literatura. Apresentamos a seguir algumas definições.

✧ Maluf (1980) define Ergonomia como ciência cujo objetivo é investigar, promover, restaurar ou implementar as condições de compatibilização entre as características artificiais de trabalho, habilidades e as características evolutivas do ser humano.

Na definição elaborada por Paraguay (1987), *Ergonomia* é o conjunto de conhecimentos sobretudo de Fisiologia, Medicina e Psicologia do Trabalho, aplicados à situação de trabalho, na perspectiva de uma melhor adaptação do trabalho ao homem sob diversos pontos de vista: saúde, segurança e organização do trabalho, considerando-se, ainda, as apropriações do ambiente de trabalho e de vida.

Os termos Ergonomia e Fatores Humanos são sinônimos. Só existe uma distinção entre eles relacionados à uma perspectiva histórica. O primeiro, foi desenvolvido na Europa e tradicionalmente focaliza questões de como o trabalho afeta o indivíduo; seu objetivo era a redução da fadiga causada pelo trabalho. O segundo, foi desenvolvido nos Estados Unidos da América, focalizando como o indivíduo se comportava em relação ao seu ambiente de trabalho e o equipamento com o qual trabalhava. Independentemente da definição utilizada, averiguamos que o objetivo ou meta de ambos são os mesmos, ou seja, combinar ou igualar as demandas do trabalho às habilidades e capacidades do trabalhador.

7.3 - HISTÓRICO

No século XIX, Frederick Taylor começou a preocupar-se com a maneira de organizar o trabalho e de administrar os trabalhadores para maximizar os resultados. Suas obras “Princípios da Administração Científica” datada de 1911, e “Administração de Compras”, datada de 1919, exerceram grande influência na Ergonomia. No mesmo período, o casal Frank e Lilian Gilbreth trabalhavam em técnicas de análise de tempo e movimento para consistentemente analisar as atividades de trabalho.

Os estudos de Taylor e dos Gilbreths são considerados como os iniciais do estudo científico do relacionamento entre trabalhadores e trabalho. Focalizaram uma concepção errônea de que só existe uma maneira de realizar um trabalho. A Ergonomia leva em consideração as diferenças individuais existentes entre os trabalhadores e planeja um ambiente de trabalho flexível para acomodar a variabilidade, sem sacrificar a segurança ou a produtividade (Sluchak, 1992).

As questões sobre os critérios de segurança de pessoal e sua subsequente performance, enfocadas por Taylor, intrigaram os ergonomistas. Devido à ocorrência da Primeira Guerra Mundial, essas questões não puderam ser estudadas e só foram retomadas no início da Segunda Guerra Mundial.

A Ergonomia superando a concepção Taylorista de “Homo Economicus”, para além do reducionismo do trabalho físico, surgiu tentando demonstrar a complexidade da situação de trabalho e a multiplicidade de fatores que a compõe (Abrahão, 1993).

Nos Estados Unidos da América, durante a Segunda Guerra Mundial, os militares enfrentavam problemas com seus pilotos: homens treinados e experientes que deixavam seus aviões caírem durante a decolagem, bombas eram jogadas em alvos errados e os operadores de submarinos falhavam em detectar navios inimigos. Os investigadores que estudaram as causas de tais ocorrências

encontraram os equipamentos que haviam funcionado de maneira correta. Os pilotos, bem como os operadores de submarino estavam entre aqueles considerados como os mais qualificados. Esses achados os levaram a reconhecer que, o modelo das armas e dos equipamentos eram inadequados aos operadores e pilotos, exigindo-lhes habilidades sobre humanas, que facilitavam seus erros. Portanto, não bastava homens experientes e treinados à função; era necessário que houvesse adaptação entre os equipamentos e o homem que iria operá-lo.

Na fase evolutiva, a Ergonomia é marcada pela preocupação com o desenvolvimento de pesquisas voltadas para os aspectos antropométricos, definição de controles, arranjos do espaço físico e ambientes de trabalho.

Com a evolução tecnológica, a Ergonomia voltou seus interesses para o desenvolvimento de sistemas automáticos e informatizados, com ênfase na natureza cognitiva do trabalho (Abrahão, 1993). A autora considera ainda que, atualmente, com a automação nos setores secundário e terciário da economia e com o aparecimento da robótica, os setores produtivos começam a perceber que os meios técnicos de organização devem ser adaptados às especificidades do funcionamento humano.

7.4 - A INTERVENÇÃO ERGONÔMICA NA SITUAÇÃO DE TRABALHO

As contribuições da Ergonomia para introduzir melhorias em situações de trabalho dentro das instituições podem variar conforme a etapa em que elas ocorrem e, também, conforme a abrangência com que é realizada.

De maneira geral, a Ergonomia é apresentada através das modalidades:

- *de concepção* - que está relacionada ao estudo de instrumentos e ambiente de trabalho antes de sua construção;
- *de correção* – que procura melhorar as condições de trabalho já existentes;
- *de conscientização* – que se preocupa em conscientizar os trabalhadores através do treinamento, reciclagens para trabalharem de forma segura reconhecendo os fatores de riscos que podem surgir a qualquer momento no ambiente de trabalho (Ilda, 1990).

A intervenção ergonômica pressupõe que o processo seja iniciado a partir da identificação dos problemas relacionados à Ergonomia nos locais de trabalho; identificação da natureza e localização desses problemas e implementação de medidas para reduzir ou eliminá-los.

A teoria dos sistemas contribui para o estudo do relacionamento homem-trabalho.

Sluchak (1992) considera que no ponto central do sistema está o homem, imediatamente afetando o homem está a tarefa, os componentes do posto de trabalho, o instrumento utilizado e, por último, o ambiente. Este constituído por fatores físicos, de considerações administrativas e operacionais que podem influenciar direta ou indiretamente o homem ou os outros componentes da situação de trabalho.

O recorte conceitual adotado tem como pressuposto básico três elementos componentes da situação de trabalho: o homem, a atividade e o meio ambiente.

- *O homem*: para análise deste componente central da situação de trabalho, fatores como a educação, o treinamento, a motivação, a satisfação, a antropometria e o uso do equipamento de proteção individual devem ser considerados.

Segundo Ilda (1990), os trabalhadores apresentam diferenças individuais tais como: estatura, peso, compleição física, resistência à fadiga, capacidade auditiva e visual, memória, habilidade motora, personalidade, entre outras, as quais podem atingir níveis significativos sendo preciso considerá-las.

- *A atividade de trabalho*: é composta pelos elementos: tarefa prescrita (formal), tarefa real (efetivamente realizada), instrumentos utilizados para a realização da tarefa e posto de trabalho (em que a tarefa é realizada).

A tarefa é entendida como o conjunto de fenômenos fisiológicos e psicológicos específicos do homem, na realização de seus atos, em que ele investe seu corpo, seus pensamentos, desejos, esperanças e até mesmo a sua história. A realização de tarefas refere-se ao trabalho prescrito, correspondendo a um conjunto de objetivos e prescrições apresentadas aos trabalhadores, definidas pela gerência, para atender os objetivos fixados pela instituição.

A atividade de trabalho significa o trabalho real, efetivamente realizado pelo indivíduo, a forma pela qual ele consegue desempenhar suas tarefas. É resultado das definições impostas pela empresa com relação à sua tarefa e das características pessoais, experiência e treinamento do trabalhador (Abrahão, 1993).

Em revisão do conceito de atividade de trabalho em Ergonomia, a literatura revela duas características básicas: primeiro, a diversidade terminológica para o conceito (atividade, trabalho real, tarefa real); a segunda, a ênfase diferenciada que os autores atribuem aos elementos que compõem a atividade.

Quanto ao instrumento de trabalho, são considerados como fatores deste componente o peso, a força, a posição, o modo e condições de manuseio.

O posto de trabalho é entendido como o local em que o trabalhador executa suas tarefas, dentro de um tempo estabelecido. São fatores componentes do posto de trabalho: o espaço físico, a área de trabalho, a disposição e o dimensionamento dos mobiliários.

O enfoque ergonômico do posto de trabalho, segundo Ilda (1990), procura desenvolver postos de trabalho que reduzam as exigências biomecânicas, colocando o operador dentro do alcance dos movimentos corporais e que haja facilidade de apreensão de informações. Para o autor, os melhores critérios para avaliar a adequação de um posto de trabalho são a postura e o esforço físico exigido dos trabalhadores, determinando-se os pontos principais de concentração de tensões que tendem a provocar dores nos músculos e tendões.

- *O ambiente de trabalho*: compreende o conjunto de fatores interdependentes que atua direta e indiretamente na qualidade de vida das pessoas e nos resultados do próprio trabalho. Esta visão global das influências do trabalho facilita a compreensão das dificuldades e desconfortos, da insatisfação, dos baixos desempenhos, das doenças e da ocorrência de acidentes de trabalho.

↳ O ambiente de trabalho constitui-se de fatores e de considerações administrativas e operacionais que podem influenciar direta ou indiretamente o homem ou os outros componentes da situação.

↳ Em uma abordagem atual, a análise das condições ergonômicas de trabalho deve conter, além dos componentes anteriormente descritos, informações sobre os componentes secundários às situações de trabalho, tais como: os meios de transporte, a alimentação e moradia, por serem imprescindíveis à saúde dos trabalhadores, precisam contemplar os aspectos psicossociais do trabalho e da vida dos trabalhadores, possibilitando assim, uma visão ampla da situação de trabalho.

↳ Os componentes da situação de trabalho são abordados através de uma metodologia que não obedece a um modelo pré-determinado de intervenção, mas a princípios comuns oriundos de conhecimentos de Ergonomia que devem ser adaptados a cada situação de trabalho estudada.

↳ O modelo metodológico baseia-se em um conjunto de conhecimentos estruturados a fim de responder às diferentes demandas de intervenção. A exigência científica fundamental das pesquisas reside na observação de situações reais de trabalho.

CAPÍTULO VIII

ESTUDO DE CASO

8.1 – “DIÁRIO DE BORDO”

No mês de Agosto de 1998, iniciou-se a pesquisa de campo com aplicação do questionário (ANEXO I) para avaliação do estresse no Grupo de Enfermeiras pertencentes à Rede de Saúde Pública de Florianópolis/SC.

O questionário é baseado, principalmente, nos referenciais teóricos de Hans Selye e da Dra. M. Michal, pesquisadora biomédica da Universidade de Toronto, Escola de Medicina de Cambridge, UK; Royal College of Surgeons, Londres e Centro de Pesquisa de Genebra. Baseando-se em sua própria experiência em pesquisas relacionadas à saúde e estresse, fundou o Bioplan Genève S . A ., sendo pioneira no campo do controle do estresse na Suíça.

A amostragem corresponde à aplicação do questionário a 20 (vinte) enfermeiras pertencentes à Rede de Saúde Pública, que desenvolvem suas atividades em Centros de Saúde localizados nos municípios de Florianópolis e Itajaí - Santa Catarina.

O preenchimento do questionário descrito transcorreu sem problemas na Etapa I (perfil do funcionário, escolaridade, instituição onde trabalha e tempo de serviço). Na Etapa II e III vários problemas de interpretação foram apresentados, prejudicando as respostas observadas quando da avaliação dos resultados.

Os problemas mais relevantes no preenchimento do questionário de pesquisa transcorreram na Etapa III, pois as Enfermeiras que participaram do questionário eram recém formadas e as questões do trabalho e vida cotidiana estavam absolutamente entrelaçadas. As percepções que envolviam uma ou outra situação ainda não estavam completamente nítidas.

Na Etapa III, item 3.17 - “Irritabilidade Persistente”, as entrevistadas acrescentavam com frequência complementações manuscritas justificando as suas respostas. Essas complementações confundiam os resultados como por exemplo:

- Situação A: “Fico irritada principalmente na Sexta-feira quando o tráfego está muito intenso e quero chegar em casa logo”.
- Situação B: “A sala de curativos é muito pequena e este ambiente me irrita constantemente”.

Quanto à situação “A” percebeu-se nitidamente que o perfil da análise estava sendo desviado, pois nesse caso a irritabilidade estava relacionada com problemas pessoais e não com Envolvimentos Emocionais com o Indivíduo e a Comunidade, objetivo dessa Pesquisa.

Na situação “B” a referência complementada pela entrevistada trazia à tona dados relativos à estrutura física do Posto de Trabalho, o que no momento não seria alvo desse trabalho.

Ainda com relação ao item 3.10 da Etapa III, o quesito “Insônia” resultou em dados bastante confusos, pois entre várias situações grande parte das entrevistadas associavam esse quesito com problemas pessoais relacionados com filhos menores (mamadeiras noturnas, amamentação, etc.), fugindo novamente do propósito da Pesquisa.

Nessa primeira tentativa de pesquisa de campo, os resultados prosseguiram confusamente e, outro item do questionário (ANEXO I) de pesquisa aplicado que gerou um duplo resultado foi também com o item 3.24 da Etapa III – “Aumento de Agressividade”, em que as entrevistadas na grande maioria correlacionaram a esse aspecto problemas pessoais. E, quanto mais tentava-se planejar os resultados do instrumento aplicado, maior era a frustração, pois, os objetivos haviam tomado direcionamentos bastante diversificados.

Com base nos problemas levantados acima, tornou-se necessário fazer uma pausa, pensar em uma nova estratégia, modificar o modo de intervenção e reiniciar a Pesquisa de Campo, utilizando o mesmo instrumento de avaliação, pois este trabalho visa o estudo comparativo com a Rede Hospitalar (“Estresse na Rede Hospitalar” / Mendes/99). A modificação da Metodologia também ocorreu no trabalho do Estresse na Rede Hospitalar, porém, os problemas encontrados neste, divergem dos encontrados na Rede de Saúde Pública.

Diante da necessidade da mudança de estratégia foi realizada a “Capacitação das Entrevistadas”, fato este também ocorrido na pesquisa da Rede Hospitalar – Mendes/99, já que o processo de avaliação das enfermeiras ocorreu na mesma época, porém com pesquisadoras diferenciadas.

Outra situação que reforçou o processo de modificação da Metodologia, foi o “medo” apresentado também pelas participantes da pesquisa do estresse em Saúde Pública. Situações de “medo” apresentavam-se de variadas formas: “medo” das punições procedentes das instituições em que trabalham; “medo” de expressar incapacidade para desenvolver suas atividades, uma vez diagnosticado o processo de somatização do estresse; “medo” de desencadear rivalidades institucionais e interpessoais. Enfim, essas numerosas situações de medos caracterizam nitidamente o processo de “Ideologia Defensiva” (Dejours), gerando desmotivação para participação em trabalhos científicos.

8.2 – METODOLOGIA

Quanto à Amostragem: a pesquisa envolve 20 (vinte) enfermeiras pertencentes à Rede de Saúde Pública, sendo que 40% (quarenta por cento) desenvolvem suas atividades nos Centros de Saúde da cidade de Itajaí e 60% (sessenta por cento) na cidade de Florianópolis.

Quanto ao questionário (ANEXO I) continua o mesmo aplicado no primeiro momento e prossegue contemplando três etapas:

Etapa I: “Perfil do Funcionário”

Etapa II: “Abordagem sobre Envolvimento Emocional”

Etapa III: “Enfoque das Patologias decorrentes do Estresse”

8.2.1 – CAPACITAÇÃO DAS ENTREVISTADAS

Conforme citado anteriormente, a capacitação das entrevistadas se faz necessário e foi utilizado em comum acordo com a pesquisadora da Rede Hospitalar (Mendes/99), objetivando a aquisição de dados mais fidedignos para realização do Estudo Comparativo, proposta objetivada por este trabalho.

Em uma Segunda tentativa de aplicação do questionário, após a organização do material teórico, com elaboração concomitante de apostilas para o esclarecimento das enfermeiras a serem entrevistadas, bem como a utilização de recursos audiovisuais para a apresentação desse instrumento de forma mais concreta, tentou-se buscar um maior número de acertos com o intuito de implementar a nossa pesquisa.

Com mais maturidade, procedemos algumas alterações nos critérios metodológicos.

A modificação na escolha da população alvo refletia oportunamente critérios mais significativos, tais como:

- tempo de experiência profissional na categoria afim;
- grau de aperfeiçoamento;
- preservação do anonimato;

Nesse reinício da pesquisa, alguns pontos foram determinantes para a obtenção da otimização dos resultados:

- elaboração de simpósios em pequenos grupos com debates do conteúdo contido no instrumento;
- painéis;

- discussão de casos;
- troca de experiências relacionando estresse e patologias;
- discussão em grupo objetivando a uniformidade na interpretação do conteúdo científico;
- distribuição de apostilas para cada enfermeira participante intitulada “Estresse - Sinais, Sintomas e Causas”;
- agendamento de entrevistas individuais;
- levantamento dos dados;
- distribuição percentual em gráficos e análise comparativa.

8.3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na primeira etapa da pesquisa foram contempladas as variáveis:

- idade;
- estado civil;
- escolaridade;
- instituição;
- tempo de experiência na profissão.

Para as duas primeiras variáveis (Idade e Estado civil) não foram realizadas análise percentual comparativa, pois esses itens não interferem no propósito da pesquisa.

Quanto à quarta variável (Instituição), ela é visualizada graficamente de forma distinta no primeiro momento (Gráfico II – Distribuição Percentual das Instituições Filiadas – Rede de Saúde Pública), porém, na seqüência, estes dados foram agrupados e, tanto na Rede de Saúde Pública da Grande Florianópolis como na Rede de Saúde Pública de Itajaí, passaram a constituir uma única variável nos gráficos seguintes, enfocando apenas dados expressos por “Entrevistadas da Rede de Saúde Pública”.

Convém salientar que a terceira e a quinta variáveis (Escolaridade e Tempo de experiência na profissão) ainda pertencente a Etapa I do questionário (ANEXO I), serviram para consolidar o processo de capacitação das entrevistadas já justificado anteriormente.

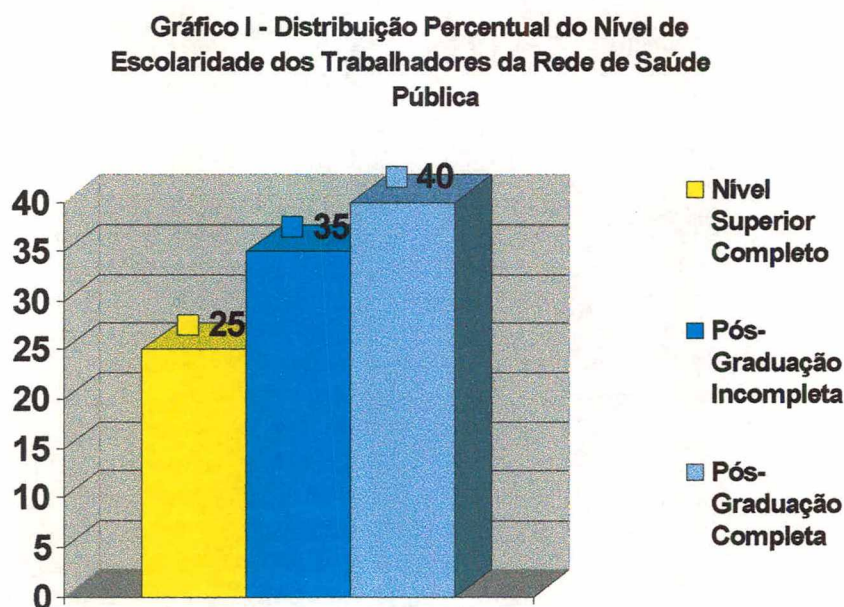
Conforme já havíamos determinado previamente, a população alvo abrangeu universo exclusivamente feminino, já que este constitui a maioria dos servidores da categoria profissional Enfermeiro. A seguir iniciaremos a análise das variáveis, utilizadas para esse estudo de caso.

8.3.1 NÍVEL DE ESCOLARIDADE

O elevado nível instrucional das entrevistadas (gráfico I) permitiu o desenrolar tranqüilo da pesquisa para o alcance do objetivo do instrumento a ser aplicado, pois a linguagem técnica utilizada fazia parte do vocabulário da entrevistadora e entrevistadas. Este conhecimento foi solidificado através de palestras prévias, reforçando assim, a normatização das regras utilizadas na interpretação dos quesitos abordados.

Para a avaliação do item Escolaridade foram utilizados os seguintes parâmetros:

- Nível superior completo;
- Pós Graduação Completo.
- Pós Graduação Incompleto;



Fonte: autor

Ano: 1999

8.3.2 ENFERMEIRAS ATUANTES NA REDE DE SAÚDE PÚBLICA FPOLIS/ITAJAÍ

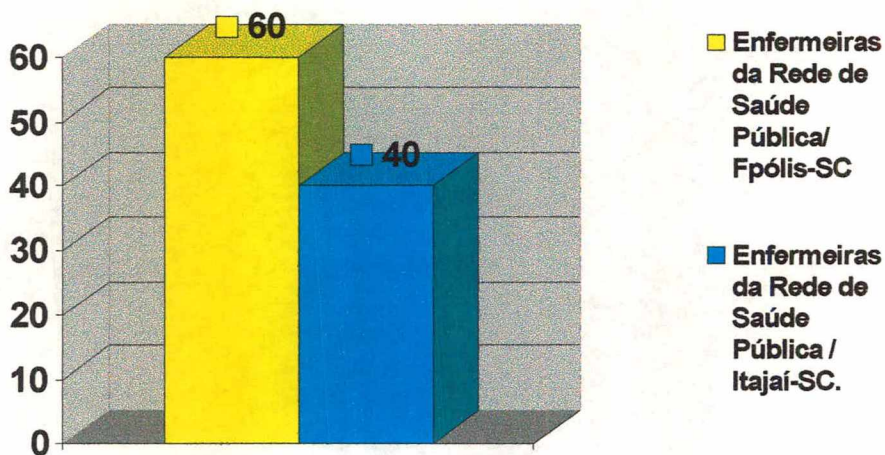
Para a avaliação do item Instituição foram utilizados os seguintes parâmetros:

- RSPF/I - Rede de Saúde Pública (Centros de Saúde) dos municípios de Florianópolis e Itajaí.

Os resultados dos dados obtidos com Enfermeiras da Rede de Saúde Pública desses municípios foram considerados na sua totalidade, indistintamente, devido ao fato de, em ambos os casos, subordinarem-se à mesma Política de Saúde ou Sistema Único de Saúde.

Os percentuais obtidos foram distribuídos conforme demonstrado abaixo:

**Gráfico II - Distribuição Percentual das Instituições
Pesquisadas - Rede de Saúde Pública**



Fonte: autor

Ano: 1999

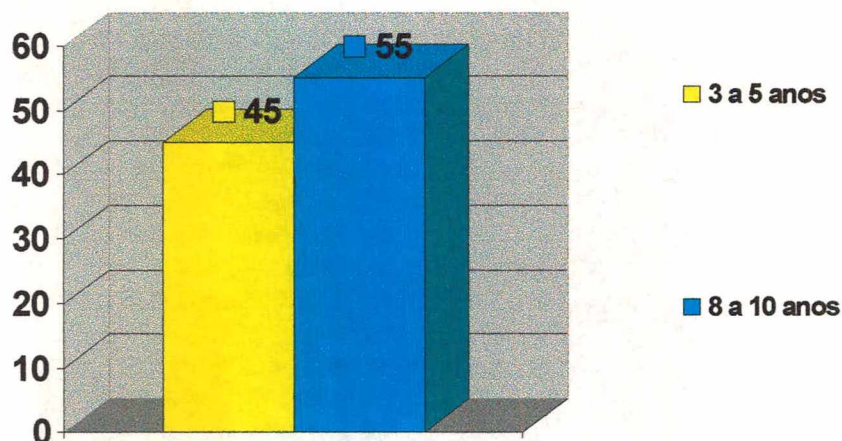
Na análise dos dados apresentados nos gráficos seguintes não foram considerados os itens abordados no questionário quanto ao perfil do funcionário que engloba as seguintes situações: 1-1 – Idade e 1.2 Estado civil.

É importante salientar que a distribuição percentual das situações abaixo apresentadas não referencia dados isolados (rede pública de Itajaí ou Florianópolis), e sim agrupa as duas redes de saúde pública numa única amostragem.

8.3.3 TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

No que concerne ao Tempo de Experiência Profissional (gráfico III), constatamos que na Rede de Saúde Pública, das 20 (vinte) entrevistadas 45% (quarenta e cinco por cento) e 55% (cinquenta e cinco por cento) trabalhavam respectivamente entre 3-5 anos e 8-10 anos, conforme gráfico:

Gráfico III - Tempo de Experiência Profissional - Rede de Saúde Pública



Fonte: autor

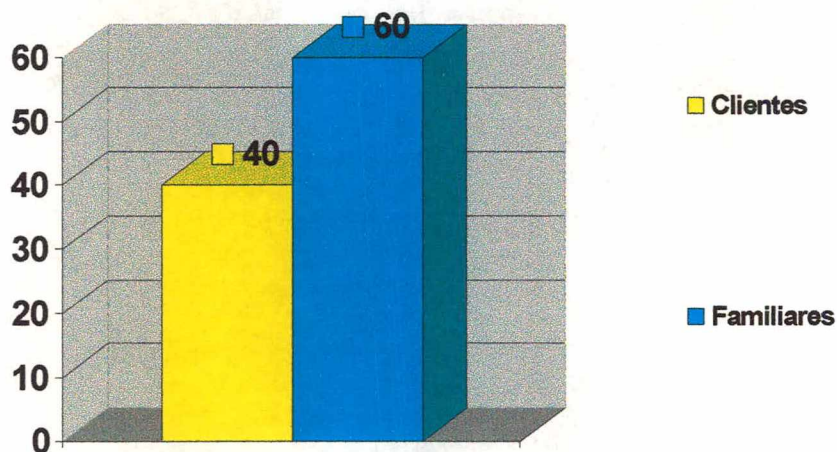
Ano: 1999

8.3.4 ENVOLVIMENTO EMOCIONAL E REFLEXOS PSICOSSOMÁTICOS

Num estágio mais avançado da pesquisa, procedeu-se à aplicação da EtapaII, quando foram enfocados Envolvimento Emocional e os Reflexos Psicossomáticos Individuais.

No conjunto, as entrevistadas mostraram um alto índice de envolvimento emocional (gráfico IV), com clientes, familiares e comunidade em Saúde Pública (RSP) proporcionalmente maior àquele obtido com pacientes hospitalizados e seus familiares (conforme abordagem anterior na Rede Hospitalar – Mendes/99)

Gráfico IV - Envolvimento emocional com clientes e familiares - Rede de Saúde Pública



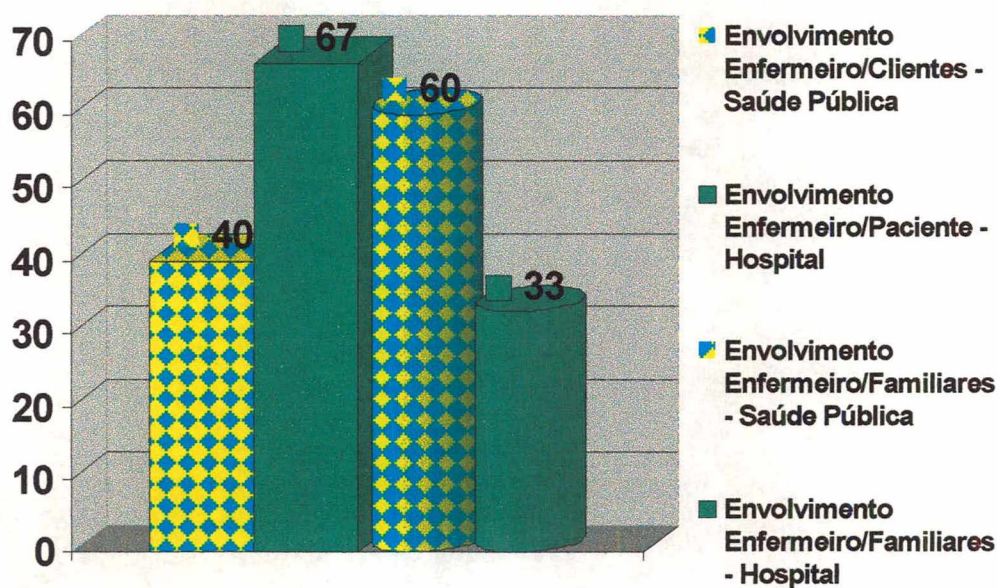
Fonte: autor

Ano: 1999

8.3.5 ENVOLVIMENTO EMOCIONAL COM CLIENTES E FAMILIARES / SAÚDE PÚBLICA

ENVOLVIMENTO EMOCIONAL COM PACIENTES HOSPITALIZADOS E FAMILIARES / REDE HOSPITALAR ESTADUAL

Gráfico V - Análise comparativa do envolvimento emocional na Rede de Saúde Pública de Fpólis/Itajaí e Rede Hospitalar Estadual de São Paulo.
Relação Enfermeiro / Cliente-Paciente-Familiares



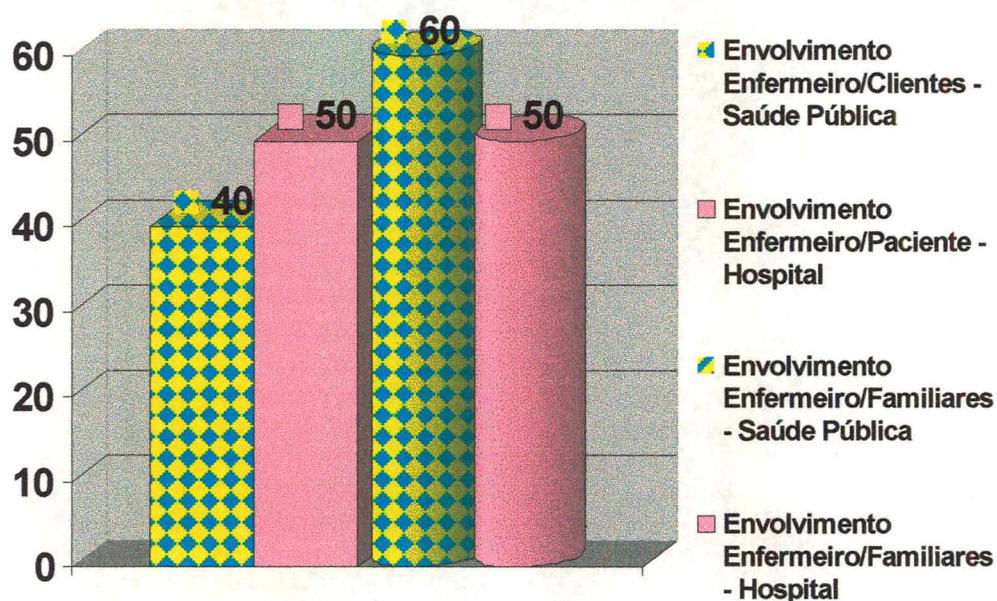
Fonte: Rede de Saúde Pública – autor e Rede Hospitalar – Mendes/99

■ Dados obtidos de pesquisa anterior com enfoque na Rede Hospitalar Estadual de São Paulo (Mendes/99).

8.3.6 ENVOLVIMENTO EMOCIONAL COM CLIENTES E FAMILIARES / SAÚDE PÚBLICA

ENVOLVIMENTO EMOCIONAL COM PACIENTES HOSPITALIZADOS E FAMILIARES / REDE HOSPITALAR FEDERAL

**Gráfico VI - Análise comparativa do envolvimento emocional na Rede de Saúde Pública de Fpólis/Itajaí e Rede Hospitalar Federal de São Paulo.
Relação Enfermeiro / Cliente-Paciente-Familiares**



Fonte: Rede de Saúde Pública – autor e Rede Hospitalar – Mendes/99

■ Dados obtidos de pesquisa anterior com enfoque na Rede Hospitalar Federal de São Paulo (Mendes/99).

Na análise comparativa dos dados obtidos com o envolvimento emocional dos Enfermeiros de Saúde Pública e os da Rede Hospitalar (Mendes/99), foi nítida a predominância entre os primeiros no que diz respeito aos familiares (gráfico VI).

A intensidade e a freqüência desses envoltimentos emocionais, sem um equilíbrio adequado, são somatizados através de patologias orgânicas envolvendo situações de estresse. Em intensidades e freqüências elevadas, o organismo torna-se incapaz de reequilibrar-se homeostaticamente e adoecerá (La Fontaine, 1995).

Na análise dos casos relatados, tendo em vista a observação do comportamento das entrevistadas, percebeu-se que as queixas referidas traziam à tona as considerações individuais que cada uma possuía em relação aos problemas sócio-econômicos que envolviam os clientes, pacientes e seus familiares. Podiam, legitimamente, extrair desses informes que o fundamento etiológico do distúrbio emocional ultrapassava aqueles das vidas pessoais atingidas. Aproximavam-se em demasia a uma síndrome intensa de estresse psicossocial atrelada às condições pessoais dos indivíduos atendidos por essas enfermeiras, bem como seus respectivos familiares. Esse processo contínuo projeta-se em um envolvimento gradativo em que “O homem procura romper o equilíbrio (estado de satisfação) assim que um objetivo anterior foi atingido. Ele até procura se envolver em caminhos cada vez mais difíceis” (Nuttin, 1953).

Constatamos uma exacerbação nas respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais na busca de uma maior e melhor adaptação e ajuste às pressões internas e externas decorrentes do processo produtivo de melhor atender às necessidades humanas do cliente/paciente atendido, sem contudo, atentar para os processos de aflições contidos no âmago do profissional.

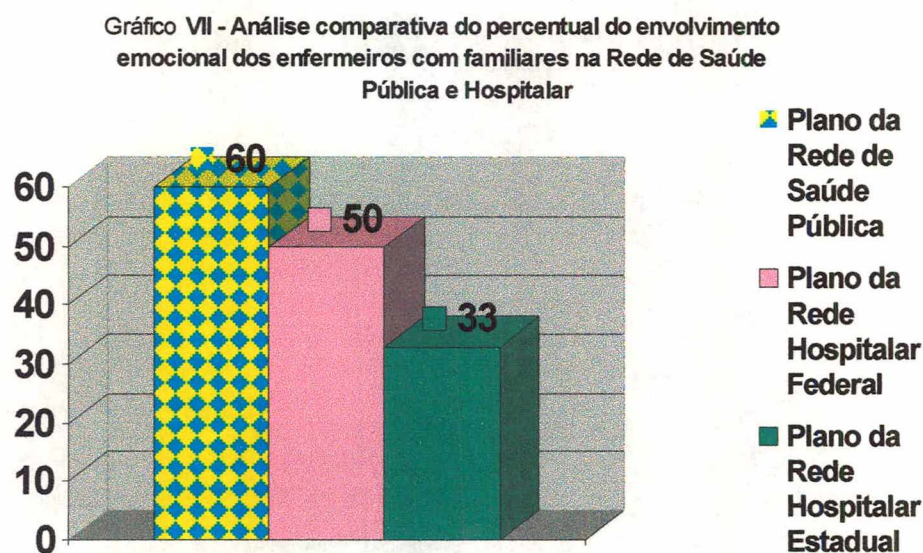
As entrevistadas da RSP comentavam a angústia causada pelos governantes processada através do descaso com as condições de sobrevivência das populações economicamente desfavorecidas. A presença marcante das diferenças sociais que se acentuam ainda de forma mais gritante na clientela atendida pela Enfermeiras de Saúde Pública é assustadora. Embora a visão socialista permita a conscientização de que este é um processo que já tenha iniciado desde a mais remota civilização, pois “a ausência de autonomia - ou pelo menos, a existência de uma autonomia muito limitada - sempre marcou a vida e a ação dos personagens centrais do processo histórico brasileiro: o senhor de terras, o escravo, o índio, o sertanejo, o fazendeiro-capitalista, o empresário urbano, o lavrador, as classes médias, o operário urbano e rural” (Álvaro de Vita - Sociologia da Sociedade Brasileira). Porém, quando a vivência desses fatos não é mais um processo histórico e sim situações presenciadas no dia-a-dia, ocorre o desencadeamento de um processo de angústia constante e incontrolável.

As enfermeiras que atuam em Saúde Pública trabalham constantemente com esta dicotomia: de um lado, a necessidade de promover o bem estar físico e mental dos que a procuram e, de outro, a presença marcante da miséria humana que inunda a vida desses seres, impedindo-os de qualquer acesso aos mais básicos direitos de Saúde e Saneamento, Educação, Habitação, Transportes e Segurança previstos por uma constituição inoperante.

No que diz respeito à abordagem das sintomatologias do estresse, é proposta deste trabalho a interação dos referenciais teóricos do Dr. Hans Selye e da Dra. M. Michal. Nessa avaliação, observou-se que o envolvimento das enfermeiras com os clientes / pacientes e seus familiares, assim como todo o processo de interação emotiva, apresentou várias manifestações às reações de estresse, também reforçadas na proposta de Levi (1983): depressão, ansiedade, alcoolismo, tabagismo, distúrbios orgânicos ou somatoformes. As psicossomatizações detectadas serão analisadas nos gráficos que se seguem:

8.3.7 ANÁLISE COMPARATIVA DO ENVOLVIMENTO EMOCIONAL

RELAÇÃO ENFERMEIRO/FAMILIARES NA REDE DE SAÚDE PÚBLICA E HOSPITALAR



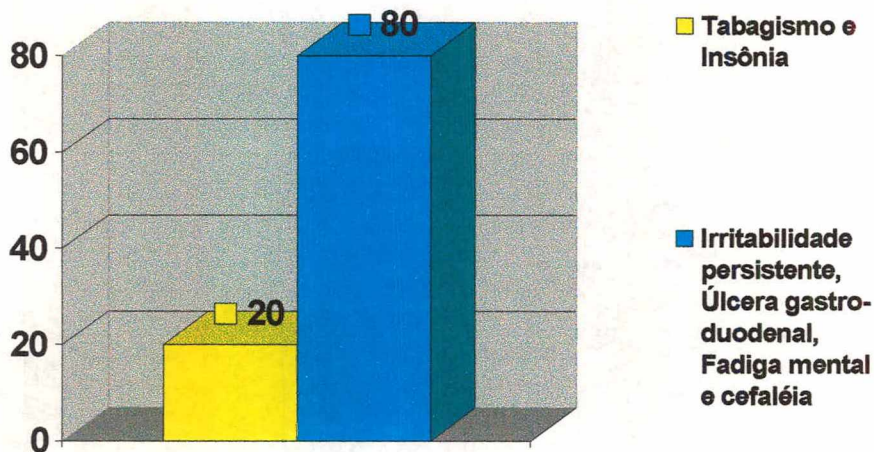
Fonte: Rede Hospitalar – Mendes/99

■ Dados obtidos de pesquisa anterior com enfoque na Rede Hospitalar Federal de São Paulo (Mendes/99).

■ Dados obtidos de pesquisa anterior com enfoque na Rede Hospitalar Estadual de São Paulo (Mendes/99).

8.3.8 ANÁLISE PERCENTUAL DA PSICOSSOMATIZAÇÃO DO ESTRESSE NA REDE DE SAÚDE PÚBLICA

Gráfico VIII-A - Distribuição percentual de apresentação das Psicossomatizações do Estresse - Rede de Saúde Pública

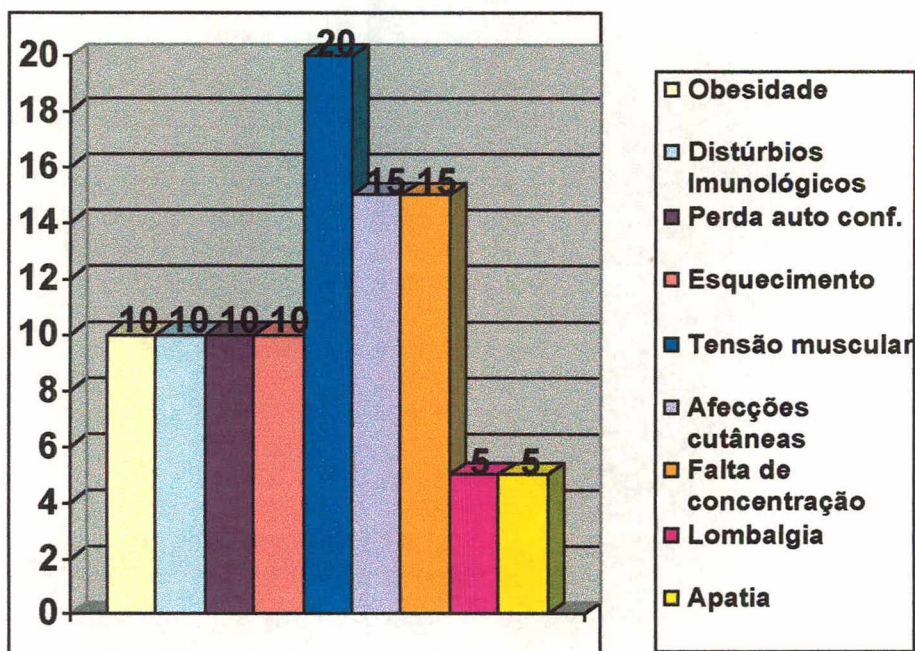


Fonte: autor

Ano: 1999

Na rede de saúde pública 20% das entrevistadas apresentaram tabagismo e insônia, e 80% das entrevistadas, apresentaram irritabilidade persistente, úlcera gastroduodenal, fadiga mental, e cefaléia caracterizando uma tríade, neste último, capaz de desencadear processo patológico caracterizado por estresse.

Gráfico VIII-B - Distribuição percentual de apresentação das Psicossomatizações do Estresse - Rede de Saúde Pública



Fonte: autor

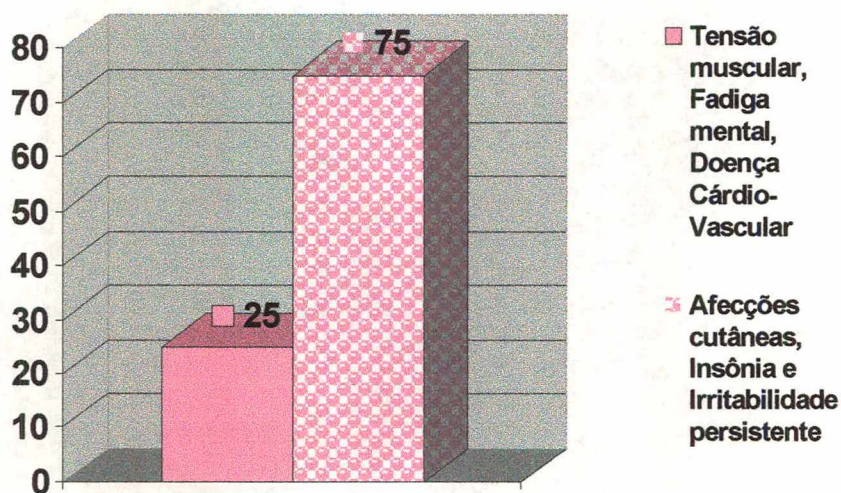
Ano: 1999

O gráfico VIII-B apresenta o resultado das sintomatologias isoladas, encontradas na avaliação da Etapa III do questionário aplicado. Estas não constituem patologias do estresse, pois, conforme referencial teórico, para caracterizar tal quadro, há necessidade do agrupamento de dois ou mais sintomas de psicossomatização.

As sintomatologias que constam na Etapa III (anexo I) e que não estão relacionadas no gráfico VIII-A ou VIII-B, devem-se ao fato de não terem sido mencionadas pelas entrevistadas.

8.3.8 ANÁLISE PERCENTUAL DA PSICOSSOMATIZAÇÃO DO ESTRESSE NA REDE HOSPITALAR FEDERAL

Gráfico IX - Distribuição Percentual de Apresentação das Psicossomatizações do Estresse - Rede Hospitalar Federal



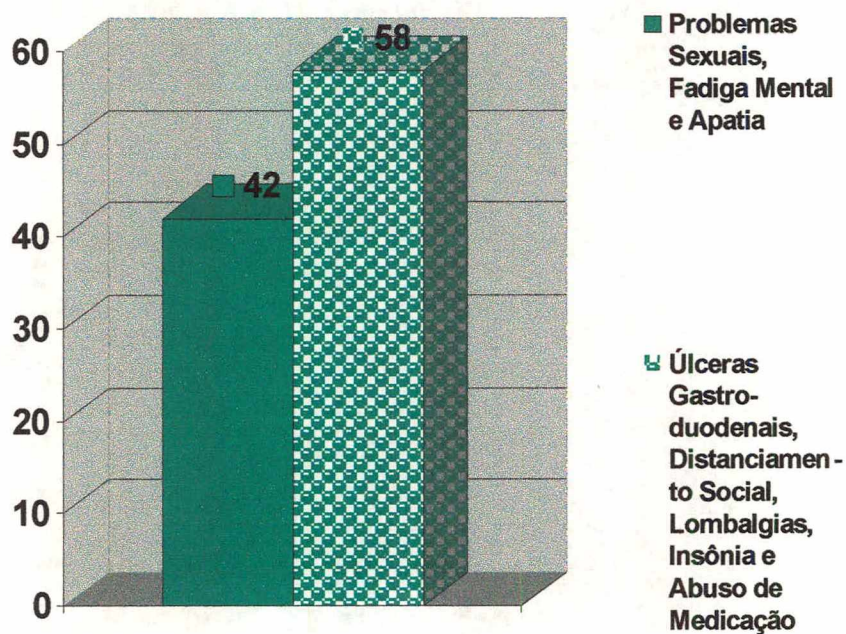
Fonte: Rede Hospitalar – Mendes/99

■ Dados obtidos de pesquisa anterior com enfoque na Rede Hospitalar Federal de São Paulo (Mendes/99).

Conforme pesquisa da rede Hospitalar Federal (Mendes/99), as entrevistadas apresentaram tensão muscular, fadiga mental, doença cardiovascular no percentual de 25%. Já, 75% das entrevistadas apresentaram afecções cutâneas, insônia e irritabilidade persistente.

8.3.9 - ANÁLISE PERCENTUAL DA PSICOSSOMATIZAÇÃO DO ESTRESSE NA REDE HOSPITALAR ESTADUAL

Gráfico X - Distribuição Percentual de Apresentação das Psicossomatizações do Estresse - Rede Hospitalar Estadual

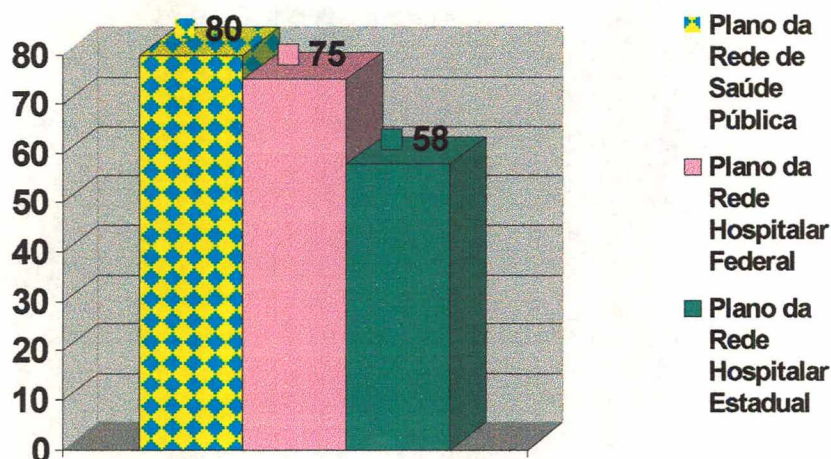


Fonte: Rede Hospitalar – Mendes/99

■ Dados obtidos de pesquisa anterior com enfoque na Rede Hospitalar Estadual de São Paulo (Mendes/99).

8.3.10 - ANÁLISE COMPARATIVA PERCENTUAL DAS PSICOSSOMATIZAÇÕES DO ESTRESSE NA REDE DE SAÚDE PÚBLICA / REDE HOSPITALAR FEDERAL E ESTADUAL

Gráfico XI - Análise comparativa do percentual das Psicossomatizações do Estresse. Amostragem do nível máximo encontrado em cada Rede.



Fonte: Rede de Saúde Pública – autor e Rede Hospitalar – Mendes/99

- Dados obtidos de pesquisa anterior com enfoque na Rede Hospitalar Federal de São Paulo (Mendes/99).
- Dados obtidos de pesquisa anterior com enfoque na Rede Hospitalar Estadual de São Paulo (Mendes/99).

Observamos que o estresse secundário à Carga Psíquica do Trabalho das enfermeiras da Rede de Saúde Pública apresentou um maior índice de psicossomatização 80% (oitenta por cento), provavelmente pelo seu intenso envolvimento com o processo sócio-econômico-familiar dos clientes atendidos. Tal situação é sustentada pela “Desigualdade Social” (Sociologia da Sociedade Brasileira - Álvaro de Vita).

Os dados obtidos nessa pesquisa permitem confrontar os resultados das psicossomatizações do estresse e avaliar que são sutilmente mais incidentes nas Enfermeiras de Saúde Pública do que as que atuam na Rede Hospitalar Federal e Estadual (Mendes/99). Essa situação provavelmente é reforçada pela colocação dessas profissionais que relataram que as ações de Assistência Primária à Saúde geram processos de resolução de problemas muito morosos, desgastantes e, não raramente, desanimadores, enquanto as condutas hospitalares prevêm resoluções imediatas ou a curto prazo, produzindo, no último caso, um grau de satisfação mais elevado.

Convém salientar que foram menos incidentes as demais patologias contempladas no universo dos distúrbios psicossomáticos oriundos do estresse (tanto na RSP quanto na RHE/F – Mendes/99). Porém para efeito de análise as patologias evidenciadas isoladamente no grupo de enfermeiras de Saúde Pública não foram alvo de estudos nesse trabalho, pois, conforme o estudo bibliográfico do Estresse, preconiza-se, como “processo patológico” a associação de 03 (três) ou mais sintomatologias decorrentes da somatização do Estresse.

CAPÍTULO IX

RECOMENDAÇÕES ERGONÔMICAS

Alicerçada no resultado dessa pesquisa, pode-se enunciar as recomendações ergonômicas para minimizar o estresse ou melhor adaptá-lo, enfatizando os seguintes tópicos:

- a) detectar os fatores que mais desencadeiam o estresse;
- b) reconhecer e trabalhar em grupo os fatores desencadeantes do estresse;
- c) traçar um perfil das questões de Envolvimento Emocional com indivíduo e comunidade que mais geram angústias;
- d) compartilhar com a Equipe Multiprofissional de Saúde as questões acima trocando experiências e idéias;
- e) trabalhar constantemente as interferências do “FATOR TEMPO”, tentando conscientizar-se de que em Saúde Pública os resultados são atingidos a longo prazo;
- f) as etapas parciais de cada objetivo precisam, em Saúde Pública, ter um significado especial, concreto e que *gradativamente* irão construir um resultado satisfatório;
- g) programar pausas no local de trabalho para troca de idéias e experiências vivenciadas (Equipe Multiprofissional de Saúde);
- h) interagir com a comunidade trabalhada no sentido de unir as várias famílias atendidas com problemas semelhantes para a busca de soluções coletivas e não direcionamento individual dos problemas Sócio - Econômico - Comunitários;
- i) realizar exercícios físicos orientados diariamente;
- j) procurar manter uma dieta equilibrada;

CAPÍTULO X

CONCLUSÃO

Após muita reflexão, optamos por dicotomizar a temática-“Psicossomatizações do Estresse”, utilizando o referencial teórico (estudo bibliográfico do estresse), e o instrumento de avaliação de reações ao estresse (instrumento baseado no referencial teórico da Dr.^a M. Michal pesquisadora pioneira no campo do controle do estresse na Suíça) visando comparar resultados obtidos com trabalhadores da categoria profissional enfermeiro em segmentos institucionais distintos (Rede de Saúde Pública e Rede Hospitalar).

Patologias psicossomáticas se fizeram presentes na totalidade das entrevistadas em índices mais elevados naquelas que buscam prestar assistência primária de saúde, pois apesar de o brasileiro não estar consciente e convicto das medidas de prevenção às doenças, garantindo a procura aos centros de saúde aquém das perspectivas do Ministério da Saúde, a carência de recursos humanos e materiais é nítida e crescente, face à situação político-econômica atual, gerando constrangimentos, angústias, ansiedades e estresse nos profissionais de saúde dessa área.

Observamos que as “angústias” apresentadas pelas enfermeiras que atuam em Saúde Pública (Centros de Saúde) e que constituíram 80% (oitenta por cento) das psicossomatizações, estavam diretamente relacionadas às questões que envolvem o Direito à Saúde (Constituição Federal de 1988 / artigo 196).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), abordou a saúde como “conjunto das condições de alimentação, habitação, saneamento, meio-ambiente, educação, trabalho, renda, emprego, lazer e transporte, bem como acesso aos serviços de saúde”.

Os profissionais de Saúde Pública apresentam consciência de que a saúde não é um conceito abstrato, porém, angustiam-se também com a necessidade concreta de que a luta deve proceder em uma conquista, mesmo que suas raízes estejam determinadas pelo contexto histórico.

Outra “angústia” desses profissionais se procede quanto ao desconhecimento da população carente no que concerne ao *Direito à Saúde*. “Direito” este que deveria ser garantido pelo Estado, através de condições mais dignas de vida, de acesso universal e igualitário aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde conseqüente e integrada às demais políticas sociais assumidas pelo Estado.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), tenta assegurar o *Direito*, porém as conquistas daqueles que buscam a saúde é árdua; as limitações e obstáculos decorrem da natureza estrutural, alicerçada por uma sociedade estratificada e hierarquizada, em que as desigualdades regionais e sociais refletem o perfil da sociedade brasileira.

A evolução histórica desta sociedade desigual, culminando no regime militar, ocorreu quase sempre na presença de um estado autoritário que desenvolveu uma política social mais voltada para o controle das classes subalternas, impedindo o estabelecimento de canais eficazes para as demandas sociais e a correção das distorções geradas pelo modelo econômico.

Na área da saúde, verifica-se um acúmulo histórico de vicissitudes que deram origem a um sistema em que predominam interesses de empresários de atenção médico-hospitalar. O modelo de organização do *Setor Público* é anárquico e pouco eficaz, gerando descrédito junto à população.

As “angústias” desses profissionais de saúde também refletem o cansaço pela busca incessante da modificação da Política de Saúde Pública, em que os interesses são direcionados à Política de Saúde do País, não coincidentes com as necessidades reais dos usuários dos serviços, acentuadamente influenciadas pela ação de grupos dedicados à mercantilização da saúde.

Um outro fator que contribui acentuadamente para a precária Organização Política de Saúde Pública é a escassa participação popular da sociedade civil no processo de formulação e controle das políticas e serviços de saúde.

As “angústias” relatadas pelas enfermeiras de saúde pública prosseguem e culminam nas colocações com relação à falta de transparência na aplicação de Recursos Públicos, contribuindo para o seu uso dispersivo, sem atender às reais prioridades nacionais.

No enfoque das questões sociais da saúde, a busca de um compromisso mais amplo é necessária e urgente, pois a Saúde merece uma caracterização como um *Bem Coletivo* de significativa preocupação das políticas sociais.

Sabemos das diferenças existentes entre as características individuais e as mais variadas formas de comportamento e compreensão no trabalho.

O trabalho foi criado pelo “homem” e hoje o domina. “Embora tenha criado *maneiras* novas e melhores para dominar a natureza, tornou-se parte dessa teia, perdendo de vista o fim que lhe dá significado - *o próprio homem*. Embora tenha-se tornado senhor da natureza, converteu-se em escravo da máquina construída por suas próprias mãos” (Fromm, 1986), não conseguindo mais buscar a realização em si mesmo, trabalha, trabalha, trabalha.... até conseguir, quem sabe, tornar-se completo.

A hipótese dessa dissertação foi comprovada, pois, em Saúde Pública, a carga psíquica do trabalho do enfermeiro é determinada pelo envolvimento emocional com o indivíduo, família e a comunidade.

Mais estudos são necessários para que se possa melhor descrever o nível de psicossomatização da carga psíquica do Enfermeiro de Saúde Pública, através de pesquisas científicas em diversas regiões do país, considerando também as diferenças de costumes, valores e ideologias.

ANEXO I

Questionário aplicado na pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PÓS - GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
MESTRADO NA ÁREA DE ERGONOMIA

“A INTERAÇÃO DA ENFERMEIRA DE SAÚDE PÚBLICA COM OS FATORES SÓCIO-ECONÔMICOS COMUNITÁRIOS E AS PSICOSSOMATIZAÇÕES DO ESTRESSE RESULTANTE DO ENVOLVIMENTO EMOCIONAL NO TRABALHO. ESTUDO COMPARATIVO ENTRE REDE DE SAÚDE PÚBLICA E REDE HOSPITALAR”

ETAPA I

1- Perfil do Funcionário

1-1- Idade - anos

1-2- Estado civil

Solteiro

Casado

Viúvo

Divorciado / Separado: Quanto tempoanos

Outros

1-3- Escolaridade

III° grau completo

Especialização

Pós - graduação incompleta

Pós - graduação completa

1-4- Em qual instituição você trabalha?

Rede Municipal (Saúde Pública)

Rede Estadual (Hospitalar)

Rede Federal (Hospitalar)

2- Você e seu trabalho: Você trabalha como enfermeiro há quanto tempo:

1 ano

2 anos

3-5 anos

5-8 anos

8-10 anos

mais de 10 anos

ETAPA II

2-1- Qual sua opinião sobre o envolvimento emocional entre o paciente hospitalizado e o enfermeiro?

- intenso
- pouco intenso
- às vezes ocorre
- nunca ocorre

2-2- Qual sua opinião sobre o nível de envolvimento emocional entre o cliente atendido no C. S. (Centro de Saúde) e o enfermeiro?

- intenso
- pouco intenso
- às vezes ocorre
- nunca ocorre

2-3- Qual sua opinião sobre o nível de envolvimento emocional entre os familiares do paciente hospitalizado e o enfermeiro?

- intenso
- pouco intenso
- às vezes ocorre
- nunca ocorre

2-4- Qual sua opinião sobre o envolvimento emocional entre os familiares do cliente atendido na Rede Pública (C. S.) e o enfermeiro?

- intenso
- pouco intenso
- às vezes ocorre
- nunca ocorre

ETAPA III

3- O enfermeiro e as patologias ocasionadas pelo estresse:

3-1- Sintomas Cardiovasculares:

- sim Quanto tempo
- não

3-2- Obesidade:

- sim Quanto tempo
- não

3-3- Diabetes:

- sim Quanto tempo
- não

3-4- Afecções cutâneas:

- sim Quanto tempo
- não

3-5- Úlceras gastro-duodenais:

- sim Quanto tempo
- não

3-6- Distúrbios imunológicos:

- sim Quanto tempo
- não

3-7- Etilismo:

- sim Quanto tempo
- não

3-8- Tabagismo:

- sim Quanto tempo
- não

3-9- Distúrbios mentais:

3-9-1- Patologias psicóticas:

- sim Quanto tempo
- não

3-9-2- Patologias neuróticas:

- sim Quanto tempo
- não

3-9-3- Depressão:

- sim Quanto tempo
- não

3-10- Insônia:

- sim Quanto tempo
- não

3-11- Automedicação:

- sim Quanto tempo
- não

3-12- Lombalgias:

- sim Quanto tempo
- não

3-13- Cefaléias:

sim Quanto tempo

não

3-14- Problemas sexuais:

3-14-1- Frigidez

sim Quanto tempo

não

3-14-2- Perda da autoconfiança:

sim Quanto tempo

não

3-15- Fadiga mental:

sim Quanto tempo

não

3-16- Tensão muscular:

sim Quanto tempo

não

3-17- Irritabilidade persistente:

sim Quanto tempo

não

3-18- Apatia:

sim Quanto tempo

não

3-19- Falta de concentração:

sim Quanto tempo

não

3-20- Pesadelos:

sim Quanto tempo

não

3-21- Esquecimentos:

sim Quanto tempo

não

3-22- Fadiga matinal persistente:

sim Quanto tempo

não

3-23- Distanciamento social:

sim Quanto tempo

não

3-24- Aumento da agressividade:

sim Quanto tempo

não

3-25- Aumento do consumo de chá:

sim Quanto tempo

não

3-26- Aumento do consumo de café:

sim Quanto tempo

não

3-27- Falta de apetite:

sim Quanto tempo

não

Obrigada pela atenção e colaboração!

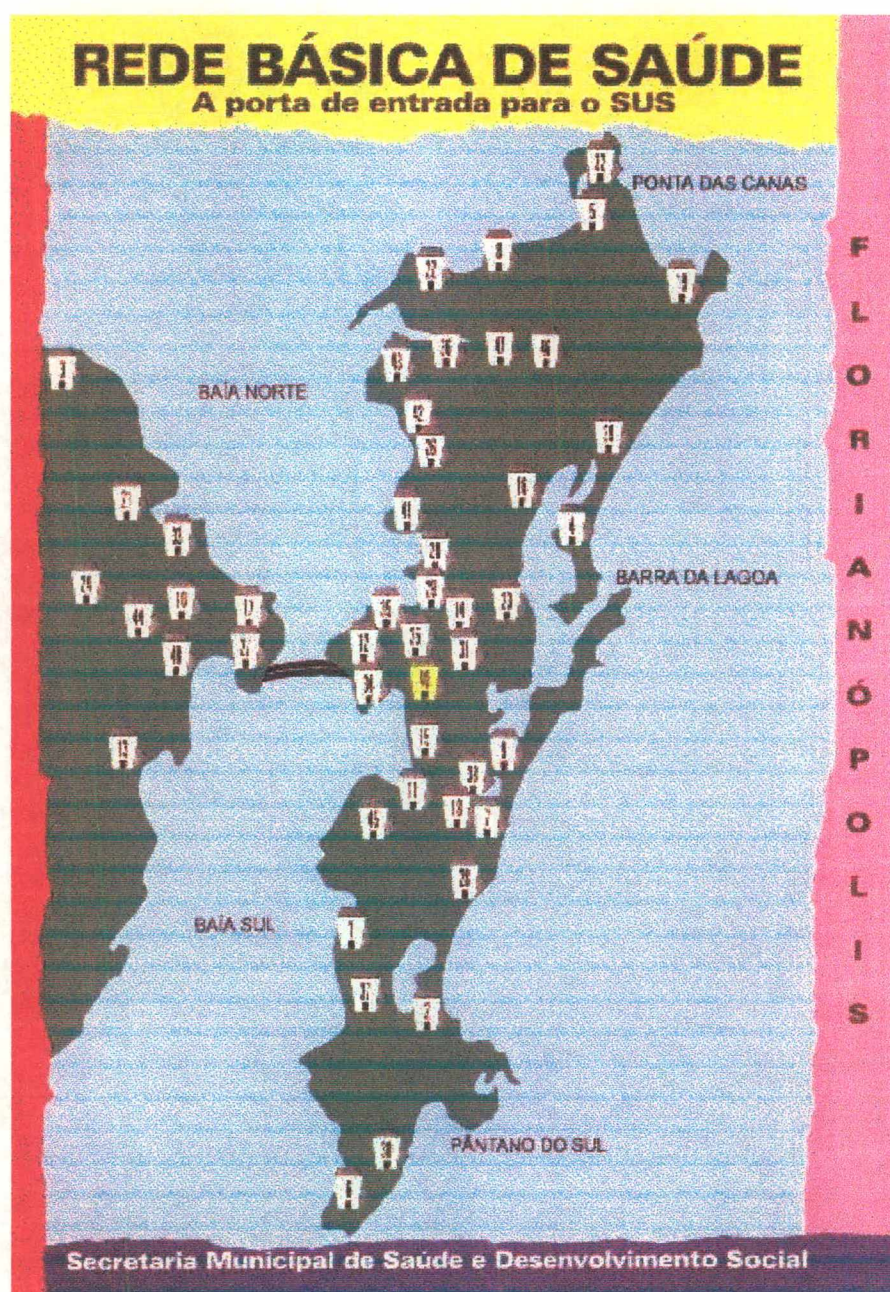
Data:

Entrevistador:

Assinatura:

ANEXO II

REDE BÁSICA DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS



BIBLIOGRAFIAS

BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – **Saúde como Direito** – Departamento de Congressos – **FVCF**, 1986 – Relatório Final.

ABRAHÃO, J. **Ergonomia: Modelo, método e técnicas**. Florianópolis, Abergó, 1993.

ADAMS, R.D., Victor, M. **Manual de Princípios de neurologia**. 4ª ed. México: Nueva Editorial Interamericana S.A., 1994. 490 pg.

AKISKAL, H.S., McKinney W.T. **Overview of depression: integration of ten conceptual models into a comprehensive clinical frame**. Arch. Gen. Psychiatry, Chicago, v.32, p. 285-305, 1975.

ALMEIDA Filho, N., Santana, V.S., Pinho, A.R. **Estudo Epidemiológico dos Transtornos Mentais em uma População de Idosos – Área Urbana de Salvador – Bahia**. J. Bras. Psiqu., Rio de Janeiro, v. 32, n.2, p. 14-24, 1986.

ANISMAN, H., Decatanzaro, D., Remington, G. **Escape performance following exposure to inescapable shock: deficits in motor response initiation**. J. Exp. Psychol. [Anim. Behav.], London, v. 4, p. 197-218, 1979.

ANISMAN, H., Zacharko, R.M. **Depression: the predisposing influence of stress**. Behavioral Brain Sciences, Cambridge University Press, Cambridge, v.5, p. 89-138, 1982.

ARANHA, M. L. A. e MARTINS, M. H. P. **Filosofando: introdução à filosofia**. São Paulo: Moderna, 1986.

ARONSON, E., **The Social Animal**, São Paulo: Ibrasa, 1986.

ASNIS, G.M., NATHAN, R.S., HALBREICH, U., HALPERN, F.S., SACHAR, E.J. **TRH tests in depression**. The lancet, London, v.1., n. 8165, p. 478-480, 1976.

BACHELARD, G. **Epistemeologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1983, 196 p.

BARROS, Olavo B. **Ergonomia: a eficiência ou rendimento e a filosofia correta de trabalho em odontologia**. São Paulo: Pascast, 1991.

- BARRY, S., DINAN, T.G. **Neuroendocrine challenge tests in depression: a study of growth hormone, TRH and cortisol release.** J. Affective Disord, Amsterdam, v.8, p.229-234, 1990.
- BASTOS, A. V. B. et al. Significado do trabalho: um estudo entre trabalhadores inseridos em organizações formais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 6, p. 20-29, nov./dez., 1995.
- BENITO, Gladys . A ergonomia cognitiva: um referencial de análise na arte do cuidar em enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enf.** Florianópolis, v.5, n.1, p.111-129, jan/jun. 1996.
- BERGARMINI, Cecilia Whitaker. **Psicologia Aplicada à Administração de Empresas.** 3ª ed. São Paulo: editora Atlas, 1982.
- BERNARD, C. **Introduction a l'étude de la medecine experimentale.** Paris: Flammarion, 1945.
- BIRCH, P.J., ANDERSON, S.M.P., FILLENZ, M. **Mild chronic stress leads to desensitization of presynaptic autoreceptors and a long-lasting increase in noradrenaline synthesis in rat cortical synaptosomes.** Neurochemistry International, Oxford, v. 9, p. 239-336, 1986.
- BLACK, PH. **Central Nervous Immune Interactions. Psychoendocrinology of stress and its immune consequences.** Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Washington DC, v.38, p.1-6, 1994.
- BURKE, R.J., **Issues and implications for Healthcare Delivery Systems: A Canadian Perspective,** In: QUICK, J. C. et al (eds), **Work Stress: Health Care Systems in the Workplace,** New York: Praeger, 1987.
- CANNON, W.B. **The emergency function of the adrenal medulla in pain and major emotions.** Am. J. of Physiol., Bethesda, v.33, p. 356-362, 1914.
- CARTER, K. Codell. **A Contemporary introduction to logic,** Beverly Hills: Gleoncoe Press, 1977.
- CHAPANIS, A., GARNER, W. R., MORGAN, C. T., **Applied Experimental Psychology,** New York: Wiley, 1949.
- CHEN,C.J., SIKES, C.R., DZIEWANOWSKA, Z.E., STOKES, P.E. **The influence of blood chemistry on T4 and FT41 in major depression.** J. Affective Disord, Amsterdam, v.20, p. 159-163, 1990.
- CHERNISS, C. **Staff Burnout: Job Stress in the Human Services,** Beverli Hills, CA: Sage, 1980.
- CORNELL. D.G., MILDEN, R.S., SHIMP, S. **Stressfull life events associated with endogenous depression.** J. Nervous Mental Disord, v.173, p. 470-476, 1985.
- COTRIM, G. **Fundamentos da filosofia: ser, saber e fazer.** São Paulo: Saraiva, 1993.

- CROZIER, M., FRIEDBERG, E., **L'acteur et le système**, Paris: Seuil, 1977.
- CURIE, J., HAJJAR, V., **Vie de travail, vie hors travail. La vie en temps partagé**. In: Levy-leboyer, C. et Sperandio, J. C. (eds) *Traité psychologie du travail*, Paris: PUF, 1987.
- DALLMAN, M.F., AKANA, S.F., CASCIO, C.S., DARLINGTON, D.N., JACOBSON, L., LEWIN, N. **Regulation of ACTH secretion: variations on a theme of B**. In: CLARK J.H. (ed.). **Recent progress in Hormone Research**. Orlando: Academic Press, 1987. V.43, p.113-173.
- DAVIS, J.M., KOSLOW, S.H., GIBBONS, R.D. et al. **Cerebrospinal fluid and urinary biogenic amines in depressed patients and healthy controls**. *Arch. Gen. Psychiatry*, Chicago, v.45, p.705-717, 1988.
- DAVIS, R.C., BUCHWALD, A.M., FRANKMAN, R.W. **Autonomic and muscular responses and their relation to simple stimuli**. *Psychol. Monographs*, v.69, n.405, 1955.
- DEAN. M. **Work stress can cause political strain**. *The Lancet*, London, v.346, n.8981, oct, 1995.
- DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5ª ed. Ampliada, São Paulo: Cortez – Oboré, 1992
- DELEUZE, G., GUATTARI, F. **O Anti-Édipo**, Rio de Janeiro: Imago, 1976. 510p.
- DÜRKHEIM, E. **Regras do Método Sociológico**. 6ed, São Paulo: Editora Nacional, 1982.
- DUVAL, F., MACHER, J.P., MOKRANI, M.C. **Difference between evening and morning thyrotropin responses to protirelin in major depressive episode**. *Arch. Gen. Psychiatry*, Chicago, p.47, p.443-448, 1990.
- EXTEIN, I., POTTASH, A.L.C., GOLD, M.S. **TRH test in depression**. *New England Journal Med.*, Massachusetts, v.302, p.923-924, 1980.
- FIALHO, Francisco; SANTOS, Neri dos. **Manual de análise ergonômica do trabalho**. Curitiba: Genesis, 1995.
- FIEDLER, F. E. **A Theory of Leadership Effectiveness**, New York: McGraw-Hill, 1967.
- FOCAULT, M. **História da Sexualidade I, A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1977.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**, Petrópolis, Vozes, 1987.
- FREUD, S. **Coferências Introdutórias sobre Psicanálise; Teoria Geral das Neuroses-I**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. V. 22, 153p.

- FROMM, E. **La patología de la normalidad**. Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós, 1994.
- GANONG, W. F. **Fisiologia Médica**. São Paulo: Atheneu, 1977.
- GERDES, T., YATES, W.R., CLANCY, G. **Increasing Identification and Referral of Panic of Disorder Over the Past Decade**. Psychosomatics, Washington DC, v. 36, n. 5, oct. 1995.
- GLAVIN, G. **Stress and brain noradrenaline: a review**. Neurosci. Biobehav. Ver., New York, v.9, p.233-243, 1985.
- GOLD, M. S., POTTASH, A.L.C., RYAN, N., SNEENEY, D.R., DAVIS, R.K., MARTIN, D. M. **THR induced TSH response in unipolar and secondary depressions: possible utility in clinical assessment and differential diagnosis**. Psychoneuroendocrinology, Oxford, v. 5, p. 147-155, 1980.
- GOLD, P. W., GOODWIN, F.K. CHROUSOS, G.P. **Clinical and biochemical manifestations of depression. Relation to the neurobiology of stress**. N. Engl. J. Med., Massachusetts, v. 319, p. 348-353, 413-420, 1988.
- GUYTON, A.C. **Tratado de Filosofia Médica**. 5 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1977.
- HORTA, Wanda de Aguiar, **Processo de Enfermagem**. – São Paulo: E. P. U. 1979.
- ILDA, I. **Ergonomia: Projeto e Produção**. São Paulo: Edgar Blücher, 1990.
- JANSEN, G. **Effects of noise on the vegetative nervous system of man**. Ger. Med. Month, v.61, p.12-13, 1961.
- KANT, Immanuel, **Ceuvres philosophiques** – França : Gallimard, 1980.
- KANT, Immanuel, **Crítica da razão pura e outros textos filosóficos**. São Paulo: Abril Cultural, 1974.
- KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. **Compêndio de Psiquiatria**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 750 p.
- KHUN, T. **The structure of Scientific Revolutions**. 2 ed. Chicago: University of Chicago, 1997.
- KIRKEGAARD C., SMITH, E. **Continuation therapy on endogenous depression controlled by changes in the TRH simulation test**. Psychological Medicine, London, v.8, p.501-502, 1978.
- KOSLOW, S.H., MAAS, J.W., BOWDEN, C.L., DAVIS, J.M., HANIN, I., JAVAID, J. **Cerebrospinal fluid and urinary biogenic amines and metabolites in depression, mania, and healthy controls. A univariate analysis**. Arch. Gen. Psychiatry, Chicago, v.40, p. 999-1010, 1983.

- LAFONTAINE, A. **L'épidémiologie du "stress" et les problèmes qu'il pose sur le plan médical et social. Le cas particulier des réactions psychiques aiguës à un psychotraumatisme.** Bull. Acad. Natle. Méd., Bruxelles, v.179, n.3, p.449-462, 1995.
- LEAVELL, HUGH e CLARK, E. GURNEY, **Medicina Preventiva**, Editora MacGraw-Hill do Brasil Ltda, 1978.
- LEHTINEN, V. JOUKAMAA, M., **Epidemiology of depression.** Acta Psychiatrica Scandinavica. Copenhagen, v.89, n.377, 1994.
- LEPLAT, J., BISSERET, A., **Analyse des processus de traitement de l'information chez le contrôleur de la navigation aérienne**, Bulletin du CERP, 15(1,2), 51-67, 1965.
- LEVI, L. **Stress.** In: ENCYCLOPAEDIA of occupational health and safety. 3 ed. Geneva: International Labour Office, 1983. v.2, p.2106-11.
- LEWIN, K., **Teoria de campo em Ciência Social** – São Paulo: Pioneira, 1965.
- LEWINSOHN, Richard, **Tristes e Carteis: suas origens influências na economia mundial** – Rio de Janeiro: Globo, 1945.
- LOOSEN, P.T., PRANGE, A.J. **Serum thyrotrophin response to tryotropin-releasing hormone in psychiatric patients: a review.** Am J Psychiatry, Washington, v.139, p.405-426, 1982
- MACHADO, A. B. M. **Neuroanatomia Funcional** . Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1983.
- MALUF, U. M. M. **Uma Concepção Evolucionista da Ergonomia.** Fundacentro: Atualidades em Prevenção de Acidentes, São Paulo, v. 17, no. 194, p. 12-13, 1986
- MARCUSE, Herbert. **A Ideologia da Sociedade Industrial.** 6ª edição. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
- MARQUES, M.B. **Ciência, Tecnologia, Saúde e Desenvolvimento Sustentado.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1991, pag. 52.
- MARX, K. **Manuscritos: Economia y Filosofia.** 11 ed. Madrid: Alianza Editorial, 1985, 250p.
- MAYO, DANA W., **Microscale Organic Laboratory: with multistep and multiscale syntheses.** 3ª ed. – New York: John Wiley, 1994.
- MEDINA, M.C.G. **A aposentadoria por invalidez no Brasil.** Dissertação de Mestrado, Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, São Paulo, 1986.

- MENDES, Ana M. F. N. **As psicossomatizações do envolvimento emocional no trabalho de um grupo de enfermeiras resultantes da má adaptação ao estresse.** Estudo de caso na Rede Hospitalar – Dissertação de Mestrado, Engenharia de Produção/ Ergonomia, 1999.
- MEYERSON, L. **Le Travail : une conduite,** *Jornal de Psychologie normale et pathologique*, 1955.
- MINO, Y. **Depressive disorders in Japanese Primary Care Patients.** *Family Practice.* Oxford University Press, Oxford, 1994.
- MONTMOLLIN, Maurice de. **A ergonomia.** Tradução: Joaquim Nogueira Gil. Instituto Piaget, 1990.
- MORENO, Augusto, **Lições de linguagem,** Porto: Educação Nacional, 1937.
- MUNCK, A., GUYRE, P.M., HOLBROOK, N.J. **Physiological function of glucocorticoids in stress and their relation to pharmacological action.** *Endocrine Review*, Baltimore, v. 5, p. 25-44, 1984.
- NIETZSCHE, F. **La genealogia de la moral.** Madrid: Alianza Editorial, 1974. 203p.
- NUTTIN, J., **Psicanálise e Personalidade,** 3ª ed. – Rio de Janeiro: Agir, 1961.
- OXFORD. Universidad. **El Legado de Egipto** – Madrid: Pegaso, 1950.
- PARAGUAY, A. I. B. B. **Ergonomia: Carga de Trabalho, fadiga mental.** *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v.15, no. 59, p. 39-43, 1987.
- PARAGUAY, Ana Izabel Bruzzi B. **Estresse, conteúdo e organização do trabalho: contribuições da ergonomia para melhoria das condições de trabalho.** *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.* abr./maio/ jun. de 1990, nº70.
- PATRÍCIO, Z.M. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural.** Florianópolis, UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem.
- PINES, H., **The Chemistry of catalytic, hydrocarbon conversions,** New York: Academic Press, 1981.
- POPPER, K. **Conhecimento Objetivo.** São Paulo: Editora Itatiaia Ltda, 1975. 394p.
- POTIER, M., ESTRYN – BEHAR, M. **L'Ergonomie en Milieu Hospitalier.** Actes du Xve Congrès de la Societé D'Ergonomie de Langur Francaise. Paris, 1979.

- PREVILLÉ, M. **The Structure of psychological distress.** Psychological Reports, Missoula, v. 77, p. 275-293, 1995.
- RAJATANAVIN, R., TONG, R.A., BRAVERMAN, L.F. **Effect of chloride on serum thyroxine binding in familiar dysalbumemic hyperthyroxinemia.** J. Clin Endocrinol Metab, v.58, p.388-391, 1984.
- RASMUSSEN, J. **The human as a systems component.** In: SMITH, H.T., GREEN, T.R.G. (ed) **Human Interaction with Computers.** London: Academic Press, 1980.
- REUL, J.M.H.M., VAN DEN BOSCH, F.R., KLOET, E.R. de. **Differential response do tipe-I and type-II corticosteroid receptors to changes in plasma steroid levels and circadian rhythmicity.** Neuroendocrinology, v. 45, p.407-412, 1987.
- RICHARD, J.F. **Les activités mentales: comprendre, raisonner, trouver des solutions.** Paris: Armand Colin, 1990.
- ROMANOVSKY, A.J. **The epidemiology of psychiatrist-ascertained depression and DSM-III depressive disorders.** Psychological Medicine, London, v.22, p.629-655, 1992.
- ROSELLINI, R.A. DECOLA J.P., SHAPIRO, N.R. **Cross-motivational effects of inescapable shock are associative in nature.** J. Exp Psychol [Anim Behav], London, v. 8, p. 376-388, 1982.
- ROSENMAN, M. **Personality Factors in pathogenesis of coronary heart disease.** J.S.C. Med. Assoc., v. 72, p.38-44, 1976.
- ROUSSEAU, Jean – Jacques. **Discurso às ciências e às artes e sobre a origem da desigualdade** – Rio de Janeiro: Athena, 1962.
- ROUSSEAU, Jean - Jacques. **Discurso sobre las ciências y las artes** – Buenos Aires: Aguilar, 1962.
- ROUSSEAU, Jean – Jacques. **Les confessions** – Paris : Generale française, 1972.
- ROUSSEAU, Jean – Jacques. **O contrato social** – São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- SANDRONI, Paulo, **O que é mais-valia**, 7. ed. 1986.
- SARTORELLI, E. **Tratado di medicina del Lavoro.** Padova: Piccin Editore, 1981.
- SELYE, H. **Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions.** Canad. Med. Assoc. J., Toronto, 115, 53, 1976.
- SILVA FILHO, José Luiz Fonseca da. **Gestão participativa e produtividade: uma abordagem da ergonomia.** Florianópolis, Santa Catarina, 1995. Tese (Doutorado em Engenharia) – Universidade Federal de Santa Catarina.

- SIMON, G.E., VONKORFF, M. **Reevaluation of Secular Trends in Depression Rates.** American Journal of Epidemiology, Ottawa, v.135, n.12, oct. 1992.
- SKINNER, B. F. **O mito da Liberdade** – 2ª ed. – Rio de Janeiro: Block, 1973.
- SLUCHAK, T. J. **Ergonomics: Origins, focus and implementation considerations.** AAOHNJ, v. 40, no. 3, p. 105-112, 1992.
- SPERANDIO, J. C. **La Psychologie en ergonomie,** Paris: PUF, 1980.
- STEPHENS, S.D.G. **Hearing and personality: a review.** Journal of Sound and Vibration, v.20, p.287, 1972.
- SWANN, A.C., SECUNDA, S.K., STOKES, P.E., CROUGHAN, J., DAVIS, J.M., KOSLOW.S.H., MAAS, J.W. **Stress, depression, and mania: relationship between perceived role of stressful events and clinical and biochemical characteristics.** Acta Psychiatr. Scand., Copenhagen, v.81, p.389-397. 1990.
- TARGUN, S.D., GREENBERG R., HARMON R. **Adjunctive thyreoid hormone in refractory depression.** American Psychiatric Association Annual Meeting. New Research Abstract, New York, v.38, 1983.
- TAYLOR, F.W., **Princípios de Administração Científica.** 7. ed. São Paulo, Atlas, 1953.
- UTIGER, R.D. **Thyrotropin: assay and secretory physiology in man.** In: BAVERMAN. L.E., INGBAR, S.H. (eds.). **The Werner's Tyreoid, a fundamnetal and clinical test.** 5ª ed. New York: Rarper and Row. 1986.
- VAZ, M.R.C. Reflexões concernentes ao conceito Trabalho na cotidianidade. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v.48, n.2, p.168-171, abr/jun, 1995.
- VITA, Álvaro. **Sociologia da Sociedade Brasileira.** Editora Ática S. A.1994.
- WEBER, M. **A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo.** São Paulo: Pioneira Editora, 1967.
- WELCH, W.J. **How cells respond to stress.** Scientific American, New York, p.34-41, may, 1993.
- WINSLOW, C. E. A., W. G. SMILLIE, J. A. DOULL e J. E. GOORDON: “**The History of American Epidemioly**”, The C.V. mosby Company, St. LOUIS 1952.
- WISNER, Alain. **A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia.** São Paulo: FUNDACENTRO, 1994.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – **Saúde como Direito** – Departamento de Congressos – FVCF - 1986.

A ergonomia como instrumento no processo de trabalho de enfermagem. Revista Texto e Contexto Enf. Florianópolis, jan/jun. 1995.

Análise de exigências cognitivas das atividades do trabalhador de enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

ARROBA, Tanya. **Pressão no trabalho: stress: um guia de sobrevivência** – São Paulo: McGraw – Hill, 1989.

BISSERET, A. **Mémoire operationelle et structure de travail**, Bulletin de Psychologie, 1970.

BONNET, C., GHIGLIONE, R., RICHARD, J. F. **Traité de Psychologie Cognitive**, Paris: Dunod, 1989.

BRUNNER, Lilian S. & SUDDARTH, Doris S. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. Vol.1 e vol.2.

CASSEL, J. **Psychosocial Processes and “stress”**. Theoretical Formulation. Int. J. Health Serv., 1974.

CAVERNI, J. P., **Psychologie de l’expertise, Psychologie franciase**, 1988.

CHI, M. T. H., GLASER, R., FARR, M. J. **The nature of edxpertise**, New Jersey: L. Erlbaum, 1988.

CLARK, E. Gurney e John A. Morsell: **Essential Hipertension: Na Epidemiological Approach**, Am. J. Pub. Health, 1952.

CLAVIN, G. **Stress and brain noradrenaline: a review**. Neurosic. Biobehav. Ver., New York, 1985.

COOPER, B., MORGAN, M.G. **Epidemiologia Psiquiátrica**. Madrid: Patronato Nacional de Assistência Psiquiátrica, 1973.

DOHRENWEND, B., DOHRENWEND, B.S., GOLD, M.S., LINK, B., NEUGEBAUER, R., WUNCHHITZIG, R. **Mental Illness in the United States; Epidemiological Estimates**. New York: Praeger, 1980.

EDNEY, J.J. **Human territoriality**. Psychological Bulletin, 1974.

EVANS, G.W., COHEN, S. **Environmental stress**. In: STOKOLS, D., ALTMAN, I. (eds.). **Environmental stress**. New York: Cambridge University Press, 1987.

- FERRARA, F. A. et al. **Medicina de la Comunidad**. Buenos Aires, Intermedica. Ed. 1972.
- FILHO, Rubens Miliaccio, **Reflexões Sobre o Homem e o Trabalho**. São Paulo: Revista de Administração de Empresas, mar./abr. 1994.
- FLETCHER, R. H., FLETCHER, S. W., WAGNER, E. H. **Clinical Epidemiology – The Essentials**. Baltimore: Williams & Wilkins. 1982.
- FOCAULT, M. **História da Sexualidade I, A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1977.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**, Petrópolis, Vozes, 1987.
- FRANCO, GLACI R. R. de M. et al. **Manual de Procedimentos Básicos para o Auxiliar de Enfermagem**. Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina, 1979.
- FREEMAN, R. B. **Team Work in Public Health**. Canadian Journal of Public Health. 55 (9): 385, 1964.
- FREITAS, Agostinho Borges de. **A psicologia, o homem e a empresa**. São Paulo: Atlas, 1988.
- FREUD, S. **O Mal Estar na Civilização – Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- FROMM, Erich. **Análise do Homem**. 13ª. edição. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.
- GORDON, J. E. e D. L. Augustin: **Tropical Environment and Communicable Disease**, Am. J. M. Sc., 1948.
- GORDON, J. E.: **The Epidemiology of Accidents**, Am. J. Pub. Health, 1949.
- GUILLEVIC, Christian. **Psicologia do trabalho**. Tradução.
- GUILLEVIC, Christian. **Psycholo du travail**. France: Nathan, 1991.
- GUIRADO, Marlene. **Psicologia institucional**. São Paulo: EPU, 1987.
- HANSON, Peter G. **Aproveite seu stress**. – São Paulo: Siciliano, 1989.
- HAWKINS, James Wi, e John E. Gordon: **Epidemiologic Aspects of Mottled Enamel**, Am. J. M. Sc., 1940.
- HILBERT, M., LOGEALY, P. **Anxiété et Profession**. Nambod Mc 250/84, Fundacentro, São Paulo.
- KLEINBAUN, D.G., KUPPER, L.L., MORGENSTERN, H. **Epidemologic Research: Principles and quantitative Methods**. California: Wardsworth, 1982.

- La Formación Del Personal Sanitário.** Cronograma da Organização Mundial da Saúde, 1970.
- LAVILLE, A., TEIGER, C. **Santé mentale et conditions de travail- une approche de la psychopathologie du travail.** In: Revue Therapeutique, 1975.
- LAZARUS, Richard S. **Stress, appraisal, and coping.** New York: Springer, 1984.
- MAC MAHON, PUGH, T. **Epidemilogy: Principles na Methods.** Boston: Little Brown & Co. 1970.
- MACEDO, Rosa Maria (et al.). **Psicologia e instituições.** São Paulo: Cortez, 1986.
- MACMAHON, B., T. F. Pugh e J. Ipsen: **Epidemiologic Methods,** Little, Brown na Company, Boston, 1960.
- MARI, J., BLAY, S.L., YACOPONI, E. **Um Estudo de confiabilidade da versão brasileira da Clinical Interview Schedule.** Bol. Of Sanit. Panama, 1986.
- MASLOW, A.H. **A theory of human motivation.** Psychological Review, Washington, 1943.
- MASON, J.W. **Psychologic stress and endocrine function.** In: SACHAR, E.J. (ed). **Topics in psychoendocrinology.** New York: Grune & Strtton, 1975.
- MCLELLAN, Tom. **Ansiedade e o stress.** – São Paulo: Nova Cultural, 1988.
- MICHAL M., pesquisadora da Universidade de Toronto; Escola de Medicina de Cambidge, UK; Royal Colleg of Surgeons, Londres; e Centro de Pesquisa Battele (Genebra). Fundadora do Bioplan Genève S. A. (empresa especializada em desenvolvimento e administração da Saúde). Pesquisadora pioneira no campo do controle do stress na Suíça, 1997.
- MURPHY, L.R. **Occupational stress management: A review and appraisal.** Journal of Occupational Psychology, Leicester,
- NEWTON, Tim **“Managing” Stress: emotion and power at work.** – London: SAGE, 1995.
- Por dentro do trabalho.** Ergonomia: métodos e técnicas. São Paulo: Oboré/FTD, 1988.
- RIBEIRO, C. M. **A Gestão Administrativa da Enfermagem nos Serviços de Saúde.** Revista da Escola Paulista de Enfermagem. USP, 1971.
- RICHARD, S. Lazaus , Susan Folkman. **Stress, appraisal, and coping.** New York, Springer, 1984.
- ROSSI, Ana Maria. **Auto controle: nova maneira de controlar o estresse.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Record 1994.

SAN MARTIN, H. **Salud y Enfermedad**. La Prensa Médica Mexicana. 2ª ed., Ciudad del Mexico, 1968.

SCHUTZ, William C. **O prazer expansão da consciência humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

SILVEIRA, Maria Luiza, **O que é stress?**, São Paulo: Brasiliense, 1993.

SMITH, J., SALVENDY, G. **Occupational stress: review and reapraisal**. Human Factors, Santa Monica, 1982.

SPECTOR, P.E. **Perceived control by employees: A meta-analysis of studies concerning autonomy and participation at work**. Human Relations, New York, v.39, 1986.

THOREVSKIJ, V.I. et al. **Psychophysiological aspects of monotonous work**. World Health Organization. Fundacentro/ São Paulo, 1984.

VERMERSCH, P. **L'observation systematique dans l'étude du fonctionnement cognitif, Psychologie française**, 1984.