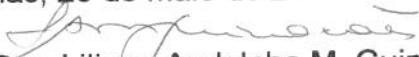


CELSO ALEIXO DE BARROS

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, Área Saúde Mental do aluno **Celso Aleixo de Barros**.

Campinas, 23 de maio de 2001.


Profa. Dra. Lilians Andolpho M. Guimarães
Orientadora

***CARACTERÍSTICAS PSICOEMOCIONAIS DOS
TRABALHADORES DE UMA BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA,
PORTADORES DE DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES
RELACIONADOS AO TRABALHO -DORT-LER***

CAMPINAS

2001



CELSO ALEIXO DE BARROS

***CARACATERÍSTICAS PSICOEMOCIONAIS DOS
TRABALHADORES DE UMA BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA,
PORTADORES DE DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES
RELACIONADOS AO TRABALHO -DORT-LER***

*Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de Campinas,
para obtenção do título de Mestre em Ciências
Médicas, área de Saúde Mental.*

Orientadora: Prof. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães

CAMPINAS

2001

DATA: 13C
 CHAMADA: T/UNICAMP
 8278C
 Ex.
 NÚMERO BC/ 46.120
 16 - 392101
 0 0 ☒
 R\$ 11,00
 17-08-01
 CPO

CM00158842-5

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
 BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
 UNICAMP**

B2784C Barros, Celso Aleixo de
 Características psicoemocionais dos trabalhadores de uma
 biblioteca universitária, portadores de distúrbios osteomusculares
 relacionados ao trabalho-dort-ler . / Celso Aleixo de Barros.
 Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientador : Liliana Andolpho Magalhães Guimarães
 Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
 Ciências Médicas.

1. LER. 2. Saúde Mental. 3. Stress Ocupacional. 4. Psicologia.
 I. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães. II. Universidade Estadual de Campinas.
 Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

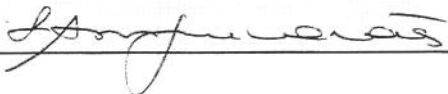
Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Profa. Dra. Liliana Andolpho M. Guimarães

Membros:

1. Profa. Dra. Eda Marconi Custódio - 

2. Prof. Dr. Joel Sales Giglio - 

3. Profa. Dra. Liliana Andolpho M. Guimarães - 

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, Área de Concentração em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 23.05.2001

À Valéria, pelo inestimável apoio e presença ao longo de mais este projeto que empreendemos e que ora festejamos a conclusão.

À Prof. Dra. Liliana, por suas orientações que ultrapassaram, em muito, as atividades do mestrado, influenciando de maneira decisiva e feliz, minha carreira profissional.

À Maria Elisa, pela sua dedicação em revisar este trabalho, sem o que, os resultados finais não teriam a mesma qualidade.

Aos trabalhadores que constituíram o grupo de sujeitos deste projeto por sua solicitude e gentileza.

A Deus que, pela sua infinita misericórdia, me possibilitou mais esta vitória.

	<i>Pág</i>
RESUMO.....	<i>xix</i>
APRESENTAÇÃO.....	<i>xxiii</i>
JUSTIFICATIVA.....	<i>xxvii</i>
1. INTRODUÇÃO.....	31
1.1. Sobre a Saúde Geral e a Saúde Mental.....	33
1.2. O campo de estudos denominado Saúde Mental e Trabalho.....	38
1.2.1. O modelo da Psicodinâmica do Trabalho.....	38
1.2.1.1. A motivação e o desejo.....	45
1.2.1.2. O destino do desejo no trabalho.....	47
1.2.1.3. As condições e a organização do trabalho.....	50
1.2.1.4. O sofrimento no trabalho.....	52
1.2.2. O modelo do Estresse Ocupacional.....	55
1.2.2.1. Breve histórico.....	55
1.2.2.2. Críticas à utilização do conceito de estresse.....	58
1.2.2.3. O Estresse Psicossocial ou “Work-stress.....	61
1.2.3. Considerações sobre o trabalho.....	63
1.2.3.1. Histórico.....	63

1.2.3.2. Saúde dos trabalhadores: tendências e Perspectivas.....	66
1.2.4. Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT/LER	70
2. OBJETIVOS.....	77
2.1. Geral.....	79
2.2. Específicos.....	79
3. CASUÍSTICA E MÉTODO.....	81
3.1. O locus da pesquisa.....	82
3.1.1. A instituição de ensino superior.....	82
3.1.2. A biblioteca.....	82
3.2. Hipótese.....	83
3.3. Delineamento da pesquisa.....	83
3.4. Sujeito e amostra.....	84
3.5. Procedimentos.....	85
3.6. Instrumentos utilizados na pesquisa.....	85
3.6.1. Questionário de Saúde Geral – QSG.....	85
3.6.1.1. Descrição geral.....	85
3.6.1.2. Precisão e validade do QSG.....	87
3.6.1.3. Adaptação brasileira.....	87
3.6.2. Diagnóstico Clínico Diferencial – DCD.....	88

3.7. Recursos humanos e materiais.....	89
3.8. Aspectos éticos da pesquisa.....	89
3.9. Análise e processamento dos dados.....	90
4. RESULTADOS.....	93
4.1. Prevalência dos DORT/LER.....	95
4.2. Dados socioeconômicos.....	95
4.3. Dados socioeconômicos por sexo e renda (total)	98
4.4. Gênero, por escolaridade, estado civil, renda e idade (total).....	99
4.5. Gênero, por escolaridade, estado civil, renda e idade (sem DORT/LER).....	101
4.6. Gênero, por escolaridade, estado civil, renda e idade (com DORT/LER).....	102
4.7. Dados por condições de saúde.....	103
4.8. Dados por condições de saúde (total).....	104
4.9. Escore do fator estresse psíquico.....	105
4.10. Escore do fator desejo de morte.....	106
4.11. Escore do fator desconfiança no desempenho.....	107
4.12. Escore do fator distúrbio do sono.....	108
4.13. Escore do fator distúrbio psicossomático.....	109
4.14. Escore do fator saúde geral.....	110
4.15. Controle dos fatores específicos por sexo.....	111

4.16. Dados da condição de saúde por idade.....	114
4.17. Dados da condição de saúde por renda.....	117
4.18. Dados da condição de saúde por escolaridade.....	119
4.19. Dados da condição de saúde pelo estado civil.....	123
5. DISCUSSÃO.....	125
5.1. Prevalência dos DORT/LER.....	127
5.2. Distúrbios psicoemocionais.....	129
5.3. Variação dos escores entre o normal e o patológico.....	132
6. CONCLUSÃO.....	133
6.1. Características psicoemocionais.....	135
7. SUMMARY.....	137
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	141
9. ANEXOS.....	151

LISTA DE ABREVIATURAS

ADM	- Amplitude de Movimento
CBO	- Código Brasileiro de Ocupações
COMUT	- Comutação Bibliográfica
CRST	- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DAP	- Divisão de Atividades Previdenciárias
DCD	- Diagnóstico Clínico Diferencial
DCO	- Doença Cervicobraquial Ocupacional
DORT	- Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DPM	- Divisão de Perícia Médica
GHQ	- General Health Questionnaire (Questionário de Saúde Geral)
HWO	- Health World Organization (Organização Mundial da Saúde)
INSS	- Instituto Nacional de Seguridade Social
LER	- Lesões por Esforços Repetitivos
LTC	- Lesões por Trauma Cumulativo
NR	- Norma Regulamentadora
NUSAT	- Núcleo em Saúde do Trabalhador
OCT	- Organização Científica do Trabalho
OMS	- Organização Mundial da Saúde

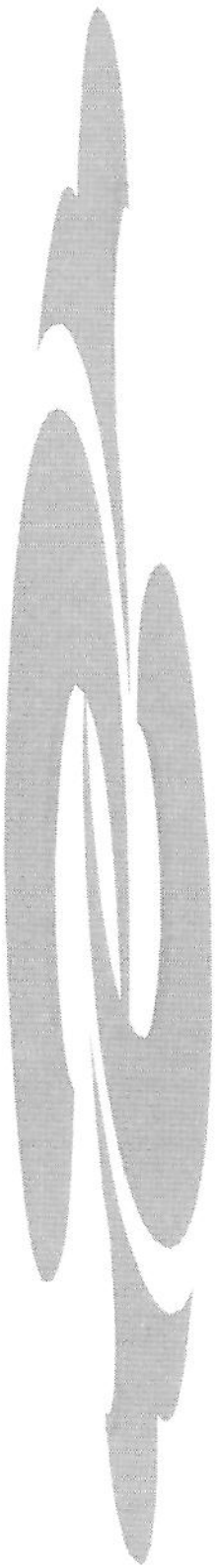
OPAS	- Organização Panamericana da Saúde
PROQUEST	- Trata-se de Base de Dados para Pesquisa Bibliográfica
QSG	- Questionário de Saúde Geral (General Health Questionnaire)
RSI	- Repetitive Strain Injure (Lesão por Esforço Repetitivo)
SCL	- Symptom Check List
SM	- Salário Mínimo
SDT	- Síndrome do Desfiladeiro Torácico
SUS	- Sistema Único de Saúde
SSD	- Síndrome de Sobrecarga Ocupacional
SMT	- Saúde Mental e Trabalho
UCB	- Universidade Católica de Brasília
UNICAMP	- Universidade de Campinas
WMD	-Work-related Musculoskeletal Disorders (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho)

	<i>Pág</i>
TABELA 1: Dados socioeconômicos dos entrevistados geral, sem DORT/LER e com DORT/LER.....	96
TABELA 2: Algumas estatísticas das variáveis idade e rendimento.....	98
TABELA 3: Sexo por escolaridade, estado civil, faixa de renda e faixa de idade – Total.....	99
TABELA 4: Sexo por escolaridade, estado civil, faixa de renda e faixa de idade – sem DORT/LER.....	101
TABELA 5: Sexo por escolaridade, estado civil, faixa de renda e faixa de idade – com DORT/LER.....	102
TABELA 6: Dados por condição de saúde – Total (com DORT/LER e sem DORT/LER).....	104
TABELA 7: Dados da condição de saúde por faixa de idade – Total (com DORT/LER e sem DORT/LER).....	114
TABELA 8: Dados da condição de saúde por faixa de idade - sem DORT/LER.....	115
TABELA 9: Dados da condição de saúde por faixa de idade – com DORT/LER.....	116
TABELA 10: Dados da condição de saúde por faixa de renda – Total (com DORT/LER e sem DORT/LER).....	117
TABELA 11: Dados da condição de saúde por faixa de renda – sem DORT/LER).....	118

TABELA 12: Dados da condição de saúde por faixa de renda – com DORT/LER.....	119
TABELA 13: Dados da condição de saúde por escolaridade – Total (com DORT/LER e sem DORT/LER).....	120
TABELA 14: Dados da condição de saúde por faixa de renda - sem DORT/LER.....	121
TABELA 15: Dados da condição de saúde por faixa de renda – com DORT/LER.....	122

	<i>Pág</i>
FIGURA 1: Escore dos indivíduos pelo fator ‘Estresse Psíquico’ (masculino e feminino).....	105
FIGURA 2: Escore dos indivíduos pelo fator ‘Desejo de Morte’ (masculino e feminino).....	106
FIGURA 3: Escore dos indivíduos pelo fator ‘Desconfiança no Desempenho’ (masculino e feminino).....	107
FIGURA 4: Escore dos indivíduos pelo fator ‘Distúrbio do Sono’ (masculino e feminino).....	108
FIGURA 5: Escore dos indivíduos pelo fator ‘Distúrbios Psicossomáticos’ (masculino e feminino).....	109
FIGURA 6: Escore dos indivíduos pelo fator ‘Saúde Geral’ (masculino e feminino).....	110
FIGURA 7: Escore dos indivíduos pelo fator ‘Estresse Psíquico’ (feminino).....	112
FIGURA 8: Escore dos indivíduos pelo fator ‘Estresse Psíquico’ (masculino).....	112
FIGURA 9: Escore dos indivíduos pelo fator ‘Desejo de Morte’ (feminino).....	112
FIGURA 10: Escore dos indivíduos pelo fator ‘Desejo de Morte’ (masculino).....	112

FIGURA 11: Escore dos indivíduos pelo fator ‘Desconfiança no Desempenho’ (feminino).....	112
FIGURA 12: Escore dos indivíduos pelo fator ‘Desconfiança no Desempenho’ (masculino).....	112
FIGURA 13: Escore dos indivíduos pelo fator ‘Distúrbio do Sono’ (feminino).....	113
FIGURA 14: Escore dos indivíduos pelo fator ‘Distúrbio do Sono’ (masculino).....	113
FIGURA 15: Escore dos indivíduos pelo fator ‘Distúrbios Psicossomáticos’ (feminino).....	113
FIGURA 16: Escore dos indivíduos pelo fator ‘Distúrbios Psicossomáticos’ (masculino).....	113
FIGURA 17: Escore dos indivíduos pelo fator ‘Saúde Geral’ (feminino).....	113
FIGURA 18: Escore dos indivíduos pelo fator ‘Saúde Geral’ (masculino)....	113

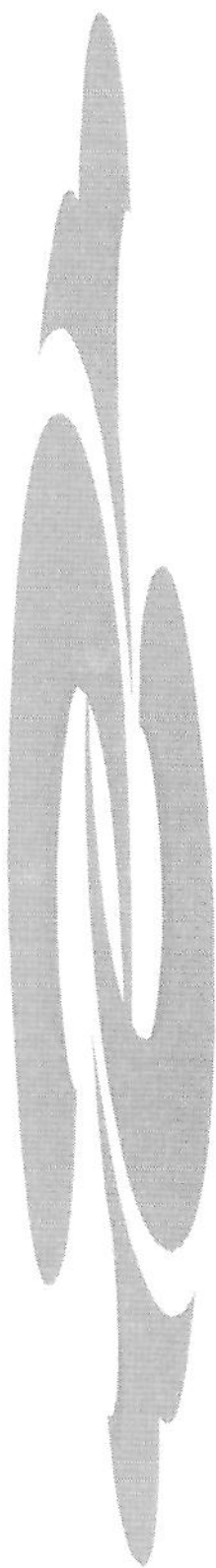


RESUMO

O presente estudo visa verificar se há condições psicoemocionais que caracterizam os funcionários da biblioteca de uma universidade da região Centro Oeste do país, portadores de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT/LER e compará-las aos que não apresentam sintomas desse Distúrbio.

Trata-se de um estudo descritivo - comparativo, em que são avaliadas as condições psicoemocionais entre dois grupos de trabalhadores de um mesmo setor, sendo um de portadores de DORT/LER e outro de trabalhadores que não apresentam sintomas do Distúrbio. Estudaram-se 55 pessoas, que compunham a totalidade de trabalhadores do local. Foi aplicado o Questionário de Saúde Geral de Goldberg – QSG, traduzido e validado por GIGLIO (1976) do “General Health Questionnaire” – GHQ (GOLDBERG, 1972), e adaptado e revalidado por PASQUALI (1996). Utilizou-se também o Diagnóstico Clínico Diferencial – DCD, OTONI (1999) para definir os grupos de portadores e não portadores do Distúrbio.

O grupo de portadores de DORT/LER apresentou comprometimento psicoemocional e de saúde geral em níveis superiores aos dos não portadores, em todos os fatores estudados, quais sejam: estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e saúde geral.



APRESENTAÇÃO

As DORT/LER são patologias de caráter sindrômico, cujo nexos causal é atribuído a determinados tipos, condições e organização do trabalho bem como à sua configuração psicossocial. Esta patologia é caracterizada como uma enfermidade que acomete, principalmente, os membros superiores, pescoço e ombros. Dependendo do estágio de agravamento, provoca fortes dores na região ou membro afetado, formigamentos, perda de força muscular e fadiga levando, na maioria dos casos, à incapacidade para as atividades profissionais e do cotidiano doméstico e, nos casos mais avançados, à incapacidade de realizar o asseio pessoal. Em geral, os portadores da lesão apresentam sintomas de depressão tais como: desânimo, baixa auto-estima, irritabilidade, incapacidade de visualizar perspectivas positivas, insônia.

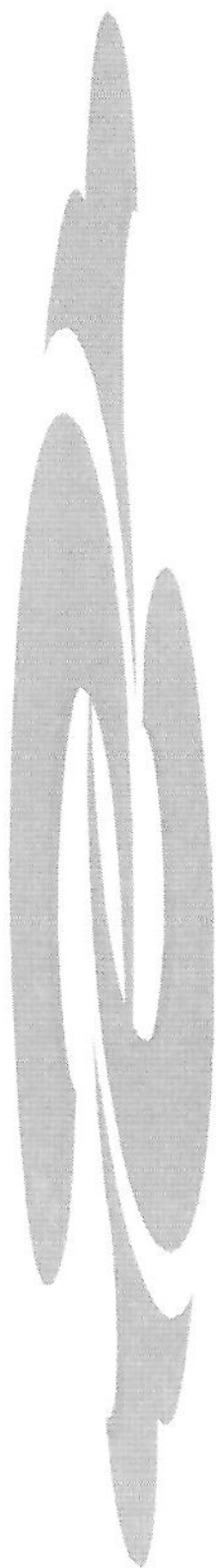
Trata-se de uma patologia identificada já em 1700 por RAMAZZINI (1992), porém ficou mais conhecida ao assumir caráter epidêmico na década de 50, do século XX, no Japão, fato que coincide com a intensa renovação tecnológica e as mudanças na organização do trabalho daquele país. O mesmo fenômeno se deu na Alemanha, Austrália, Inglaterra, Estados Unidos da América, Canadá e países escandinavos, chegando, inclusive, a ser considerado como a “epidemia mundial dos anos 80” (RIBEIRO, 1997).

A legislação brasileira classifica as DORT/LER como doença relacionada ao trabalho, implicando em perícia específica para os casos notificados em que se busca estabelecer o nexos causal com o processo de trabalho exercido pelo portador (MAGALHÃES, 1998). Tal classificação tem gerado grande polêmica entre os profissionais da área da Saúde Ocupacional, principalmente na Medicina do Trabalho, suscitada pelos médicos das empresas onde estão em jogo os interesses das organizações.

Em meio à discussão sobre o nexos causal das DORT/LER com determinadas atividades profissionais (atividades que exigem movimentos repetitivos com alto grau de intensidade e/ou esforço, posturas inadequadas, períodos prolongados e ininterruptos, equipamentos inadequados e ambiente interpessoal tenso), verificamos um elemento que, muitas vezes, fica relegado ao segundo plano, ou seja, o aspecto psicológico desta que é definida por RIBEIRO (1997), como “uma doença emblemática”.

Esta patologia do trabalho tem sido estudada, do ponto de vista psicológico, basicamente, por duas abordagens teóricas: a Psicodinâmica do Trabalho e a Teoria do Estresse¹ Psicossocial. Neste estudo, adotou-se a Teoria do Estresse Psicossocial, a qual tem trazido importantes contribuições para o campo da Saúde Mental e do Trabalho através de LAZARUS & FOLKMAN (1984), ROCHA & FERREIRA JUNIOR (2000), SOUZA (1992), entre outros, como concepção teórica para a abordagem dos aspectos psicológicos das DORT/LER. Esta abordagem considera que os aspectos psicossociais, a organização e condições do trabalho são essenciais para a compreensão da inter-relação Saúde/Doença/Trabalho na medida em que parte do pressuposto de que o trabalho é uma atividade que tanto pode propiciar bem-estar como acarretar desgaste para a saúde do trabalhador.

¹ No presente estudo utilizaremos, indistintamente, a palavra Estresse ou “Stress”, uma vez que ambas são de uso corrente no Brasil.



JUSTIFICATIVA

As DORT/LER assumiram hoje, no Brasil, dimensões epidêmicas, chegando a 70.6%, segundo dados do NUSAT/MG (1995), do total das ocorrências de doenças ocupacionais. Estes números nos revelam não apenas os elevados gastos financeiros da Previdência Social, transtornos e prejuízos das empresas, mas principalmente o sofrimento físico e mental a que estão expostos os trabalhadores.

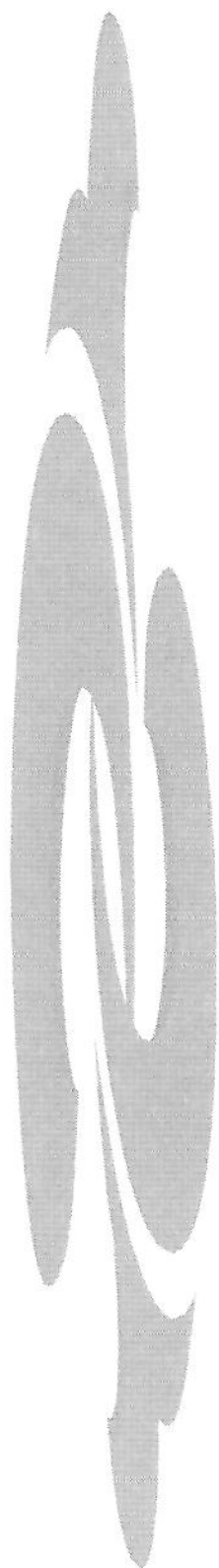
A própria denominação, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho/Lesões Por Esforços Repetitivos, traz uma denúncia contundente sobre a organização e condição de trabalho, na medida em que o aceita, pela análise da forma e meios de execução, como causa das lesões sofridas pelo trabalhador.

Esta denúncia ganha a admissão do Poder Público, quando se lê a respeito da conduta a ser seguida pelos médicos de empresas, do SUS, do médico assistente e demais profissionais de saúde, onde se recomenda identificar as áreas de risco da empresa, com descrição detalhada dos postos de trabalho, com as tarefas pertinentes a cada função, incluindo a descrição das ferramentas e ciclos do trabalho tomando por base o Código Brasileiro de Ocupações – CBO; informar os responsáveis e, conjuntamente, trabalhar nos aprimoramentos ergonômicos, lembrando-se do perfil epidemiológico da doença.

Embora as recomendações apresentadas acima sejam de fundamental importância e reveladoras de uma preocupação séria dos órgãos públicos responsáveis, não dão a devida consideração a uma questão fundamental, que é o sofrimento mental ao qual está submetido o trabalhador que chega ao limite de ter seu próprio corpo lesionado. Mais ainda, não se leva em consideração o sofrimento psíquico decorrente da dor física, da limitação dos movimentos e, principalmente, da impossibilidade de gozar positivamente de um de seus mais fundamentais representantes psíquicos: o próprio trabalho.

É premente analisarmos a realidade do trabalhador em sua individualidade, expectativas e necessidades de um trabalho significativo, cuja realização lhe traga satisfação de ser um sujeito participante e produtor da sua identidade profissional. Na medida em que é impedido desta possibilidade, o trabalhador pode estar sendo compelido ao adoecimento físico e/ou mental.

Pesquisar possíveis danos psíquicos e físicos causados pela presença de elementos estressores no processo produtivo, será fundamental para o estudo desta patologia do trabalho que vem crescendo em progressão geométrica.



1. INTRODUÇÃO

1.1. SOBRE A SAÚDE GERAL E A SAÚDE MENTAL

A saúde é um dos elementos culturais e sociais mais presentes e importantes em todos os grupos humanos. Ter, *a priori*, condições de manutenção deste estado, *per se*, representa um parâmetro para avaliação das condições de segurança e consistência tanto do indivíduo quanto do grupo a que este indivíduo pertence. A Medicina, por ser o porta-voz mais eloquente do tema, desempenha papel determinante na compreensão e vivência que se tem em relação aos conceitos de saúde e, por consequência, na intervenção que se faz naquilo que denominamos doença.

Uma das conceituações mais divulgadas e aceitas na atualidade tem sido definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1984) ao dizer que saúde é o “perfeito bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou de deficiências”.

Nesta definição, encontra-se um sentido subjetivo do termo, na medida em que veicula muito mais do que um conceito pragmático. Ao afirmar que saúde é ‘um estado perfeito’, denota uma intenção, ou melhor, uma representação do desejo social daquilo que se pretende atingir, enquanto estado de saúde.

Outras definições de saúde apontam para o mesmo sentido, ou seja, a saúde é muito mais uma meta, é um objetivo social que dá parâmetros para que a coletividade possa balizar a qualidade de suas ações.

Sob este prisma em que o conceito de saúde é analisado, pode-se observar que os indivíduos são permanentemente cobrados para que apresentem condições positivas de saúde ou seja, a doença, de certa maneira, é condenada pela sociedade.

CANGUILHEM (1990), a respeito das influências sociais diz:

Achamos que a medicina existe como arte da vida porque o vivente humano considera, ele próprio, como patológico – e devendo, portanto, serem evitados ou corrigidos – certos estados ou comportamentos que, em relação à polaridade dinâmica da vida, são apreendidos sob forma de valores negativos.

A assertiva acima já destaca a necessidade da saúde, enquanto uma construção social. Ser um indivíduo saudável, portanto, não é meramente um objetivo individual com um fim em si mesmo, de simples manutenção do bem-estar pessoal por meio da ausência do desconforto ou da ameaça diante de possíveis deficiências. O indivíduo está intrinsecamente comprometido com o grupo ao qual pertence, de tal sorte que ele será coagido a comportar-se segundo os parâmetros de saúde estabelecidos por esse grupo.

Seguindo a mesma perspectiva DUYCKAERTS (1966) afirma que

A adaptação do indivíduo à sociedade diferencia-se, portanto, em uma dupla tarefa: a de entender-se com os indivíduos particulares que compõem o meio vivo, e a de conformar-se às representações coletivas, que formam o quadro impessoal da existência humana.

Assim, a saúde, como construção social, está sempre sob o risco das limitações impostas pelo jogo de interesses, das imposições do poder político e do poder econômico. Portanto, não basta afirmar que a saúde é a ausência da doença, mas é preciso especificar o que uma determinada sociedade toma como conceito de saúde e como conceito doença.

A esse respeito FOUCAULT (1975) defende que: “A doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconheça como tal”.

Os autores apresentados acima abordam, portanto, o conceito de saúde como um elemento, cuja importância transcende a preservação de determinados estados físicos e mentais, na medida em que propicia a idéia de um bem-estar coletivo, transcendendo a busca da saúde individual.

A seguir, serão apresentadas algumas conceituações que a Saúde Mental tem recebido de diversos autores, ao longo das últimas décadas. Dispor-se-ão estes conceitos obedecendo a uma ordem cronológica a fim de facilitar a visualização das modificações sofridas ao longo do tempo.

Na década de 40, encontram-se definições amplas e vagas que deixam margem a interpretações demasiadamente subjetivas e até mesmo moralistas. Deste período pode-se citar PRESTON (1943), o qual definiu Saúde Mental como a “habilidade para viver de modo feliz, produtivo e confortável”.

Já na década seguinte, percebe-se uma análise embasada na teoria das representações sociais. Como pode-se constatar na definição de Saúde Mental de EATON (1951),

Saúde Mental é uma abstração conceitual. Ela é referida a uma avaliação das relações dos homens e seus valores...(Saúde Mental) não pode ser efetivamente compreendida isoladamente de outros fenômenos que constituem a pessoa e seu funcionamento na sociedade.

No mesmo período encontra-se definições que retomam os aspectos estéticos e morais da vida social como base para a interpretação do conceito de saúde. Segundo WOOTON (1959),

Saúde Mental é como a trajetória humana, pode ser adaptada ao mundo e ser efetiva, feliz, eficiente e mantida sempre com humor, uma inteligência alerta, comportamentos aceitos socialmente e uma disposição otimista.

A marca comum entre as várias formas de conceber a Saúde Mental na segunda metade do século XX foi a concepção de que a saúde se expressa pela capacidade de vida coletiva do indivíduo.

Observa-se essa idéia com clareza na afirmação de GUNTRIP (1964) ao sustentar que

Saúde Mental é a capacidade de viver a vida de maneira plena, por caminhos que sejam suficientes para podermos realizar nossas potencialidades e que a unidade seja divisível com todos os outros seres humanos que fazem parte de nosso mundo.

KAKASR (1984), tal qual seus predecessores, considera a Saúde Mental do ponto de vista social, ou seja, a partir das condições de articulação do indivíduo com seu meio.

Para o mesmo autor,

Saúde Mental seria uma rubrica, um rótulo que contempla diferentes perspectivas e áreas, tais como ausência de sintomas incapacitantes, integração do funcionamento psíquico, conduta eficiente do ponto de vista pessoal e social, sentimentos éticos e espirituais bem estabelecidos.

NEUMANN (1989), vê a Saúde Mental segundo a concepção humanista:

como a harmonia entre valores, interesses e atitudes com possibilidade de iniciativas individuais e, conseqüentemente, um plano realista de vida e a possibilidade de implementação de conceitos de vida.

Destoando da maioria dos autores CHWEDOROWICZ (1992), atribui ao indivíduo a responsabilidade das próprias ações, bem como das conseqüências resultantes dessas ações.

Para o autor, “Saúde Mental é a capacidade do indivíduo para desenvolver-se e crescer do ponto de vista pessoal”.

Abordando o tema de outra forma, pode-se seguir a proposta de análise apresentada por FOUCAULT (1975), o qual desenvolve uma discussão sobre os paradigmas que nortearam os caminhos da Medicina e da Psicologia no que tange à conceituação da Saúde Mental. Segundo o autor, foram três os modelos seguidos por essas disciplinas:

O primeiro deles é o modelo Organogênico, o qual postula que a doença seria uma essência, uma entidade específica, indicada pelos sintomas que a manifestam.

O segundo modelo é o Botânico que, paralelo à idéia de essência, e como para compensar a abstração em que ele implica, traz um postulado naturalista que considera a doença como uma espécie botânica; a uniformidade que se supõe em cada grupo nosográfico, por detrás das várias formas dos sintomas, seria como a unidade de uma espécie, definida por seus caracteres permanentes e diversificada em seus subgrupos.

Por fim, temos o modelo Psicossomático que traz a noção da totalidade orgânica e psicológica, que coloca em xeque os postulados que consideram a doença uma entidade específica.

Nesta concepção, a doença, como realidade independente, tende a desaparecer. Com isso, evita-se atribuir à doença o papel de uma espécie natural no que diz respeito aos sintomas e, com relação ao organismo, o de um corpo estranho.

Prioriza-se, ao contrário, as reações globais do indivíduo. Entre o processo mórbido e o funcionamento geral do organismo, a doença não é tomada mais como uma realidade autônoma; é concebida, antes de tudo, como um corte abstrato no devir do indivíduo doente.

Pode-se visualizar isso na afirmação de FOUCAULT (1975) quando diz que

A medicina viu esfumar-se progressivamente a linha de separação entre os fatos patológicos e os normais: ou melhor, ela apreendeu mais claramente que os quadros clínicos não eram uma coleção de fatos anormais, de “monstros” fisiológicos, mas sim constituídos em parte pelos mecanismos normais e as reações adaptativas de um organismo funcionando segundo sua norma.

O autor continua sua crítica ao modelo tradicional afirmando que, quanto mais se concebe o sujeito como uma unidade, mais se desfaz a realidade de uma doença como unidade específica.

DEJOURS (1994), corrobora a mesma visão ao afirmar que “os modelos médico e psiquiátrico clássicos só podem ser aplicados, isolando o sujeito do referencial social-histórico no qual ele está inscrito”.

Segundo FOUCAULT (1975)

a psicologia do século XIX incitava esta descrição puramente negativa da doença e a semiologia de cada uma era muito fácil: limitava-se a descrever as aptidões desaparecidas; a enumerar, nas amnésias, as lembranças esquecidas, a pormenorizar nos desdobramentos de personalidades as sínteses tornadas impossíveis. De fato, a doença apaga mas sublinha; abole de um lado mas é para exaltar do outro; a essência da doença não está só no vazio criado mas também na plenitude positiva das atividades de substituição que vêm preenchê-lo.

Partindo das idéias apresentadas acima, a leitura que orienta o presente trabalho se dá a partir da concepção de que a Saúde Mental existe quando o indivíduo goza uma condição geral de vida feliz, produtiva e com perspectivas positivas, e que tais percepções sejam compatíveis com sua realidade individual e coletiva.

1.2. O CAMPO DE ESTUDOS DENOMINADO SAÚDE MENTAL E TRABALHO

1.2.1. O modelo da Psicodinâmica

A Psicodinâmica do Trabalho constituiu-se, basicamente, a partir dos estudos realizados por DEJOURS (1988^a, 1988b, 1997) e DEJOURS; JAYET; ABDOUCHELI, (1994) nos quais considerou, como objeto de análise, a dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pelo confronto do sujeito com a realidade do trabalho.

O autor toma portanto, como centro das suas análises, os conflitos que nascem a partir do contato do sujeito com uma história singular preexistente e a situação do trabalho, o qual tem suas características fixadas independentemente desse sujeito. Parte da concepção da existência de uma subjetividade já constituída que entrará em contato com a

realidade do trabalho. A Dinâmica, portanto, está no fato de que o sujeito pode se modificar ou ser modificado durante este contato, do mesmo modo que o trabalho poderá sofrer alterações.

Partindo do princípio de que a criatividade individual, reconhecida pelo coletivo do trabalho, enriquece a identidade; que a solidariedade intragrupal desempenha um importante papel na dinâmica intersubjetiva, fortalecendo a saúde frente ao desgaste cotidiano, a Psicodinâmica busca, a partir da percepção dos próprios trabalhadores, analisar a constituição do sofrimento mental, estudando suas relações com a organização do trabalho.

Esta abordagem tenta, ainda, identificar a dinâmica pela qual se dão os sistemas coletivos de defesa e de compromisso ético intragrupal. Faz a análise dos fenômenos subjetivos, buscando na psicanálise seu referencial fundamental.

A Psicodinâmica do Trabalho, ao levar em conta a perspectiva sócio-histórica e a organização do trabalho, faz uso do referencial psicanalítico numa visão dialética. Esta aproximação teórica tem contribuído muito para o desenvolvimento no campo da Saúde Mental e Trabalho, na medida em que oferece instrumentos para a análise do sofrimento mental ligado ao trabalho e de sua gênese. Através de sua teoria e técnicas, tem contribuído para formulações metodológicas que permitiram valiosas descobertas (SELIGMANN-SILVA, 1994).

A Psicodinâmica do Trabalho não está restrita aos conceitos psicanalíticos; ao contrário, faz interface com várias áreas do saber, as quais têm formulado conceitos de suma importância para o avanço dos estudos sobre saúde e trabalho.

Serão examinadas, de forma sucinta, as contribuições que as várias disciplinas que tangenciam o campo de estudos, Saúde Mental e Trabalho, têm fornecido aos pesquisadores e profissionais da área. Serão mencionados alguns de seus conceitos a fim de enfatizar a importância que esta discussão tem assumido na presente década, colocando-se como um dos grandes desafios aos profissionais da saúde, cientistas sociais e administradores.

Estas disciplinas têm se dedicado ao estudo da relação homem/trabalho e das implicações contidas neste fato, algumas partindo do ponto de vista da empresa, outras do ponto de vista do trabalhador.

Uma instância que sempre permeou estas discussões foi a questão da saúde no trabalho. Inicialmente, os estudos se voltaram mais para a saúde do corpo do trabalhador, alcançando depois as questões da saúde mental, colocando, inclusive, o trabalho como possibilidade interferente dos processos psicodinâmicos.

Um dos desafios da atualidade consiste, além de avançar as discussões já empreendidas pelas várias disciplinas, de pensar o campo da Saúde Mental e Trabalho do ponto de vista interdisciplinar em que a articulação dos vários conceitos de diferentes abordagens possibilitem um avanço e integração dos conhecimentos.

SELIGMANN-SILVA (1944), em recente revisão às bases teóricas da Psicodinâmica do Trabalho, desenvolve uma discussão sobre estas disciplinas e suas implicações para o avanço do conhecimento a este campo de estudos. A partir da releitura das considerações da autora, pretende-se associar algumas contribuições de outros pesquisadores, já que a interdisciplinaridade no campo da Saúde Mental e Trabalho é condição fundamental para o entendimento das questões que ora propomos.

Como já mencionado anteriormente, vários autores apontam a psicanálise, nos dias atuais, como uma importante disciplina para os estudos em Saúde Mental e Trabalho, principalmente a partir dos desenvolvimentos da Psicodinâmica do Trabalho que a tomou como embasamento teórico.

Segundo DEJOURS *et al.* (1994) “A análise psicodinâmica é um termo que pertence à teoria psicanalítica. Designa o estudo dos movimentos psicoafetivos gerados pela evolução dos conflitos intersubjetivos e intra-subjetivos”.

A Psicodinâmica do Trabalho parte de conceitos psicanalíticos, na medida que discute a questão do desejo, contrapondo-o ao conceito de motivação e analisando as relações aí implicadas, tanto do ponto de vista conceitual quanto de situações concretas de onde emergem as vinculações que tais conceitos mantêm com a organização do trabalho.

Ao tomar o desejo como ponto de partida para a análise da relação homem/trabalho, a Psicodinâmica do Trabalho assume o inconsciente como elemento implícito e fundamental, que resultará na qualidade da saúde do trabalhador frente à realização das tarefas. Portanto, sua pesquisa propõe uma “clínica da relação psíquica do sujeito no trabalho” (DEJOURS, 1994). A psicodinâmica busca, desta forma, identificar em que situações o trabalho ocupa uma posição oposta ao desejo.

A Psicanálise oferece também à Psicodinâmica do Trabalho o conceito de sublimação, em que o trabalhador encontraria uma via dessexualizada para a realização do desejo. O trabalho, para trazer uma possibilidade sublimatória, teria então que contemplar alguns requisitos: relevância e reconhecimento social, liberdade para a inventividade e criação e a possibilidade de conexões com o desejo. Utiliza-se ainda do conceito de Economia Psíquica, ao investigar os mecanismos psíquicos pelos quais dá-se a interação do sujeito com o trabalho.

Sobre esse tema DEJOURS (1994) afirma que “Em termos econômicos, o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica do trabalho”.

É a partir destes conceitos, fundamentais na Psicanálise, que a Psicodinâmica do Trabalho formula a seguinte questão para o Campo da Saúde Mental e Trabalho: “Qual é o lugar do sujeito no trabalho e de que liberdade ele dispõe para elaborar um compromisso nos conflitos que surgem no confronto de sua personalidade de seu desejo com a organização do trabalho?” (DEJOURS, 1994).

No mundo operário, os estudos da psicossomática assumiram um lugar inquestionável nas análises dos processos de saúde/doença relacionados ao trabalho. A escola de Paris, embasada pelas elaborações de MARTY (1993), é, na atualidade, a que mais tem oferecido subsídios para os estudos de Saúde Mental e Trabalho, inteiramente integrada aos conceitos da Psicodinâmica do Trabalho e igualmente tomando, como referencial teórico, a Psicanálise.

O mesmo autor formula e consolida uma teoria que tem por base a concepção de Economia Psicossomática, cujo núcleo está na idéia da inter-relação entre o instinto de vida e o instinto de morte. Esta inter-relação se efetiva, ao longo da vida de cada indivíduo, através de processos marcados por estágios que o autor denomina como organização, desorganização progressiva e desorganização regressiva e que dizem respeito às funções biopsíquicas (MARTY, 1993).

Para demonstrar que existem inúmeras diferenças individuais quanto ao tipo de trabalho que possa proporcionar o bem-estar psicossomático, DEJOURS et. al. (1994) faz uso dos conceitos de MARTY (1993) no desenvolvimento teórico da Psicodinâmica do Trabalho.

Marty (1993), procura evidenciar as discrepâncias dos indivíduos quanto à preferência de trabalho, onde alguns preferem um ambiente silencioso, com pouca movimentação, outros, ao contrário, preferem ambientes agitados e com movimentação intensa; há aqueles que se sentem bem em realizar tarefas que exigem acuidades visuais e táteis minuciosas, enquanto outros valorizam mais o uso da força física e assim por diante.

O autor defende que, mesmo que as pessoas não se encontrem na tarefa que julgam ideal, segundo sua preferência, buscam, através de modos particulares de execução, a harmonia com a própria economia psicossomática, obviamente, sempre que exista maleabilidade nas regras de operação. Portanto, para que o trabalho não se torne um elemento desorganizador do equilíbrio psicossomático, é fundamental a existência deste espaço de adequação.

Na construção teórica de MARTY (1993), fica claro que a diversidade humana não comporta uma normatização rígida, tanto para os movimentos quanto para as atividades mentais e sensoriais do trabalho em que se pretenda o trabalho como fonte de prazer e saúde.

Esses estudos não só abrem caminho para o entendimento da dinâmica causal dos distúrbios psicossomáticos na questão das doenças no trabalho, mas permitem proposições preventivas. A partir das formulações teóricas da Psicossomática, pode-se presumir que os trabalhadores expostos a situações potenciais de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho são francamente marcados em sua subjetividade por tais experiências.

Ações de risco, poeiras, produtos tóxicos, ruídos, vibrações, carga muscular excessiva, repetitividade, ritmo intenso, horário prolongado etc., não agredem só o corpo do trabalhador, provocam também prejuízos ao seu equilíbrio psíquico.

Outro foco importante de análise da Saúde Mental e Trabalho tem se referido aos aspectos psicossociais, fenômeno ao qual a Psicologia Social vem se dedicando profundamente em suas pesquisas de campo. As várias pesquisas que se desenvolveram, principalmente a partir dos anos 70, alcançaram resultados importantes como a detecção precoce de riscos à saúde em determinadas tarefas e a possibilidade de propostas preventivas. O impacto psicossocial da utilização de tecnologias avançadas foi, também, objeto de estudos nestas frentes de pesquisa.

A identidade social é uma das questões fundamentais do campo da Saúde Mental e Trabalho e da qual a Psicologia Social tem se ocupado na atualidade. A compreensão da construção da identidade, através da dialética entre individual e social em que se configuram os processos psicossociais é fundamental para a compreensão das dinâmicas reveladas pela Saúde Mental e Trabalho.

A Psicologia Organizacional antes denominada Psicologia do Trabalho, dedicou-se, tradicionalmente, às questões da seleção de pessoal. Porém à medida que foi acumulando conhecimentos e assumindo novos enfoques como a Psicologia Cognitiva, a Psicofisiologia e a Fisiologia, abriu perspectivas para a formação de pessoal para diferentes funções. Passou a se preocupar com a melhoria das condições de trabalho, buscando, inclusive, uma adequação entre função e características individuais do trabalhador.

Semelhante ao enfoque ergonômico, a Psicologia Organizacional busca uma análise das situações concretas com vistas à produção. Embora com objetivos distintos daqueles da Saúde Mental e Trabalho, sem dúvida tangencia áreas comuns, a saber:

- o desgaste mental do trabalhador como causa do comprometimento da eficácia organizacional.
- a necessidade atual da inclusão do debate, do ponto de vista da ética, sobre dimensão dos riscos à saúde do trabalhador, frente aos aspectos organizacionais.

Portanto, quanto mais a organização do trabalho considerar tais questões, maior será o ponto de contato e de mútua contribuição no campo da Saúde Mental e Trabalho.

Segundo SELIGMANN-SILVA (1994), em 1930, já havia estudos propondo modificações técnicas nas máquinas de escrever “com base na psicologia dos gestos voluntários automatizados investigados em mecanógrafos”.

Vê-se, então, que a avaliação das exigências do trabalho através da análise dos processos, desempenho e a carga sofrida pelo executor, tomado como conceito básico pelo campo da Saúde Mental e Trabalho, foi preconizado pela Psicologia Organizacional.

A Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional são disciplinas que têm tratado, atualmente, além de outros aspectos, das questões do psiquismo, o que cria um importante ponto de articulação com o campo da Saúde Mental e Trabalho.

Os estudos epidemiológicos, as análises de causas médicas para o absenteísmo, alcoolismo, drogadição, sintomas psicossomáticos e transtornos mentais, quando integrados a outros procedimentos de pesquisa que aprimorem a interpretação de tais dados, podem ser de inestimável valor para as investigações em Saúde Mental e Trabalho.

A Ergonomia propõe-se como o conjunto de conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários para a concepção de ferramentas, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo conforto, segurança e eficácia. (WISNER, 1994)

Na sua própria definição, constata-se que a Ergonomia busca, ao mesmo tempo, as necessidades humanas e os interesses produtivos, fato que pode implicar em questões éticas no desenvolvimento da sua prática.

DEJOURS (1997), no seu mais recente trabalho publicado no Brasil, Fator Humano, parte de vários conceitos da ergonomia para o desenvolvimento de questões como o próprio Fator Humano, Tecnologia e Conceito de Trabalho, e Real como conceito. O autor defende que “a contribuição decisiva da Ergonomia à teoria do trabalho é ter revelado o caráter incontornável, inexorável, inesgotável e sempre renovado do real no trabalho”.

A Epidemiologia busca identificar a distribuição e os determinantes de saúde na coletividade, ou seja, esclarecer os mecanismos que determinam os diversos aspectos da saúde dos grupos populacionais. Tem demonstrado a importância do desenvolvimento de pesquisas sobre a diversidade das situações profissionais em que a saúde do trabalhador é colocada em risco. Neste meio, encontram-se dois importantes autores que, partindo do método epidemiológico, estudam as relações entre Saúde Mental e Trabalho.

GUIMARÃES (1992), ao eleger o Método Epidemiológico para uma de suas pesquisas: Saúde Mental e Trabalho em um Segmento do Operariado da Indústria Extrativa de Mineração de Ferro, justifica sua escolha ao considerar que:

Classicamente, os estudos sobre a etiologia da doença mental, encontram-se ligados a uma metodologia que privilegia casos individuais, onde não se aborda a inserção do indivíduo como trabalhador. Contudo, a autora não assume a epidemiologia sem antes colocar ao método e a si mesma um desafio: ... os estudos epidemiológicos preocupados com as condições da organização do trabalho realizam aproximações privilegiadamente sociológicas do problema, onde tendem a desaparecer as dinâmicas individuais da psicopatologia.

Trata-se, portanto, de colocar a teoria e o método epidemiológico numa perspectiva em que possam tratar de pesquisas de grupos populacionais determinados, porém sem negligenciar os indivíduos que, em última instância, são os formadores desses grupos.

1. 2.1.1. A motivação e o desejo

Sobre o conceito de motivação existem várias definições elaboradas por diversos autores. Porém não será feito, neste momento, uma discussão sobre tais definições. Pretende-se, apenas, assinalar tal fato e contrapô-lo ao conceito de desejo.

Entende-se que se faz necessário considerar a Motivação em relação ao Desejo, dado o uso disseminado deste, no mundo das organizações. Práticas do tipo prêmios de participação, bônus e prêmio produtividade são fórmulas muito conhecidas de Motivação dos trabalhadores. A Motivação diz respeito ao comportamento, a situações condicionadas

ao real, vinculadas ao tempo presente. Já o Desejo, conceito fundamental para a Psicanálise, diz respeito exclusivamente ao Inconsciente. “O Desejo Inconsciente tende a realizar-se restabelecendo, segundo as leis do processo primário, os sinais ligados às primeiras vivências de satisfação” (LAPLANCHE & PONTALIS, 1986).

DEJOURS *et al.* (1994), ao tratar da questão do Desejo afirma que:

O Desejo se inscreve em primeiro lugar no passado e naquilo que não é atual; em segundo lugar no fictício, no ilusório e no fantasmático; em terceiro lugar no individual e no subjetivo. Portanto, falar de Desejo é aludir a muito mais que ao comportamento, onde este não passa de derivação daquele, estando o comportamento em função da realização do Desejo ou a serviço da sua repressão.

A motivação coloca a questão dos mecanismos do comportamento, o Desejo coloca a questão de quem está por trás deste comportamento (DEJOURS *et al.* 1994).

Dar lugar de destaque à realização do desejo, como condição para uma vivência prazerosa e saudável do trabalho, não implica na supressão dos limites, impostos pela realidade.

MENDES (1988), ao considerar as implicações do real, na realização do desejo, e ao descrever a forma em que essa realização se dá, afirma que:

esta busca de prazer não significa a inexistência de normas e regras, não se trata de um investimento narcísico no próprio ego. O princípio de realidade e a possibilidade de escolhas estão implicados neste processo, com todas as derivações que tal fato acarreta. O prazer não é unicamente e a qualquer preço a expressão das pulsões, a pulsão aqui se encontra resignificada, simbolizada, com objetos e alvos definidos, o que requer uma racionalidade própria, mesmo quando movidos por processos inconscientes.

Pode-se pensar quanto é necessária a presença do desejo, sua consciência e manifestação, quando se fala em construção do conhecimento, em construção do saber, em trabalhar, esferas que não podem se abster desse alimento fundamental.

1.2.1.2. O destino do desejo no trabalho

Ao se considerar a natureza, condições e organização do trabalho, parece seguro afirmar que, na melhor das hipóteses, o trabalhador, muitas vezes, recebe elementos motivacionais para que, em detrimento do seu desejo, desenvolva comportamentos que favoreçam a produção.

Deve-se lembrar que na atual Organização do Trabalho, as tarefas são, em geral, segmentarizadas e destituídas do seu sentido mais amplo, o que alija o trabalhador das possibilidades de um trabalho significativo, ou seja, um trabalho que possibilite a articulação da subjetividade pela sua representação simbólica. Um trabalho com tais características não é desfrutado e sim suportado, o que, via de regra, é conseguido através da repressão do desejo.

Tratando da questão da repressão do desejo, DEJOURS *et al.* (1994), alerta que:

.... ao ponto que no final de contas não somente o Desejo do trabalhador não é visualizado por aqueles que denominamos decisores, mas é mesmo necessário fazer mais do que renunciar à sua satisfação. É preciso fazê-lo calar, é preciso reprimir o Desejo, por medo que ele venha incomodar esse comportamento que constitui o modo cotidiano de operação.

Já segundo MARTY (1993), sempre que ocorre a repressão, ou seja, a impossibilidade de realização do Desejo, o indivíduo corre o risco do adoecimento psicossomático.

Freud argumenta que a significação do trabalho é um elemento promotor de saúde na medida que permite ao sujeito um vínculo consistente com o real.

Nenhuma outra técnica para a conduta prende o indivíduo tão firmemente à realidade quanto a ênfase concedida ao trabalho, pois este, pelo menos, fornece-lhe um lugar seguro numa parte da realidade, na comunidade humana (FREUD, 1996).

Embora o autor não tenha aprofundado seus estudos sobre as conseqüências do trabalho na economia psíquica, o conjunto da sua teoria no tocante ao conceito de energia psíquica fornece elementos consistentes para se embasar hipótese de que o trabalho desempenha papel fundamental na saúde psíquica. Isto fica bastante claro quando ele trata da sublimação:

A possibilidade que essa técnica oferece de deslocar uma grande quantidade de componentes libidinais, sejam eles narcísicos, agressivos ou mesmo eróticos, para o trabalho profissional e para os relacionamentos humanos a eles vinculados, empresta-lhe um valor que de maneira alguma está em segundo plano (FREUD, 1996).

Contudo, o trabalho, por si mesmo, não significa garantia de vínculo com o real e com a promoção da saúde individual e coletiva.

MENDES (1988) diz que uma organização de trabalho que impede a convivência com as singularidades pode conduzir ao sofrimento mental, estando esse, muitas vezes, mascarado por defesas neuróticas. Esta posição é confirmada por Freud quando afirma que:

A atividade profissional constitui fonte de satisfação especial, se for livremente escolhida, isto é, se, por meio de sublimação, tornar possível o uso de inclinações existentes, de impulsos instintivos persistentes ou constitucionalmente reforçados (FREUD, 1996).

Parece que o elemento fundamental para a vivência do prazer e da saúde mental no trabalho é a possibilidade sublimatória que as condições e organização do trabalho favorecem. Observe-se como LAPLANCHE & PONTALIS (1986) definem a sublimação:

atividades humanas sem qualquer relação aparente com a sexualidade, apesar de ter seu elemento propulsor na pulsão sexual. A pulsão é sublimada na medida que é derivada para um novo alvo que visa objetos socialmente valorizados, sendo assim, expressa em atividades que envolvem um desejo que não tem por finalidade, de forma manifesta, um alvo sexual.

MENDES & ABRAHÃO (1996), por ocasião de um estudo sobre as influências da organização do trabalho nas vivências de prazer-sofrimento do trabalhador, definem o conceito de sublimação da seguinte forma:

A sublimação é um processo inconsciente e encontra-se na base da estruturação da personalidade do sujeito, diferenciando-se completamente da repressão, que traz de forma subjacente a idéia de alienação. O caráter transformador da sublimação significa que quando uma energia é sublimada pressupõe-se criatividade, inovação e participação, sendo uma negociação bem-sucedida entre o desejo e a realidade, não implicando resistências a mudanças, passividade e conformismo.

Uma terceira definição de sublimação que parece importante apresentar, uma vez que complementa as demais é a de MARTINS (1994):

A sublimação não é renúncia nem adaptação, mas sim transformação da pulsão que mantém a satisfação dela mesma. Nesse sentido, o adoecimento está relacionado à falta de sublimação, que quando não ocorre torna a vida do sujeito insuportável para si mesmo e para os outros.

Para que o trabalho possa desempenhar o papel de estruturante e facilitador da saúde psíquica, precisa obedecer às condições exigidas para a possibilidade da sublimação, quais sejam: autonomia, criatividade e reconhecimento, permitindo, assim, a descarga adequada da energia psíquica.

1.2.1.3. As condições e a organização do trabalho

Como assinalado anteriormente, a organização do trabalho remonta aos primórdios da civilização humana, mas é no final do século XIX e início do século XX que o trabalho sofre uma sistematização que pretende ser racional e pragmática, ou científica como preferiram os idealizadores da OCT (Organização Científica do trabalho), tendo como seu maior expoente o engenheiro mecânico Frederico Wilson Taylor.

No início dos estudos daquela que mais tarde se tornaria a escola psicodinâmica, DEJOURS (1988a) propõe a seguinte definição para Organização do Trabalho:

Por Organização do Trabalho designamos a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade etc.

Passada mais de uma década e muitas novas pesquisas, a psicodinâmica propõe uma definição de Organização do Trabalho que não permite dissociar-se do conceito de Condições de Trabalho.

Os autores esclarecem que deve-se entender por Condições de Trabalho as pressões físicas, mecânicas, químicas e biológicas do posto de trabalho, ou seja, as condições de trabalho que recaem sobre o corpo do trabalhador, podendo acarretar desgastes e doenças somáticas.

Já a Organização do Trabalho, que é conceituada em contraste com as Condições do Trabalho diz respeito, por um lado, à divisão do trabalho, ou seja, à divisão das tarefas entre os operadores, repartição, cadência, enfim, o modo operatório prescrito; e por outro lado à divisão dos homens, quais sejam: repartição das responsabilidades, hierarquia, comando, controle etc. (DEJOURS, *et al.* 1994).

TAYLOR (1960), ao propor o Método da Administração Científica do Trabalho buscou, através de registros e controles rígidos de tempos; sistematização e economia de movimentos; parcelamento das tarefas e estabelecimento de quantidades de produção máximas, eliminar um comportamento denominado “soldering”¹. Taylor acreditava que os trabalhadores produziam menos do que poderiam, propositadamente, a fim de que o trabalho não se esgotasse, mantendo, desta forma, seus empregos.

Aquele era um tempo em que o operário ainda detinha o conhecimento de seu ofício. Na sua grande maioria eram artesãos operários, que determinavam a forma e o ritmo para a execução das tarefas. Foi neste contexto que surgiu a tese revolucionária de TAYLOR (1960), que profetizou: “No passado o homem estava em primeiro lugar, no futuro o sistema terá a primazia”.

DEJOURS (1988a), analisando o comportamento, que Taylor acusou de vadiagem, demonstrou que se tratava, na verdade, de uma etapa do trabalho em que agem operações de regulagem do binômio homem/trabalho destinada a assegurar a continuidade da tarefa e a proteção da vida mental do trabalhador.

As condições e a forma pela qual o trabalho é organizado possibilita ou impede o trabalhador de desfrutar da significação simbólica individual da tarefa. Por tarefa aceitamos a definição de MENDES (1988): “As tarefas são modos operatórios cognitivos, procedimentos e instrumentos utilizados pelos trabalhadores para produzir algo”.

¹ Termo traduzido na edição brasileira por ‘fazer cera’. Em DEJOURS (1988a) este termo é traduzido por ‘vadiagem’.

Sobre a significação da tarefa, a autora acima afirma que a mesma não está desvinculada do sujeito que a realiza e do contexto no qual está inserido, sendo o significado atribuído ao trabalho, uma resultante de componentes simbólicos e dinâmicos subjacentes à relação indivíduo/trabalho.

A possibilidade de singularizar as tarefas é que possibilita ao trabalhador transformar o trabalho, do ponto de vista subjetivo, para que este seja um representante psíquico e, portanto, estruturante da sua identidade psicossocial. É deste modo que o trabalho se presta como fonte de prazer e saúde.

1.2.1.4. O sofrimento no trabalho

Ao se colocar em evidência os mecanismos de defesa utilizados pelos trabalhadores, os pesquisadores do campo da Saúde Mental e Trabalho, forçosamente, afirmam que o trabalho, sob determinadas condições, pode produzir sofrimento, do contrário tais mecanismos não teriam razão de ser.

Segundo MENDES (1988), as estratégias defensivas visam evitar o aspecto doloroso que o sofrimento causa para o trabalhador, requerendo a proteção do ego contra os conflitos que se encontram na base do sofrimento. Ainda, segundo a autora, as estratégias podem ser coletivas ou individuais, dependendo do contexto organizacional e dos recursos psicológicos mobilizados nas situações de trabalho.

DEJOURS (1988a), fala do sofrimento no trabalho, o qual é revelado por sintomas tais como a insatisfação, o medo e a ansiedade. O autor defende que a insatisfação é a resultante da vergonha de ser robotizado, de não ser mais que um apêndice da máquina, às vezes de ser sujo, de não ter mais imaginação ou inteligência, de estar despersonalizado.

Quando o trabalhador está sujeito a estas condições, sua imagem narcísica sofre golpes brutais e contínuos, levando-o a estabelecer uma auto-imagem deteriorada.

“A vivência depressiva condensa, de alguma maneira, os sentimentos de indignidade, inutilidade e de desqualificação, ampliando-os” (DEJOURS, 1988a).

O medo é uma realidade cotidiana no mundo do trabalho, onde danos de diferentes modalidades ameaçam, em variados graus e continuamente, os trabalhadores. É caracterizado por uma ameaça externa e independente do sujeito, alheia à sua vontade e, via de regra, fora do seu controle.

Segundo DEJOURS (1998a), ao se colocar o medo dessa forma, poderia dar a impressão de que se está falando de riscos de acidentes com efeitos perceptivos exuberantes como os comumente apresentados pela mídia sobre a construção civil, metalurgia pesada, mineração, entre outros, onde os acidentes são visivelmente alarmantes.

Contudo, argumenta o autor, o medo está, invariavelmente, presente em todos os tipos de tarefas e nas mais variadas formas tais como o medo de ausentar-se por motivos pessoais, o medo de não responder satisfatoriamente às pressões por produtividade, o medo pelos erros na execução de determinada tarefa, o medo frente ao estado de humor da chefia, o medo diante da ameaça do desemprego, etc.

Nos dias atuais, com o avanço da tecnologia, cuidados higiênicos e ergonômicos, seria lógico supor que os riscos de acidentes e doenças profissionais estivessem minimizados, senão extintos.

No entanto, a realidade apresenta uma situação bastante diversa. Isto ocorre basicamente por três fatores: o primeiro deles diz respeito ao descumprimento das normas estabelecidas e/ou recomendadas para que a realização das tarefas não oferecessem riscos à saúde do trabalhador; o segundo, que tem impacto direto sobre o primeiro, é a pressão constante pelo aumento da produtividade e redução de custos; e o terceiro é a ilusão de que um ambiente asséptico, bem iluminado e equipado com tecnologia de ponta eliminaria tais riscos.

Os DORT/LER dão provas de que os riscos à saúde continuam tão ou mais acentuados que no início do processo de industrialização. Os lesionados surgem, para dar apenas alguns exemplos, nas linhas de produção da metalurgia pesada (que representaria, genericamente, um ambiente sujo, mal iluminado e que exigiria esforços físicos intensos), nas fábricas de cosméticos (que representaria um ambiente asséptico) e nos bancos, escritórios e centros de computação (que representariam ambientes com tecnologia avançada).

O trabalhador, além do medo ligado às relações de trabalho, vivencia o temor de adoecer, pois sabe que isto o lançará no círculo vicioso da instabilidade do vínculo com a instituição que o emprega.

Decorrentes dos mesmos fatores disparadores do medo, a ansiedade está presente no ambiente de trabalho e nas tarefas propriamente ditas. DEJOURS (1988a), descreve a ansiedade a partir dos seus diferentes componentes, dividindo-a em três categorias:

a) ansiedade relativa à degradação do funcionamento mental e do equilíbrio psicoafetivo; b) ansiedade relativa à degradação do organismo e c) ansiedade gerada pela disciplina da fome.

Na primeira categoria de ansiedade, segundo o autor, dá-se a desestruturação psicoafetiva espontânea com os colegas, um ‘envenenamento’ pela discriminação e pela suspeita. A agressividade assume a tônica das relações, contaminando, inclusive, seu contato com a hierarquia.

Quanto ao segundo tipo de ansiedade, é resultante dos riscos à saúde física. As condições de trabalho, ao submeter o corpo do indivíduo a riscos de acidentes e/ou doenças, sobre os quais ele não tem controle, mantendo-o em um estado de tensão permanente e impedindo-o de realizar descargas totais, cuja importância é esclarecida pela psicanálise e pela psicossomática através do conceito de homeostase.

Sobre este aspecto DEJOURS, (1998a) diz que as más condições de trabalho não só trazem prejuízos para o corpo, como também para o espírito. É de natureza mental a ansiedade resultante das ameaças à integridade física. A ansiedade é a seqüela psíquica do risco que a nocividade das condições de trabalho impõe ao corpo.

Por fim, na terceira categoria de ansiedade descrita, o trabalhador, apesar de sentir-se exposto aos riscos de danos físicos e/ou mentais, vê-se obrigado a continuar em seu emprego por uma questão de sobrevivência.

As pressões atuais do desemprego sobre os trabalhadores assumiram proporções escravizantes, na medida que não lhes permitem a alternativa de deixar o posto de trabalho e aventurar-se em busca de outro que melhor satisfaça suas necessidades e características individuais.

Os DORT/LER, enquanto doença do trabalho, são a manifestação concreta, no corpo, de que este encontro entre trabalhador e trabalho está produzindo desgaste físico. Nossa hipótese é de que tal desgaste tem seu correspondente psicoemocional. E o nosso desafio é o de descrever quais são os sinais psicopatológicos característicos e o seu grau de severidade.

1.2.2. O modelo do Estresse Ocupacional

1.2.2.1. Breve histórico

Desde o século XIX, a Medicina definiu que para a manutenção da vida é necessário conservar a constância do meio interno, apesar da variação do meio ambiente. Muitos anos mais tarde, denominou-se a manutenção dessa constância de Homeostase assegurando, na fisiologia, um papel fundamental à adrenalina e ao sistema nervoso autônomo, os quais atuariam de maneira importante na manutenção da constância interna em vários estados de emergência (PASQUALINI, 1952).

Originalmente, a noção de estresse veio da Física para explicar o grau de deformação sofrida por um corpo sob a influência de uma força determinada, ou como resultado da interação entre uma força e a resistência a ela oposta. SOUZA (1992), afirma que o conceito de estresse, neste período, era concebido como “o grau de deformação que um corpo sofre sob o influxo de uma força”.

Hans Selye, ao realizar pesquisas sobre hormônios, a partir de 1936, descobriu que a aplicação de determinadas substâncias produziam reações internas variadas a fim de manter o equilíbrio ameaçado. Por meio dessas experiências, SELYE (1993) desenvolveu a teoria da Síndrome Geral de Adaptação, a qual se divide em três estágios. O primeiro seria a reação de alarme, o segundo seria o estágio de *resistência* e o terceiro de *exaustão*.

Com esta construção teórica, o conceito de estresse foi incorporado ao campo da biologia. Com base nesses estudos SELYE (1993) define estresse como: “Conjunto de reações que um organismo apresenta quando submetido a situações que desafiam seu equilíbrio adaptativo”.

A partir da assimilação do conceito de estresse para expressar um estado de saúde, houve uma disseminação do termo com tal amplitude que este teve sua capacidade de definição científica seriamente prejudicada, uma vez que passou a definir os mais variados e, por vezes, contraditórios estados psíquicos, físicos e emocionais.

Para a manutenção do estatuto científico do termo, os que consideram excessivamente inflacionado o leque semântico desta palavra propõem que o conceito se restrinja às situações de sujeição psicossensoriomotoras extremas, no limite do dano direto à integridade do sujeito. Nessa abordagem, podemos citar os estudos dos *processos* neuroendocrinológicos do estresse apresentados por VASCONCELOS (1992).

Outra vertente defende que o conceito de estresse deve ater-se ao princípio geral de que vários fatores de estresse, inclusive os psicossociais, são responsáveis pelo aumento da suscetibilidade às doenças, enfatizando, contudo, sua inespecificidade. LAZARUS & FOLKMAN (1984) dão destaque aos mediadores psicológicos que governam a psicofisiologia da resposta ao estresse e o definem como “uma relação particular entre a pessoa e o ambiente, que é avaliado pela própria pessoa como sobrecarregando ou excedendo seus recursos e ameaçando o seu bem estar”.

Segundo MACHADO (1997), numa tentativa de sistematizar o campo, tem-se tratado o conceito de estresse dentro de três abordagens.

Uma das abordagens considera o estresse como uma resposta a situações externas e/ou interna, ou seja, como uma resposta-padrão do organismo a uma série de agentes estressores que podem ser os mais diversos. Ao considerar o estresse como qualquer agente potencialmente capaz de alterar o equilíbrio de um organismo, incluindo os distúrbios emocionais, esta abordagem faz a inclusão do ser humano como objeto central da teoria.

Numa segunda abordagem, sob a qual o estudo do estresse é realizado por um grupo de pesquisadores da psicologia, a ênfase recai, não sobre a resposta, mas na situação estimuladora, que possuiria a capacidade de indução do organismo ao desequilíbrio. Este enfoque distancia o conceito de estresse, definitivamente, daquele trazido da Física. Dentro deste enfoque houve vários pesquisadores que avançaram na discussão do conceito, defendendo que as conseqüências do estresse ultrapassariam o equilíbrio fisiológico, afetando também a estabilidade psicológica.

Uma terceira abordagem do conceito propõe que o estresse se dá em função das variáveis mediacionais, ou seja, da configuração (processo) entre a fonte estimuladora e os elementos de resposta. Nas variáveis mediacionais estariam incluídos os fatores de personalidade e os determinantes cognitivos. Nesta abordagem, o estresse está sujeito à interpretação que o indivíduo faz do estímulo e tem sido denominada como Estresse Psicossocial ou “Work-stress”.

Uma das preocupações que acompanham a própria formulação do conceito de estresse é quanto à possibilidade e o método para medir o fenômeno. Segundo MACHADO(1997), encontramos três modos básicos de medida:

A primeira medição trata da avaliação fisiológica do estresse, a qual é feita através de equipamentos elétricos e mecânicos (para verificar pressão sanguínea, frequência cardíaca, entre outros.) e bioquímicos (para análise de sangue, urina, e.g).

A segunda forma de medir o estresse é por meio do próprio relato do sujeito, ou seja, é a avaliação dos eventos da vida. Para esta medição há diversas escalas ou questionários, ou seja, instrumentos padronizados em que as pessoas fazem julgamento sobre vários elementos, tais como constelação familiar, casamento, ocupação, economia, residência, relacionamento com grupos e pares, educação, religião, lazer e saúde.

Por fim, a terceira maneira de avaliar o estresse é por meio da análise dos imprevistos diários, os quais são levantados, também com o uso de escalas, as quais pesquisam sobre irritação, frustração, demandas de tensão e problemas de relacionamentos que aborrecem cotidianamente os indivíduos.

MACHADO (1997) comenta a obra de MACLENNAM (1992)* o qual desenvolveu um dos trabalhos com vistas a organizar os estudos sobre estresse. Nesse trabalho, o autor categorizou as experiências já realizadas, em três grupos.

Na primeira categoria estariam os fatores sensoriais e perceptuais: iluminação, ruído, proporção espacial, temperatura, umidade, umidade e segurança no que se refere ao ar puro, exposição a tóxicos e equipamentos apropriados.

A segunda refere-se à área organizacional/gerencial, que inclui diversos fatores, tais como clareza de papéis e funções, políticas promocionais, oportunidades de desenvolvimento e crescimento, funcionalidade dos recursos humanos e materiais, políticas de benefícios, flexibilidade de carga e fluxo de trabalho e valores salariais.

Na terceira categoria estariam as relações interpessoais e clima organizacional, atmosfera, relação com chefia e com os pares, tolerância à discriminação e ao assédio, prestígio da ocupação e da organização. Ainda dentro desta categoria, o autor inclui a participação dos trabalhadores no processo de tomada de decisão e solução de problemas e sugestões para melhoria das condições de trabalho.

1.2.2.2. Críticas à utilização do conceito de estresse

Segundo MACHADO (1997), apesar dos continuados esforços para especificar as causas determinantes do desgaste físico e mental no trabalho, ainda persistem dúvidas quanto à conceituação do estresse ocupacional. O autor afirma ainda que, além das dificuldades de conceituação, levando muitos estudiosos a tomar como sinônimos termos como tensão, pressão ou fadiga, também existem as dificuldades metodológicas e o uso quase exclusivo de medidas baseadas em auto-relatos.

* MACLENNAM, – APUD MACHADO, S. S. **Fatores relacionados ao estresse ocupacional em ambientes de risco.** (tese de mestrado pela UnB), Brasília, DF, 1997.

A teoria do estresse recebe as críticas mais ruidosas dos que lhe negam qualquer valor metodológico-científico. Para sustentar esta posição, seus críticos apresentam dados de pesquisas empíricas, as quais afirmam demonstrar que mesmo que se use exaustivamente a noção de estresse, não se consegue encontrar nenhuma patologia específica que seja determinada por um fator de estresse em particular (SOUZA, 1992).

Outra crítica é de que embora o conceito de estresse tenha sido submetido a tantas investigações, nas ciências sociais ainda não se reveste da precisão exigida pelos conceitos científicos. Desta forma, tornar-se-ia difícil estabelecer definições operacionais adequadas aos propósitos científicos, uma vez que a maioria das disciplinas aborda o estresse como fenômeno, enquanto outras o analisam como processo. Os críticos atribuem a estas divergências a principal dificuldade para a definição do conceito de estresse.

Com relação ao modelo psicossocial, os críticos argumentam que, representada principalmente pelo modelo mediacional, trata-se o estresse atribuindo-lhe um aspecto qualitativo extremamente abstrato. Essas denominações se apresentariam como dificuldades ao se fazer investigações tentando abordar o estresse empiricamente, através de definições operacionais.

Outras indagações são formuladas a respeito de pesquisadores que, ao aplicarem a teoria do estresse ao Campo da Saúde Mental, estariam propondo o conceito de Estresse Psicossocial, o qual não seria passível de comparação ponto a ponto com a Síndrome Geral de Adaptação que, por sua vez, teria conseqüências agudas e dramáticas sobre a economia orgânica do indivíduo.

O Estresse Psicossocial far-se-ia representar de forma mais simbólica e sutil, sendo mediado pela interpretação que o aparelho psíquico formularia frente as situações específicas (SOUZA, 1992).

Embora as críticas apresentadas acima sejam feitas de forma contundente e até apaixonadas, entende-se que não representam um consenso sobre o tema. Na realidade, a maioria dos pesquisadores no campo da saúde mental tem confirmado a validade e a pertinência do conceito de estresse e sua aplicabilidade, principalmente para as pesquisas a respeito do desgaste mental no trabalho.

O fato do conceito de estresse ter sofrido constantes reformulações, como mostra o histórico apresentado acima, não significa demérito algum e sim a confirmação de que o mesmo tem se mostrado uma ferramenta produtiva para as pesquisas na área e, por isso mesmo, tem sido permanentemente aperfeiçoado. Quanto à afirmação de que o conceito de estresse psicossocial não pode ser comparado ponto a ponto com a síndrome geral de adaptação, não se entende como um problema, uma vez que não parece haver qualquer necessidade de tal associação.

Outra crítica diz respeito às pesquisas realizadas sobre o tema que, segundo os que questionam o método, quase toda insatisfação ou negatividade, atribuída ao trabalho, é associada ao estresse. Outro elemento é que os fatores estressores produzem impactos diferenciados nos indivíduos, colocando as generalizações sob suspeita.

Com relação às técnicas utilizadas para auxiliar os empregados no controle do estresse, MACHADO (1997) comenta que as mais comuns e que procuram a redução de alguns sintomas são: relaxamento muscular, “biofeedback” meditação, reestruturação cognitiva/treinamento comportamental de habilidades. Segundo o pesquisador, os estudos feitos para verificar a eficácia das técnicas revelaram que a maior desvantagem está no fato de não serem designados para reduzir ou eliminar as fontes de estresse, mas sim para ensinar os empregados a utilizarem técnicas mais eficientes de “coping”², ou seja de gerenciamento das situações estressantes.

Segundo ROCHA & FERREIRA JUNIOR (2000):

Nem todos os processos adaptativos são “coping”. “Coping” é um subconjunto de atividades de adaptação que envolve esforços e não inclui tudo o que nós fazemos ao nos relacionarmos com o ambiente. Além disso, as definições de “coping” devem incluir os esforços para gerenciar exigências estressantes independentemente do resultado”.

² Segundo LAZARUS & FOLKMAN (1984): “coping” define os esforços comportamentais e cognitivos em constante mutação que visam ao gerenciamento das exigências internas e/ou externas específicas, as quais são avaliadas como taxando ou excedendo os recursos da pessoa”.

1.2.2.3. O Estresse Psicossocial ou “Work-stress”

ROCHA & FERREIRA JUNIOR (2000), definem o estresse como um conjunto de alterações psiconeuroendócrinas desencadeadas no organismo em decorrência de estímulos de natureza física, cognitiva e psicoafetiva que, uma vez bem assimilados pelo indivíduo, podem resultar numa reação de defesa saudável. Contudo, afirmam os mesmos autores, se houver desacordo entre os estímulos e as respostas, ou entre o ambiente e o indivíduo, as conseqüências podem ser danosas.

Percebe-se, através da literatura mais recente, que esta abordagem tem conquistado cada vez maior espaço e consideração no mundo científico, mais especificamente nas pesquisas sobre saúde e trabalho.

A contribuição da Ciência do Estresse tem possibilitado a elucidação de relações entre estruturas sociais e processos (no trabalho e fora dele). O caminho está sendo percorrido para apreender a interação resultante entre sistema nervoso central e outros sistemas orgânicos na promoção ou contra-actuação na saúde do trabalhador (TOKYO DECLARATION, 1998).

Tanto quanto o estresse no sentido clássico, as reações de ativação, quando breves e não muito freqüentes, revelam-se fundamentais para a superação de determinados obstáculos. Entretanto, a repetição excessiva ou ativação prolongada dos sistemas nervoso e neuroendócrino perturbam a homeostasia do organismo, produzindo um jogo circular de retroalimentação.

Nos estudos realizados por ROCHA & FERREIRA JUNIOR (2000), os autores concluem que a percepção subjetiva do trabalhador a respeito das exigências do seu trabalho é a resultante das características físicas da carga de trabalho³, da sua personalidade, das experiências passadas e da situação social do trabalho.

³ Carga física do trabalho diz respeito aos aspectos diretamente mensuráveis tais como ritmo, intensidade, força, repetitividade, tempo de duração etc.

De acordo com SOUZA (1992), a teoria do Estresse Psicossocial tem contribuído de forma expressiva para o campo da Saúde Mental e Trabalho na medida em que, através da verificação de alterações fisiológicas, propõe-se a avaliar os efeitos de certas condições de trabalho sobre a coletividade dos trabalhadores. Destas pesquisas, destacam-se cinco pontos referenciais: os fatores inerentes ao posto de trabalho; as funções na organização; o desenvolvimento da carreira profissional; as relações no trabalho e a estrutura e atmosfera institucionais.

Nesta mesma linha de trabalho, LEVI (1988) afirma que a saúde e o bem estar dos trabalhadores dependem, em grande medida, das características do ambiente socioeconômico e cultural em que se desenvolve o processo, incluindo as influências do meio, urbanas e rurais; clima; condições geográficas; tecnologia utilizada; os papéis masculino e feminino nas relações de trabalho e fora dele e a idade de início da vida profissional.

Segundo ROCHA & FERREIRA JUNIOR (2000), a carga psíquica⁴ exerce influência sobre o estado psicológico e o comportamento do trabalhador. As tarefas que comportam uma carga excessiva ou uma subcarga de trabalho produzem reações neuroendócrinas de estresse agudo, provocando a liberação de hormônios glicocorticóides e catecolaminas, produzindo efeitos negativos sobre o bem-estar, a satisfação no trabalho e a saúde do indivíduo. Ainda, segundo os autores, a liberação desses componentes pode levar a uma sobrecarga muscular estática além do que seria esperado em função da postura e carga dinâmica, produzindo uma sobrecarga muscular global.

Outro fator de alto potencial no desencadeamento do estresse se dá a partir das relações interpessoais. Quando há demasiada pressão exercida pelo grupo, situações de interação social negativa ou relação com clientes descontentes, as possibilidades do desencadeamento de um processo de estresse fica potencializada.

⁴ Carga psíquica, segundo DEJOURS (1994), trata do prazer, satisfação, frustração, agressividade, medo, etc. e o grau de liberdade que o trabalhador desfruta, em seu ambiente, para lidar com tais vivências.

A revisão feita por MACHADO (1997) defende que uma parcela significativa das queixas de estresse resultam da quebra do processo de acomodação mútua entre o trabalhador e a organização empregadora. Segundo os autores, quando esta relação é saudável, empregados e empregadores fazem alianças entre si, num esforço para reduzir conflitos e desenvolver metas específicas e compartilhadas.

Nesse processo de acomodação mútua, três componentes são relevantes: a) os indivíduos, incluindo as habilidades dos supervisores e empregados, comportamentos, personalidade e atitudes; b) a relação entre os indivíduos e c) o ambiente ou contexto no qual eles trabalham, incluindo o local de trabalho, a estrutura de poder, a cultura organizacional e o sistema de suporte dos gerentes e empregados.

Segundo MACHADO (1997), é na dinâmica desse processo que a saúde ocupacional é nutrida ou impedida.

No presente trabalho, adotou-se como referencial teórico-metodológico a concepção do Estresse Psicossocial, por entender-se que o mesmo responde, de forma mais adequada, às questões formuladas para o estudo da população que ora é tomada como objeto desta pesquisa, dada à natureza da sua patologia, suas características e sua configuração psicossocial.

1.2.3. Considerações sobre o trabalho

1.2.3.1. Histórico

A civilização humana foi decisivamente marcada pela sua capacidade de articulação social, tendo como um dos pilares fundamentais a organização e divisão do trabalho. Já na Idade da Pedra, segundo a antropologia, as mulheres cuidavam da colheita de raízes e do trato com os filhos, cabendo aos homens a caça e a defesa do grupo dos animais e dos bandos rivais (CHILDE, 1988).

Num artigo intitulado, “O papel do trabalho na transformação do macaco em homem” ENGELS (1880, 1986), diz:

Toda a riqueza provém do trabalho, asseguram os economistas. E assim o é na realidade: a natureza proporciona os materiais que o trabalho transforma em riqueza. Mas o trabalho é muito mais do que isso: é o fundamento da vida humana. Podemos até afirmar que, sob determinado aspecto, o trabalho criou o próprio homem.

Segundo OAKLEY (1986), a possibilidade humana de criar ferramentas para o trabalho foi também um dos fatores decisivos na sua evolução, dando ao trabalho um grau cada vez mais elevado em complexidade e eficiência, no domínio da natureza: "... com o controle progressivo do meio através do uso de instrumentos manufaturados, o homem se converteu na mais adaptável de todas as criaturas, com liberdade de se estender por todas as zonas climáticas."

Analizando o trabalho, a partir de sua organização, constata-se, nos escritos mais antigos da História da humanidade, relatos dando testemunho de que o trabalho, dentro de determinadas condições, serve também de instrumento de dominação e mais, revela-se um instrumento capaz de produzir sofrimento, dor e morte.

Há muito tempo se sabe que o trabalho, quando executado sob determinadas condições, causa doenças, encurta a vida ou mata, sem rodeios, os trabalhadores (SOUZA, 1992).

No texto bíblico, encontra-se o relato do controle exercido pelo Faraó Ramsés II (ÊXODO, 1967) sobre os israelitas através do trabalho onde fica claro que, se executado dentro de determinadas condições, se presta como instrumento contra a vida:

É preciso tomarmos precaução contra eles e impedir que se multipliquem, para não acontecer que, sobrevindo uma guerra, se unam contra nós, e se retirem do país. Estabeleceu, pois, sobre eles feitores para acabrunhá-los de trabalhos penosos... Impunham-lhes a mais dura servidão, e amarguravam-lhes a vida com duros trabalhos na argamassa e na fabricação de tijolos, bem como com toda a sorte de trabalhos nos campos e todas as tarefas que se lhes impunham tiranicamente (ÊXODO, 1967).

Estes mesmos escritos dão conta de que esse povo, após ter conseguido a liberdade e conquistado a ‘terra prometida’, empenhou-se em elaborar uma série de leis que regulassem os direitos de propriedade da terra e as relações sociais, deixando clara sua preocupação para que não houvesse acumulação dos bens de produção, evitando repetir a exploração a que foi submetido no passado.

Em outro trecho bíblico, quando trata do ‘pecado original’, o trabalho é proposto como castigo. “Porque ouviste a voz de tua mulher e comeste do fruto da árvore que eu lhe havia proibido comer, maldita seja a terra por tua causa. Tirarás dela com trabalhos penosos o teu sustento todos os dias de tua vida” (GÊNESIS, 1967).

Outro elemento que associa o trabalho ao sofrimento é trazido pelo próprio termo, derivado do latim, *tripalium*: Ainda que originalmente o *tripalium* fosse usado no trabalho do agricultor, no trato do cereal, é do uso deste instrumento como meio de tortura que a palavra trabalho significou por muito tempo - e ainda conota - algo como padecimento e cativeiro (ALBORNOZ, 1994).

Aparentemente contraditório, na medida em que o trabalho é apresentado como instrumento de castigo e portanto gerador de sofrimento, apresenta-se também como elemento estruturante da sociedade, como veiculador da cultura e da ordem civilizatória. Mais ainda, apresenta-se como elemento estruturante do indivíduo, na medida em que possibilita a ‘atividade subjetivante’⁵ (DEJOURS, 1997).

Segundo MENDES (1988), mesmo quando os trabalhadores vivem desgaste e desconforto em relação ao trabalho, eles não abandonam nem perdem o desejo de trabalhar. Mesmo considerando que as necessidades de sobrevivência desempenhem um papel importante neste aspecto, o que realmente mantém este desejo vivo é o ganho psíquico. Ao sentir-se útil e produtivo, o sujeito tem uma via a mais de estruturação psíquica e social da sua identidade como sujeito que atua e produz.

Portanto, se o trabalho pode responder a estas duas perspectivas, ou seja, a de ser um promotor de saúde ou de doença, as pesquisas têm apontado que tal fato se deve, principalmente, à organização do trabalho.

⁵ Conceito extraído da Etnografia Industrial, onde se considera que tanto o trabalho é modificado pelo indivíduo, como o sujeito sofre alterações durante o processo produtivo.

O trabalho é fonte de prazer e saúde, quando a sua organização é flexível, dando possibilidades claras de negociação das normas e regras dos processos de trabalho e também, quando os trabalhadores têm participação efetiva na gestão coletiva das demandas individuais e da própria instituição. No entanto, a ausência dessa possibilidade participativa em que não há crítica e as verdades são inquestionáveis, cria ambiente propício ao surgimento do sofrimento (MENDES, 1988).

1.2.3.2. Saúde dos trabalhadores: tendências e perspectivas

Tendo como recorte o advento da proposição de TAYLOR (1960) e FORD (1964) sobre a Organização do Trabalho, os quais deram início à criação, respectivamente, do método de parcelamento do trabalho e da fragmentação das funções; à produção em massa, através da linha de montagem, ‘controlando’ e ‘racionalizando’ os movimentos e os tempos por meio de marcações cronométricas, passa-se a analisar o trabalho, enquanto atividade de prazer ou sofrimento, à luz da teoria psicodinâmica.

Nos primórdios da Revolução Industrial, o conceito de saúde era, ainda, a de que o organismo saudável é aquele que mantém preservadas as condições suficientes para executar os comportamentos esperados. DEJOUR (1988a) refere-se a este período como o da ‘pré-história’ da saúde, uma vez que viver é apenas não morrer.

À medida que a produção industrial foi adquirindo, paulatinamente, importância cada vez maior na economia, surgiram vários estudos que tentaram tratar das questões inerentes ao processo homem/trabalho com vistas a responder aos prejuízos que este causava aos trabalhadores. Sobre os danos causados, em função das condições de trabalho no início da Revolução Industrial, SOUZA (1992) escreve:

...no início da Revolução Industrial, quando as jornadas eram longas e extenuantes (até 16 horas diárias), os salários vis e as condições de trabalho insalubres e penosas, configurando um quadro dantesco de consumo predatório da força de trabalho.

Porém, foi no século XX que surgiram teorias com força de influência decisiva no campo da organização do trabalho. TAYLOR (1960), publicou nos Estados Unidos, em 1911, o que viria a ser o grande guia para os dirigentes de empresas: “Princípios de Administração Científica”. O taylorismo, no entanto, não considerava, em nenhum momento, as implicações psicológicas que poderiam estar envolvidas nas atividades que ele submetera a uma ‘administração científica’.

Concorda-se com SELIGMANN-SILVA (1994), quando afirma que:

“(Taylor)...manifestou total desprezo pela participação mental dos trabalhadores naquelas tarefas que considerava totalmente manuais e passíveis de parcelamento, isto é, reduzidas a movimentos rigorosamente prescritos”.

LEPLAT e CUNY (1978), ao citar MÜNSTERBERG*, afirmam que o mesmo estaria envolvido neste momento histórico, onde a organização do trabalho e a otimização dos meios de produção estão na ordem do dia, publica: *Psychologie et efficience industrielle: Fondements de la psychotechnique* MÜNSTERBERG (1913), onde procurou estabelecer princípios que possibilitassem encontrar o melhor trabalhador possível, como produzir o melhor trabalho possível e como chegar aos melhores resultados possíveis. Este foi o primeiro estudo em que se considerou os aspectos psicológicos do trabalho estando, contudo, inteiramente voltado para os interesses das organizações.

Com a instalação das linhas de montagem instauradas pelo fordismo, aplicado a partir do método Taylor, o nível de parcelamento das tarefas atingiu graus elevadíssimos. Embora as empresas experimentassem lucros nunca alcançados antes do novo sistema, dois fatores indesejáveis apareceram: as reações dos trabalhadores e de suas organizações e os ‘fatores humanos’, que apresentavam falhas, posto que muitas peças da linha de produção apresentavam defeitos irreparáveis.

* MUNSTEMBERG, Apud - LEPLAT,J. & CUNY,X. *Psicologia del trabajo*. Madrid: Pablo del Rio, 1978.

MAYO (1959), com o intuito de responder aos problemas derivados dos métodos Taylor e Ford de produção, publica em 1933 *Problemas humanos de uma civilização industrial*. Este trabalho teve um forte impacto sobre os psicólogos da época, impulsionando a fundação da Escola de Relações Humanas.

Embora com propostas aparentemente diferentes, o taylorismo, o fordismo e a Escola de Relações Humanas atuaram no sentido de favorecer os objetivos econômicos das empresas. Na medida em que o taylorismo pregava a disciplinação planejada, a psicossociologia, apoiada nas teorias de Mayo, procurava implementar a “suavização e a dissimulação das coerções embutidas nas formas de gerenciar e estruturar a organização do trabalho”, (SELIGMANN-SILVA, 1994).

O desenvolvimento teórico e de práticas embasadas na psicologia, visando a discussão dos conflitos emergentes do confronto homem/trabalho surgiu, assim, a partir de interesses econômicos das indústrias que buscavam eliminar problemas específicos, que pudessem atrapalhar o objetivo maior, que era a busca incessante do aumento de produtividade.

Já nesse período, importantes pensadores teceram considerações muito precisas sobre os malefícios à saúde mental, causadas pela organização do trabalho imposta aos operários.

SMITH (1986), defende a superioridade tecnológica da divisão do trabalho, onde apresenta três argumentos, a saber: o crescimento da habilidade individual de cada operário, a economia de tempo e a invenção de um grande número de máquinas. No entanto, no capítulo posterior, o autor faz uma crítica severa sobre as conseqüências a que os trabalhadores estariam sujeitos frente à nova organização do trabalho.

Ora, a inteligência da maioria dos homens forma-se necessariamente através de suas ocupações cotidianas. Um homem que passa toda a sua vida a cumprir um pequeno número de operações simples, cujos efeitos, sempre os mesmos, não tem como desenvolver sua também são, talvez inteligência, nem exercitar a imaginação e torna-se, em

geral, tão bruto e ignorante quanto possa tornar-se uma criatura humana.

MARX (1986), critica a divisão das tarefas ao analisar os efeitos da organização do trabalho sobre a vida dos operários:

Deforma o trabalhador monstruosamente, levando-o artificialmente a desenvolver uma habilidade parcial, à custa da repressão de um mundo de instintos e capacidades produtivas... Não só o trabalho é dividido em suas diferentes frações, distribuídas entre os indivíduos, mas o próprio indivíduo é mutilado e transformado no aparelho automático de um trabalho parcial.

Numa outra perspectiva de análise, a qual busca identificar os movimentos sociais que tentaram se opor às condições adoecedoras da organização do trabalho e oferecer meios para a defesa da saúde dos trabalhadores, DEJOURS (1988a), aponta a Primeira Grande Guerra como fator decisivo para a emergência das discussões sobre a saúde do corpo do trabalhador:

O desfalque, resultante do número de mortos e feridos de guerra, no reservatório de mão-de-obra, os esforços de reconstrução, a reinserção dos inválidos na produção, foram as condições de uma reviravolta na relação homem-trabalho.

O autor aponta, ainda, a Segunda Guerra Mundial como outro momento de avanço nas discussões sobre saúde do trabalhador, quando são institucionalizadas a Medicina do Trabalho, a Previdência Social e Comitês de Higiene e Segurança sem atingir, contudo, a questão da Saúde Mental no Trabalho.

Já SELIGMANN-SILVA (1994), atribui a este mesmo fato histórico (a guerra), além das conquistas dos higienistas, outro ponto importante de avanço sobre a abordagem da temática Saúde Mental/Trabalho. As próprias ocorrências das chamadas 'neuroses de guerra' atraíram a atenção de pesquisadores de diferentes áreas da saúde, despertando o interesse na identificação de causas coletivas relacionadas ao trabalho, que pudessem produzir quadros psicopatológicos. Ressalta no entanto que, com raras exceções, estes

estudos reconheciam o trabalho apenas como fator desencadeante de conflitos preexistentes, determinados pela estrutura da personalidade do indivíduo, portadora de fatores hereditários, experiências da infância e da vida familiar.

O enfoque da Psicodinâmica do Trabalho caminhava, assim, para uma delimitação mais precisa e definida. Porém, até a década de 70, grande parte dos estudos reconhecia apenas o fator desencadeante do trabalho, quando este mobilizava estruturas patológicas da personalidade já existentes, deixando transparecer a influência de uma leitura psicanalítica enviesada, privilegiando um determinismo psíquico que desconsiderava determinadas condições reais do trabalho como patógenas.

1.2.4. Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT/LER

Nos dias atuais, com a vertiginosa evolução da tecnologia, a incessante busca do aumento de produtividade e de redução dos custos, com vistas a fazer frente à competitividade de um mercado globalizado, a organização do trabalho aumentou ainda mais suas exigências para com os trabalhadores. Esta realidade produz, no Brasil hoje, o que outros países como - Japão, Alemanha, Austrália, Inglaterra, Estados Unidos da América e Canadá - já vivem desde a década de 70. Um fenômeno que chegou a ser considerado por RIBEIRO (1997) como: “a epidemia mundial dos anos 80”.

Segundo LIMA (1997), as lesões por esforços repetitivos podem ser consideradas como um dos mais graves problemas no campo da saúde do trabalhador neste fim de século.

A mesma avaliação é expressa pela Coordenação Geral de Serviços Previdenciários - Divisão de Perícia Médica - INSS (1998) quando afirma no primeiro parágrafo do texto introdutório da norma: Os Distúrbios do Sistema Osteomuscular Relacionados ao Trabalho têm-se constituído em grande problema de saúde pública em muitos dos países industrializados.

A denominação de Lesões Por Esforços Repetitivos é a tradução de “repetition strain injuries”, formulada na Austrália em 1984 e assumida no Brasil pelo INSS até 1997, o qual dava a seguinte definição:

Afecções que podem acometer tendões, sinóvias, músculos, nervos, fâscias, ligamentos, isolada ou associadamente, com ou sem degeneração dos tecidos, atingindo principalmente, porém não somente, os membros superiores, região escapular e pescoço, de origem ocupacional, de forma combinada ou não de uso repetido de grupos musculares, uso forçado de grupos musculares e manutenção de posturas inadequadas, (INSS, 1993).

Em sua mais recente resolução, a Divisão de Atividades Previdenciárias, propõe uma nova terminologia para as LER - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) - que é a tradução de “Work-related Musculoskeletal Disorders”. Justifica a necessidade da nova terminologia por entender as LER como distúrbios multifatoriais: A terminologia Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho tem sido preferida por alguns autores a outras, tais como Lesões por Trauma Cumulativo - LTC, Lesões por Esforços Repetitivos - LER, Doença Cervicobraquial Ocupacional - DCO e Síndrome de Sobrecarga Ocupacional - SSO, por evitar que na própria denominação já se apontem causas definidas (como por exemplo, ‘cumulativo’ nas LTC e ‘repetitivo’ nas LER) e os efeitos (como por exemplo, ‘lesões’ nas LTC e LER).

A partir desta nova postura frente ao fenômeno, a comissão propõe denominar a patologia pelo binômio DORT/LER, dando-lhe a seguinte definição: Uma síndrome clínica, caracterizada por dor crônica, acompanhada ou não por alterações objetivas e que se manifesta principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores em decorrência do trabalho, (DAP, 1997)⁶.

Ao contrário do que se poderia imaginar, os DORT/LER não são uma patologia recente no mundo do trabalho. RAMAZZINI (1992), descreveu doenças desse tipo em

⁶ DIVISÃO DE ATIVIDADES PREVIDENCIÁRIAS - INSS” (publicado no Diário Oficial da União 20 - 08 - 1998).

Publicado no Diário Oficial da União em 11/07/97.

escriturários e tipógrafos, identificando três de suas causas principais: a longa permanência na posição sentada, a exigência de movimentos repetitivos dos membros superiores e o sofrimento psíquico em razão da rapidez, atenção e responsabilidade exigidas nessas funções.

O Japão, país que nos últimos anos mais precoce e velozmente avançou em termos de automação e racionalização da organização do trabalho, foi o primeiro a considerar a gravidade do fato, o que se deu no final da década de 50. A incorporação das inovações tecnológicas e, em decorrência, as novas relações e organização do trabalho foram logo identificadas como responsáveis pelo impacto negativo sobre a saúde dos trabalhadores de várias categorias, tornando as enfermidades cervico-braquiais ocupacionais (nome que é dado aos DORT/LER naquele país) um sério problema social e de saúde pública.

Segundo RIBEIRO (1997), nos Estados Unidos, onde os casos de DORT/LER alcançaram vulto nos primeiros anos da década de 80, uma pesquisa realizada em seis indústrias metalúrgicas revelou uma incidência bem próxima àquela dos trabalhadores de linha de montagem no Japão, onde 25.6% dos casos tiveram como causa identificada os movimentos de alta intensidade e ritmo elevado.

Neste mesmo país, segundo os autores das Normas Técnicas para Avaliação de Incapacidades, INSS (1997), em 1994, o número de casos foi de 320.000, apenas no setor industrial.

Em recente revisão da bibliografia internacional, encontraram-se poucos trabalhos que tratam dos DORT/LER, sob o ponto de vista das implicações psicológicas, seja num enfoque etiológico ou como consequência derivada da patologia. Dentre eles podemos citar: HAYASHI, IJIMA, MATSUMOTO (1983); BAMMER & MARTIN (1988) ; PEREZ & ANDA (1993); HADLER (1996).

Marcado por uma visão pragmática da Saúde Ocupacional, o Brasil trata, ainda hoje, da saúde do trabalhador como a um corpo que deve ser protegido dos riscos que possam danificá-lo, conservando-o em bom estado de funcionamento e, quando necessário, utilizando técnicas precisas e objetivas de reparos.

Parece ser nesta linha que o Instituto Nacional do Seguro Social apresenta as Normas Técnicas Para Avaliação de Incapacidade, INSS, (1993, 1997), em que a ênfase recai sobre os aspectos biodinâmicos dos DORT/LER, privilegiando uma visão mecanicista da saúde, traçando parâmetros para diagnosticar e tratar o desgaste físico do trabalhador ao confrontar-se com determinadas condições e organização do trabalho.

Na medida em que o Ministério da Saúde adota a nomenclatura “Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho” e, no entanto, ao longo do documento não consegue deixar de utilizar a antiga denominação: “Lesões Por Esforços Repetitivos”, admite explicitamente que a organização, a forma e as condições do trabalho têm implicações causais nas lesões sofridas pelo trabalhador.

Contudo, as recomendações feitas pelo INSS (1997), privilegiam medidas paliativas, onde a tônica recai sobre procedimentos que visam a reabilitação biodinâmica do trabalhador e seu afastamento da função causadora da lesão.

Porém, ficam fora da discussão dois elementos fundamentais: a reorganização da função e/ou equipamento e as conseqüências psíquicas provocadas pela tarefa em questão.

Portanto, é fundamental refletir sobre a problemática que os DORT/LER nos apresenta, não como a um fenômeno isolado, uma entidade, e sim como um fato complexo, em que está envolvido o sujeito na sua integridade psicossomática, inserido numa realidade social determinada.

Esta compreensão já se faz necessária no próprio diagnóstico, onde suas características impõem ao profissional da saúde uma escuta sem preconceitos dos sofrimentos que lhe são relatados, de maneira que possa estar sensível para ouvir mais do que ver, e entender mais do que medir.

Os DORT/LER se caracterizam como uma patologia que se manifesta na grande maioria das vezes por sintomas, apresentando sinais somente em estágios mais avançados e, ao se falar de sintomas, pode-se afirmar que há considerável dificuldade em detectar a presença dos DORT/LER através dos sentidos (visão ou tato) ou mesmo por

meio de exames complementares. Na verdade, o diagnóstico vai se basear no discurso do paciente, no seu discurso sobre a dor. Sabe-se, porém, que a dor é de ordem subjetiva, sendo uma experiência absolutamente individual, imensurável, intocável e invisível.

Portanto, falar de sintoma é falar de uma vivência única e exclusiva do doente, sendo a manifestação invisível da doença, pois se resume às sensações experimentadas pelo indivíduo, as quais só podem ser expressas pela fala.

Considerar os DORT/LER do ponto de vista etiológico conduz, inevitavelmente, a considerar também o seu aspecto enigmático, na medida em que afeta uma parcela dos trabalhadores, parcela essa, significativa e crescente. Existem, no entanto, trabalhadores que exercem as mesmas funções ou equivalentes e não apresentam qualquer sintoma da lesão.

Foi provavelmente este fato que levou ALMEIDA (1995), a afirmar que os DORT/LER são sintomas resultantes de desejos inconscientes recalcados, quando diz: “Pude perceber que se tratava mesmo de uma estrutura neurótica, envolvendo uma questão histórica”.

Afirmar como essa colocam a teoria e o método psicanalítico num reducionismo contraproducente, na medida em que se firma sobre um estruturalismo sem crítica, desconsiderando as contribuições fornecidas pelos teóricos pós freudianos e pela própria realidade sócio-histórica na qual o fato patológico em questão está inserido.

Neste sentido, consideramos pertinentes as severas críticas que LIMA (1997), faz à autora citada anteriormente:

...descartando qualquer compromisso do psicológico com a compreensão de aspectos cruciais associados aos DORT/LER, tais como as pressões por produtividade, o caráter repetitivo das tarefas, os problemas ergonômicos,...ficou inteiramente livre para especular.

É neste ponto que o presente projeto pretende uma inserção, ou seja, buscar uma maior compreensão dos elementos psíquicos envolvidos no fenômeno dos DORT/LER, tanto anteriores como posteriores à manifestação dos sintomas.

Partindo da realidade do trabalho, na qual o sujeito está inserido, buscar-se-á estabelecer a dinâmica que envolve esse trabalhador quanto à sua percepção, possibilidades e habilidades para lidar com o mundo que o cerca e as resultantes deste processo.

DEJOURS *et al.* (1994), esclareceu o que está implicado ao se tratar dos aspectos psicodinâmicos do indivíduo em Saúde Mental e Trabalho:

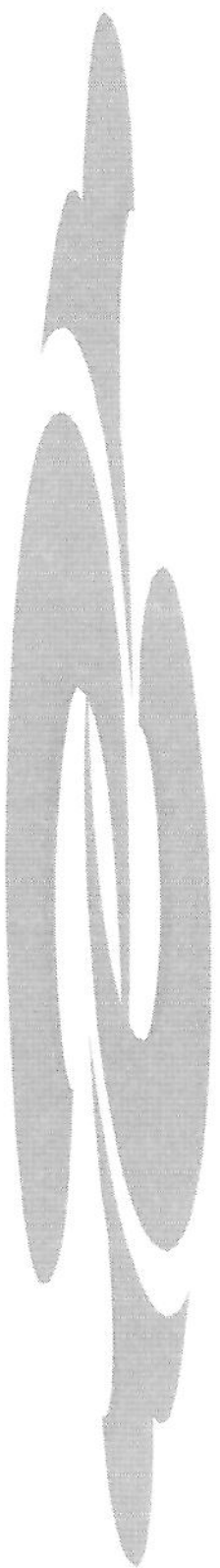
Significa que a investigação toma como centro de gravidade os conflitos que surgem do encontro entre um sujeito, portador de uma história singular, preexistente a este encontro e uma situação de trabalho cujas características são, em grande parte, fixadas independentemente da vontade do sujeito.

Isto implica que em Psicopatologia do Trabalho⁷ parte-se de uma subjetividade já constituída, que vai, em um tempo geneticamente ulterior, ser exposta à realidade do trabalho. Isto significa que o sujeito corre o risco de não ser mais o mesmo que antes do início do conflito e que a realidade do trabalho também corre o risco de ser transformada através do efeito de uma suplementação de subjetividade.

A tomada do trabalho como ponto de partida para o estudo das implicações psíquicas no fenômeno dos DORT/LER parece bastante coerente, podendo ser explicada pela afirmação de DEJOURS (1988a) ao dizer que:

A organização do trabalho exerce, sobre o homem, uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico, em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e desejos e uma organização do trabalho que os ignora. Esse sofrimento de natureza mental começa quando o homem, no trabalho, já não pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa no sentido de torná-la mais conforme à suas necessidades fisiológicas e seus desejos psicológicos.

⁷ O termo PSICOPATOLOGIA DO TRABALHO é utilizado neste projeto como equivalente à PSICODINÂMICA DO TRABALHO. Dejours, em seus estudos iniciais, utilizou-se da primeira expressão. Foi a partir da publicação de 1994 que ele passa a utilizar o segundo termo, o qual dá o título à referida obra.



2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

➤ Detectar as condições psicoemocionais e de Saúde Geral dos trabalhadores portadores dos DORT/LER.

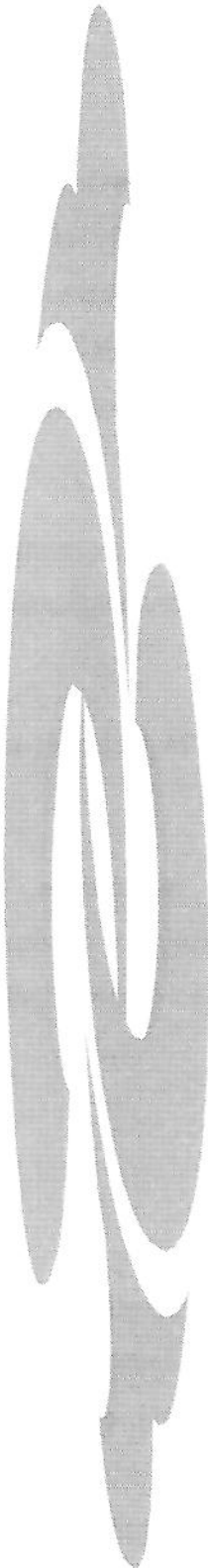
2.2. ESPECÍFICOS

➤ Comparar as condições psicoemocionais dos trabalhadores portadores dos DORT/LER com os não portadores;

➤ Comparar os níveis de Saúde Geral dos trabalhadores portadores dos DORT/LER com os não portadores;

➤ Caracterizar os padrões de comprometimento psicoemocional dos trabalhadores portadores dos DORT/LER e dos não portadores;

➤ Comparar os padrões de comprometimento psicoemocional dos trabalhadores portadores dos DORT/LER dos não portadores, segundo idade, sexo, escolaridade, renda e estado civil.



3. CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1. O LOCUS DA PESQUISA

3.1.1. A instituição de ensino superior

A instituição investigada situa-se no Distrito Federal, Região Centro-Oeste do país, sendo constituída como universidade, no ano de 1994. Possui atualmente, 11.600 alunos matriculados em 22 cursos de graduação; 950 alunos matriculados em 14 cursos de pós-graduação (*lato e stricto sensu*) e 2.467 alunos matriculados no Ensino Infantil, Básico e Médio - os quais estão localizados no mesmo espaço físico dos cursos de graduação, usufruindo da mesma estrutura. O total de alunos matriculados é de 15.017.

O setor administrativo possui um efetivo de 438 trabalhadores diretamente vinculados à instituição e 192 vinculados a empresas prestadoras de serviços, totalizando 630 funcionários.

O corpo docente compõe-se de 788 professores dos quais 674 lecionam na graduação e pós-graduação e 114 no Ensino Básico, Fundamental e Médio.

Considerando toda a comunidade acadêmica (alunos, professores e funcionários), totalizam-se 16.435 pessoas convivendo e usufruindo a estrutura e serviços da instituição. A este contingente soma-se ainda uma população flutuante composta pela comunidade local que faz uso, principalmente, da biblioteca.

3.1.2. A biblioteca

Tem uma área construída de 4.000 m², sendo composta por um piso térreo, onde estão concentrados os serviços técnicos e administrativos, bem como alguns tipos de atendimentos ao usuário, tais como balcão de empréstimo, terminais de consultas, periódicos e sala de leitura para os alunos do Ensino Básico, Fundamental e Médio. Há, também, um piso superior, do tipo mezanino, onde se encontra o acervo principal, os arquivos de audiovisual, o COMUT e a gerência.

O prédio possui um ‘pé direito’ de aproximadamente 15 metros, dando um aspecto de igreja, inclusive em relação à acústica, iluminação e ventilação. Na área central da ‘nave’ eleva-se uma rampa que, em ziguezague, percorre uma distância de 40 metros, ligando o piso térreo ao mezanino.

O transporte dos livros era feito num carro impulsionado manualmente, por meio da rampa. Esse sistema foi abolido no mesmo período em que era realizada a presente pesquisa, quando passou a ser feito por meio de um elevador de cargas.

As paredes externas do prédio são compostas, basicamente, de vidros fumês, devido a uma película que filtra parte da luminosidade natural.

A parte externa da construção é banhada por um ‘espelho d’água’, de forma que o prédio possua apenas uma porta de acesso que é alcançada por meio de uma rampa localizada sobre o mencionado ‘espelho’.

O prédio ocupa um local de destaque no conjunto arquitetônico da instituição, situando-se em frente ao portão central de acesso à universidade.

Foi no local descrito acima, onde os funcionários desenvolvem suas atividades, que se realizou o presente estudo.

3.2. HIPÓTESE

O grupo de trabalhadores portadores de DORT/LER apresenta maior comprometimento nas condições psicoemocionais e de Saúde Geral, quando comparado ao grupo que não apresenta sintomas indicativos do distúrbio.

3.3. DELINEAMENTO DA PESQUISA

Foram estudados $N = 55$ funcionários de uma biblioteca universitária, portadores e não portadores de DORT/LER. Este estudo pretende descrever e analisar os dados colhidos junto a ambos os grupos.

Os dados foram coletados a partir da aplicação do Questionário de Saúde Geral – QSG – (PASQUALI; GOLVEIA; ANDRIOLA – 1996), cujo instrumento foi, originalmente, construído por GOLDBERG (1972)¹ e intitulado “General Health Questionnaire” – GHQ.

Esse questionário tem por objetivo apontar os indicadores fatoriais de saúde.

Outro instrumento utilizado foi o Diagnóstico Clínico Diferencial – DCD - (OTTONI, 1999), tendo sido aplicado por um fisioterapeuta, especialista na patologia em questão.

A partir dos dois subgrupos encontrados, avaliaram-se as correlações entre os DORT/LER e o nível de saúde dos funcionários, buscando identificar os fatores psicoemocionais característicos a cada subgrupo.

Utilizou-se, como referencial, a teoria do Estresse Psicossocial ou “Work-stress”, a qual leva em consideração para análise das condições psicológicas do trabalhador, a organização, a condição e o ambiente psicossocial do seu trabalho.

3.4. SUJEITO E AMOSTRA

O grupo pesquisado constituiu-se da totalidade dos trabalhadores da Biblioteca da Universidade pesquisada, N = 55 indivíduos, abrangendo todos os níveis hierárquicos do setor, exceto a gerência (auxiliar operacional; auxiliar administrativo, coordenador de área. Anexo 6).

¹ GOLDBERG, Apud – Pasquali; Golveia; Andriola **Questionário de saúde geral de Goldberg** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

3.5. PROCEDIMENTOS

Após as conversações com os dirigentes da instituição e com a gerência do setor, ocasiões em que foram explicitados os propósitos e procedimentos da pesquisa, entrou-se em contato com os trabalhadores que seriam o objeto de investigação. Naquela data, foi assinado documento de consentimento livre e esclarecido, pelas autoridades institucionais. (anexo 1).

Um vez de posse da autorização para o prosseguimento da pesquisa, foram feitos convites individuais aos participantes (sujeitos da pesquisa), dando todos os esclarecimentos e solicitando que os mesmos assinassem documento atestando sua concordância em participar do projeto. (anexo 2).

As aplicações do QSG (Questionário de Saúde Geral) e do DCD (Diagnóstico Clínico Diferencial) foram realizadas no ambulatório do Curso de Fisioterapia, fora, portanto, do prédio da Biblioteca. As mesmas foram agendadas previamente e realizadas em grupos de duas ou três pessoas para o QSG e individualmente para o DCD, simultaneamente.

O presente estudo se deu no período de setembro a novembro de 2000.

3.6. INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA PESQUISA

3.6.1. Questionário de Saúde Geral – QSG

3.6.1.1. Descrição geral

O Questionário de Saúde Geral (QSG), (anexo 5), foi formulado por GOLDBERG (1972) e publicado originalmente em inglês sob o título de “General Health Questionnaire” - GHQ.

Este Instrumento foi traduzido e validado por Joel Sales Giglio em 1976, GIGLIO (1976). Posteriormente sofreu adaptação e revalidação para a realidade brasileira por Luiz Pasquali e colaboradores em 1996 (PASQUALI, 1999).

O teste tem, por objetivo, segundo PASQUALI (1999), apurar o grau de severidade de ausência de saúde mental, definida em relação aos sintomas desviantes da população geral, tomando, para tanto, as seguintes diretrizes:

- a) O questionário deve ser auto-aplicável;
- b) Ele não deve ser idealizado para identificar distúrbios extremados de Saúde Mental, como os caracterizados da psicose;
- c) Os itens do questionário devem expressar índices comportamentais, enfatizando a severidade da ausência da Saúde Mental;
- d) O respondente deve se limitar a responder o que está sentindo no presente, não o que usualmente vem experienciando (PASQUALI, 1999).

PASQUALI, *et. al* (1987), assumem a definição de que:

O indivíduo mentalmente não saudável é aquele que se encontra distinto do seu grupo, caracterizando-se por um estado avançado de um processo que lhe torna difícil ou mesmo impossível um funcionamento normal, dado suas condições psicológicas. O indivíduo sofre de um desequilíbrio sobre o qual ele não tem controle tornando-o incapaz de viver individual e coletivamente de maneira satisfatória.

O instrumento é composto por 60 (sessenta) itens sobre sintomas psiquiátricos não psicóticos, os quais devem ser respondidos em uma escala de quatro pontos tipo Likert, ou seja, parte dos itens expressa os sintomas diretamente e a outra parte os expressa pelo oposto, isto é, através de comportamentos normais.

Para a apuração foi mantida a escala de quatro pontos (1, 2, 3, 4) se faz a soma dos escores obtidos em cada item do fator específico, dividindo-os, em seguida, pelo número de itens que compõem o referido fator.

3.6.1.2. Precisão e validade do QSG

Para verificação dos parâmetros psicométricos foram avaliados:

a) Precisão - utilizado o método do teste-reteste e o teste das duas metades.

b) Validade – utilizou-se o método de *validade de construto*, o qual deve verificar a capacidade do teste para identificar os indivíduos doentes (sensitividade) e não classificar pessoas normais como doentes (especificidade: Foram realizados, ainda, dois estudos de validade concorrente em pacientes psiquiátricos

3.6.1.3. Adaptação brasileira

Tradução

Luiz Pasquali valeu-se, para a adaptação e validação do QSG, da tradução realizada por Joel Sales Giglio utilizada em um estudo com universitários, GIGLIO (1976). Giglio, por sua vez, foi auxiliado por três professores: um professor de língua e literatura, um psicólogo e um antropólogo. Os dois primeiros sendo brasileiros e o último inglês radicado no Brasil.

Segundo PASQUALI (1996), o QSG sofreu ganhos de Qualidade e precisão no processo de adaptação para a realidade brasileira:

Os fatores desta adaptação brasileira mostraram-se mais bem configurados do que os encontrados por Goldberg (1972). Esta ocorrência pode dever-se, sobretudo, ao tipo de análise utilizado no presente estudo, em contraste com a análise dos componentes principais feita pelo autor e, por outro lado, pela homogeneidade da amostra de sujeitos deste mesmo estudo.

a) Interpretação dos fatores

A interpretação dos fatores foi realizada com base na análise do conteúdo semântico dos itens componentes de cada fator, conforme definidos pela matriz "Pattern". Desta forma, os fatores ficaram definidos do seguinte modo:

Fator 1 = *ESTRESSE PSÍQUICO* = tensão, irritação, impaciência, cansaço e sobrecarga, que tornam a vida uma luta constante, desgastante e infeliz;

Fator 2 = *DESEJO DE MORTE* = desejo de acabar com a própria vida, já que ela se apresenta como inútil, sem sentido e sem perspectiva;

Fator 3 = *DESCONFIANÇA NO DESEMPENHO* = expressa a consciência de ser capaz de desempenhar ou realizar as tarefas diárias de forma satisfatória;

Fator 4 = *DISTÚRBIOS DO SONO* = refere-se a problemas relacionados com o sono, tais como insônia e pesadelos;

Fator 5 = *DISTÚRBIOS PSICOSSOMÁTICOS* = expressam problemas de ordem orgânica, tais como mal-estar, dores de cabeça, fraqueza e calafrios;

Saúde Geral = *AUSÊNCIA DE SAÚDE MENTAL* = é expresso pela conjugação dos 5 fatores precedentes.

3.6.2. Diagnóstico Clínico Diferencial – DCD

O Diagnóstico Clínico Diferencial (anexo 2) foi realizado por um professor e fisioterapeuta especialista no tratamento e prevenção das DORT/LER, bem como no desenvolvimento de pesquisas relativas ao tema tais como Análise Descritiva da Prevalência de Distúrbios Álgicos em Operadores de Serviço de Telefonia (OTTONI, 1999).

O procedimento das entrevistas individuais para anamnese, inquérito sobre sintomas dolorosos e de humor, teve duração média de 90 minutos para cada entrevista.

3.7. RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

A pesquisa contou com a participação, além do pesquisador, do fisioterapeuta e professor Marco Aurélio R. Ottoni. Quanto aos recursos materiais, o trabalho exigiu a utilização de manuais de aplicação do QSG, folhas de respostas, lápis, borracha e envelopes.

Para o processo de entrevistas foram, ainda, utilizadas duas salas, sendo uma composta por uma mesa e quatro cadeiras, onde foram aplicados os questionários de saúde geral – QSG. Outra sala era composta por escrivaninha com cadeira de ambos os lados, uma maca devidamente preparada para uso, espelho grande e um protótipo de esqueleto humano (utilizado para prestar esclarecimentos diversos aos pacientes).

A segunda sala foi utilizada para a realização do Diagnóstico Clínico Diferencial – DCD. Na apuração dos dados coletados (para a aplicação do SPSS) bem como na própria confecção da dissertação, utilizou-se um computador com uma impressora.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Foram tomados todos os cuidados para que a identidade dos participantes não fosse revelada, tanto em relação à instituição a que pertencem, como para a sociedade em geral. Para isto, sua identificação através do nome próprio só foi conhecida pelo pesquisador e pelo fisioterapeuta.

Nas demais situações de manuseio dos dados, a identificação foi feita através de códigos numéricos. A cada um dos sujeitos da pesquisa foi esclarecido todos os passos do processo, os objetivos e a utilização dos dados coletados. Não restando nenhuma dúvida por parte do pesquisado, era dada a possibilidade de o mesmo optar em participar ou não da pesquisa.

Como todos os funcionários aceitaram participar, foi-lhes dado um documento (Consentimento Livre e Esclarecido, Anexo 2), para que registrassem seu RG e assinassem. O referido documento encontra-se em posse exclusiva do pesquisador.

Com relação à instituição onde foi feita a coleta dos dados, procedeu-se de forma semelhante à utilizada com os indivíduos. Em reunião realizada com a direção da instituição, esclareceram-se todos os passos do processo, os objetivos e a utilização dos dados apurados.

Na ocasião, firmou-se o compromisso com a instituição e com os funcionários, de não se divulgar o nome de ambos, ocasião em que foi apresentado o documento de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi assinado pela autoridade competente e por cada funcionário, o qual se encontra em posse exclusiva do pesquisador.

3.9. ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os dados foram processados através do programa SPSS. Foi solicitada a supervisão de um estatístico especialista na utilização desse recurso.

A população estudada foi categorizada por gênero, grau de instrução, estado civil, idade e renda. Para cada uma destas variáveis foram feitos os cálculos para determinar o percentual de sujeitos portadores de DORT/LER em contraste com os sujeitos que não apresentavam sintomas da lesão. Estes sub-grupos foram determinados a partir do Diagnóstico Clínico Diferencial - DCD.

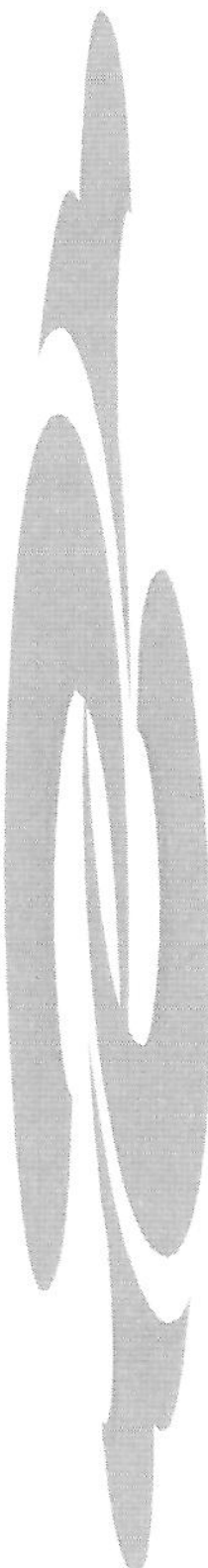
Foram realizados ainda, com base nas categorias referidas acima, a classificação estatística dos sujeitos que apresentavam distúrbios severos dos fatores específicos de saúde (depressão, estresse, desejo de morte, distúrbios do sono e distúrbios psicossomáticos), ou seja, sujeitos, cujos escores ultrapassavam o percentil 75. Estas categorias foram determinadas com base nos resultados do Questionário de Saúde Geral – QSG.

Outra forma de análise dos dados foi obtida através da construção de gráficos, os quais apresentam, emparelhados, os escores dos fatores específicos e do fator geral de saúde pela população geral, por gênero e pela presença ou ausência dos sintomas das DORT/LER.

Por fim, os dados foram analisados com base em dois elementos:

a) Através do estudo dos escores predominantes nos fatores específicos de saúde por dados socioeconômicos, os quais foram cruzados pelas variáveis: portador e não portador das DORT/LER;

b) Por meio das imagens gráficas fornecidas a partir dos escores dos fatores específicos e gerais de saúde num cruzamento com as variáveis: portador ou não dos DORT/LER e gênero.



4. RESULTADOS

4.1. PREVALÊNCIA DOS DORT/LER

O total de pessoas pesquisadas por meio do Questionário de Saúde Geral de Goldberg – QSG e do Diagnóstico Clínico Diferencial – DCD foi de 55, população de funcionários que trabalha na Biblioteca da Universidade. Desse total, 31 (53,64%) não apresentam sintomas de DORT/LER, sendo o restante 46,36%, portadores do Distúrbio.

Para esse estudo, avaliaram-se todos os entrevistados e também foram subdivididos com relação ao problema de DORT/LER e sem DORT/LER.

4.2. DADOS SOCIOECONÔMICOS

Segundo a Tabela 1, pode-se observar:

Das pessoas entrevistadas, observou-se uma predominância do sexo feminino (76,36%). Dos que não tem DORT/LER, 74,19% são do sexo feminino. Já, para os portadores da lesão, esse percentual é ainda maior, chegando a 79,17%.

Quando observados com relação à escolaridade, tem-se uma predominância de 90,91% dos entrevistados com mais de terceiro grau incompleto, sendo que com esse grau de escolaridade, especificamente, verifica-se 38,18%. Quando se separa pelas categorias com DORT/LER e sem DORT/LER, a escolaridade predominante é a mesma que a anterior, ou seja, terceiro grau incompleto, mas quando o indivíduo tem DORT/LER esse grau de escolaridade aumenta de 38,18 % para 45,83%.

Na variável estado civil, a maioria é de solteiros (52,73%); quando separados, esse percentual aumenta para 54,84% para os sem DORT/LER. Na categoria ‘viúvo’ foi encontrado um caso, pertencente à categoria dos sem DORT/LER.

Tabela 1: dados socioeconômicos dos entrevistados geral sem DORT/LER – com DORT/Ler

	TOTAL	SEM DORT/LER	COM DORT/LER
Sexo do indivíduo			
Masculino	23,64	25,81	20,83
Feminino	76,36	74,19	79,17
Total	100,0	100,0	100,0
Escolaridade			
1º grau comp	5,45	6,45	4,17
2º grau incomp	3,64	3,23	4,17
2º grau comp	20,00	16,13	25,00
3º grau incom	38,18	32,26	45,83
3º grau comp	25,45	35,48	12,50
Pós-graduado	7,27	6,45	8,33
Estado Civil			
Solteiro	52,73	54,84	50,00
Casado/Amigado	34,55	25,81	45,83
Separado/Divorciado	10,91	16,13	4,17
Viúvo	1,82	3,23	
Faixa de idade			
17 a 25 anos	18,18	12,90	25,00
26 a 35	47,27	41,94	54,17
36 a 45 anos	27,27	35,48	16,67
46 a 57 anos	7,27	9,68	4,17
Faixa de renda			
4.9 ou menos	23,64	12,90	37,50
5 a 6.9 sm	52,73	64,52	37,50
9 ou mais sm	23,64	22,58	25,00

Na Tabela 2, pode-se observar que:

Quando indagados com relação à idade, que foi medida em anos, obteve-se uma média de 33 anos, tendo como desvio, com relação a essa média, aproximadamente 8 anos, que equivale a 24,24 %. A idade mais freqüente de todos os entrevistados foi de 29 anos, com uma mediana (ponto que divide a idade em duas partes iguais) de 31 anos. O entrevistado mais novo tem 19 anos e o mais velho 57, obtendo, assim, uma amplitude total de 38 anos.

Quando separados por DORT/LER e sem DORT/LER, essa idade média passa a ser de 34 e 31 anos respectivamente, ambas com desvio de 8 anos. O pesquisado com menor idade tem DORT/LER e o mais velho não apresenta sintomas da lesão; a idade mais freqüente nos que tem DORT/LER é de 35 anos enquanto os que não tem é de 29 anos.

Quando indagados em relação à renda (medidas em salários mínimos – SM), a maioria tem salário entre 5 e 6,9 SM. Para os sujeitos sem DORT/LER, 75% recebem menos de 6,9 SM de forma que o rendimento médio da população total é de 6,96 SM com um desvio de 4,01 SM, representando uma variação percentual de 57,61%.

Essa média, como se pode ver, é muito próxima para os sujeitos com e sem DORT/LER, mas os que têm DORT/LER apresentam um desvio-padrão maior, da ordem de 4,84 SM contra 3,32 SM dos que não têm. A menor renda (3,5 SM), assim como a maior (20 SM), é encontrada no subgrupo dos com DORT/LER.

Os sem DORT/LER também apresentam uma renda mínima de 3,5 SM, porém a renda máxima é de 16 SM. Em ambos os grupos, a renda que mais predomina é a de 5,5 SM, sendo os com LET/DORT bimodal, isto é, tem modas 3,5 e 5,5 SM.

4.3. DADOS SOCIOECONÔMICOS POR SEXO E RENDA (TOTAL)

Tabela 2: Algumas estatísticas das variáveis idade e rendimento

	TOTAL		SEM DORT/LER		COM DORT/LER	
	Idade (anos)	Rend (sm)	Idade (anos)	Rend (sm)	Idade (anos)	Rend (sm)
Média	32,78	6,96	34,48	6,84	30,58	7,10
Mediana	31,00	5,50	32,00	5,50	30,00	5,50
Moda	29,00	5,50	29,00	5,50	35,00	3,5 e 5,5
Desvio-padrão	8,14	4,01	8,29	3,32	7,55	4,84
Amplitude	38,00	16,50	37,00	12,50	31,00	16,50
Mínimo	19,00	3,50	20,00	3,50	19,00	3,50
Máximo	57,00	20,00	57,00	16,00	50,00	20,00
Percentis 25	28,00	5,00	29,00	5,00	25,25	4,00
50	31,00	5,50	32,00	5,50	30,00	5,50
75	39,00	6,50	39,00	6,00	35,00	9,13

Na presente pesquisa observaram-se as variáveis socioeconômicas cruzadas por sexo e faixa de idade. Quando todos os indivíduos foram analisados em conjunto, observou-se que 38,46% dos entrevistados têm o terceiro grau incompleto e são do sexo masculino, sendo que no subgrupo feminino, apenas 2,38% se encontra na faixa do primeiro grau completo.

Já no subgrupo masculino, o índice de sujeitos com primeiro grau completo é de 15,38%. As mulheres têm uma escolaridade maior que a dos homens, quando se analisam os dados em termos gerais, conforme Tabela 03.

4.4. GÊNERO POR ESCOLARIDADE, ESTADO CIVIL, RENDA E IDADE (TOTAL)

Tabela 3: Sexo por escolaridade, estado civil, faixa de renda, faixa de idade – Total

		%
	Masculino	Feminino
	Escolaridade	
1º grau comp	15,38	2,38
2º grau incomp	15,38	
2º grau comp	15,38	21,43
3º grau incomp	38,46	38,10
3º grau comp	15,38	28,57
Pós-graduado		9,52
Total	100,0	100,0
	Estado Civil	
Solteiro	46,15	54,76
Casado/Amigado	46,15	30,95
Separado/Divorciado	7,69	11,90
Viúvo		2,38
	Faixa de idade	
17 a 25 anos	23,08	16,67
26 a 35 anos	53,85	45,24
36 a 45 anos	7,69	33,33
46 a 57 anos	15,38	4,76
	Faixa de renda	
4.9 ou menos	30,77	21,43
5 a 6.9 sm	61,54	50,00
9 ou mais sm	7,69	28,57

As mulheres têm um percentual maior de solteiras (54,76%), sendo que os homens apresentam um índice de 46,15% para o subgrupo de solteiros, repetindo a mesma porcentagem para os casados/amigados. A idade predominante para ambos os sexos está na faixa de 26 a 35 anos, sendo os homens com índice de 53,85% e as mulheres com 45,24%.

A faixa de renda de 5 a 6,9 SM foi a mais freqüente entre os homens, ou seja, 61,54%. Já no subgrupo das mulheres 28,57% ocupam a faixa de renda mais alta (9 SM ou mais), enquanto que apenas 7,69% dos homens se encontram nessa faixa.

Quando esses grupos são separados pelas categorias “com DORT/LER” e “sem DORT/LER”, a escolaridade predominante para os homens sem DORT/LER continua sendo o terceiro grau incompleto. Na categoria dos com DORT/LER também predomina o terceiro grau incompleto porém, com a ressalva de que essa é a maior escolaridade encontrada. Já, as mulheres com DORT/LER têm escolaridade maior do que as sem DORT/LER, conforme Tabelas 4 e 5.

4.5. GÊNERO POR ESCOLARIDADE, ESTADO CIVIL, RENDA E IDADE (SEM DORT/LER)

Tabela 4: Sexo por escolaridade, estado civil, faixa de renda, faixa de idade – Sem DORT/LER

		%
	Masculino	Feminino
	Escolaridade	
1º grau comp	12,50	4,35
2º grau incomp	12,50	
2º grau comp	12,50	17,39
3º grau incomp	37,50	30,43
3º grau comp	25,00	39,13
Pós-graduado		8,70
Total	100,00	100,00
	Estado Civil	
Solteiro	50,00	56,52
Casado/Amigado	37,50	21,74
Separado/Divorciado	12,50	17,39
Viúvo		4,35
	Faixa de idade	
17 a 25 anos	25,00	8,70
26 a 35 anos	37,50	43,48
36 a 45 anos	12,50	43,48
46 a 57 anos	25,00	4,35
	Faixa de renda	
4.9 ou menos	12,50	13,04
5 a 6.9 sm	87,50	56,52
9 ou mais sm		30,43

4.6. GÊNERO POR ESCOLARIDADE, ESTADO CIVIL, RENDA E IDADE (COM DORT/LER)

Tabela 5: Sexo por escolaridade, estado civil, faixa de renda, faixa de idade – com LER/DORT

		%
	Masculino	Feminino
	Escolaridade	
1º grau comp	20,00	
2º grau incomp	20,00	
2º grau comp	20,00	26,32
3º grau incomp	40,00	47,37
3º grau comp		15,79
Pós-graduado		10,53
Total	100,00	100,00
	Estado Civil	
Solteiro	40,00	52,63
Casado/Amigado	60,00	42,11
Separado/Divorciado		5,26
Viúvo		
	Faixa de idade	
17 a 25 anos	20,00	26,32
26 a 35 anos	80,00	47,37
36 a 45 anos		21,05
46 a 57 anos		5,26
	Faixa de renda	
4.9 ou menos	60,00	31,58
5 a 6.9 sm	20,00	42,11
9 ou mais sm	20,00	26,32

O estado civil do subgrupo masculino, que predomina na categoria dos sem DORT/LER, é de solteiros (50%), enquanto os que têm DORT/LER são os casados/amigados (60%). No subgrupo feminino, o percentual predominante para ambas as categorias, ou seja, com e sem DORT/LER, é das solteiras, onde as sem DORT/LER apresentam um índice de 56,52% e as com DORT/LER de 52,63%.

A idade predominante nos homens com DORT/LER encontra-se na faixa de 26 a 35 anos, com índice de 80%. No subgrupo das mulheres a predominância se dá na mesma faixa, porém com índice de 47,37%.

No geral, essa faixa de idade é maior tanto para homens com para mulheres que não têm DORT/LER do que para os que têm.

A renda predominante dos homens sem DORT/LER está na faixa de 5 a 6,9 SM (87,50%). A renda das mulheres também é predominante nessa faixa, porém com índice menor, ou seja, 56,52%. Na categoria dos com DORT/LER, nos homens, a faixa salarial predominante é de 4,9 ou menos SM, atingindo um índice de 60%. No subgrupo feminino, a faixa que predomina é de 5 a 6,9 SM, com um total de 42,11%.

Essa mesma análise pode ser observada por faixa de idade, conforme Tabelas 14 e 15 em anexo.

4.7. DADOS POR CONDIÇÃO DE SAÚDE

Segundo o questionário QSG, que determina os indivíduos com relação aos fatores específicos de saúde, quais sejam: 'estresse psíquico', 'desejo de morte', 'desconfiança no desempenho', 'Distúrbio do sono', 'Distúrbios psicossomáticos' e 'saúde geral', o indivíduo é considerado com algum tipo de distúrbio naquele momento e, quando o mesmo tem um escore superior ao percentil 75, (Anexo 5). Ao analisar os dados segundo esse critério, obteve-se os resultados apresentados a seguir.

Com relação ao estresse psíquico, no geral, 20% do grupo tem algum tipo de distúrbio. Quando separado em com DORT/LER e sem DORT/LER obteve-se que 33,33% tem algum tipo de distúrbio para o grupo dos com DORT/LER. Já esse percentual é menor, da ordem de 9,68% para os entrevistados sem DORT/LER conforme Tabela 6.

4.8. DADOS POR CONDIÇÃO DE SAÚDE (TOTAL)

Tabela 6: Dados por condição de saúde – Total, com DORT/LER e sem DORT/LER

		%	
	TOTAL	SEM DORT/LER	COM DORT/LER
	LER/DORT		
Sem LER/DORT	56,36	100,00	
Com LER/DORT	43,64		100,00
Total	100,00	100,00	100,00
	Stress psíquico		
Normal	80,00	90,32	66,67
Com distúrbio	20,00	9,68	33,33
	Desejo de morte		
Normal	90,91	93,55	87,50
Com distúrbio	9,09	6,45	12,50
	Desconfiança no desempenho		
Normal	81,82	87,10	75,00
Com distúrbio	18,18	12,90	25,00
	Distúrbio do sono		
Normal	83,64	87,10	79,17
Com distúrbio	16,36	12,90	20,83
	Distúrbio psicossomático		
Normal	94,55	93,55	95,83
Com distúrbio	5,45	6,45	4,17
	Saúde geral		
Normal	80,00	87,10	70,83
Com distúrbio	20,00	12,90	29,17

4.9. ESCORE DO FATOR ESTRESSE PSÍQUICO

A Figura 1, abaixo, mostra que os sujeitos, com relação ao fator estresse psíquico, com DORT/LER atingem um percentual de distúrbio três vezes maior do que aqueles que não apresentam sintomas da lesão, alcançando o índice de 33% contra 9,68% daqueles que não apresentam sintomas dos DORT/LER.



Figura 1: Escore dos Indivíduos pelo Fator Estresse Psíquico (masculino + feminino)

Essa mesma configuração foi observada com relação ao fator específico desejo de morte, com um índice de 6,45% para os sem DORT/LER, enquanto para os que têm DORT/LER, esse percentual sobe para 12,5%.

4.10. ESCORE DO FATOR DESEJO DE MORTE

A Figura 2 mostra como os escores seguem um padrão de diferenciação, com exceção de um caso que apresentou maior discrepância.

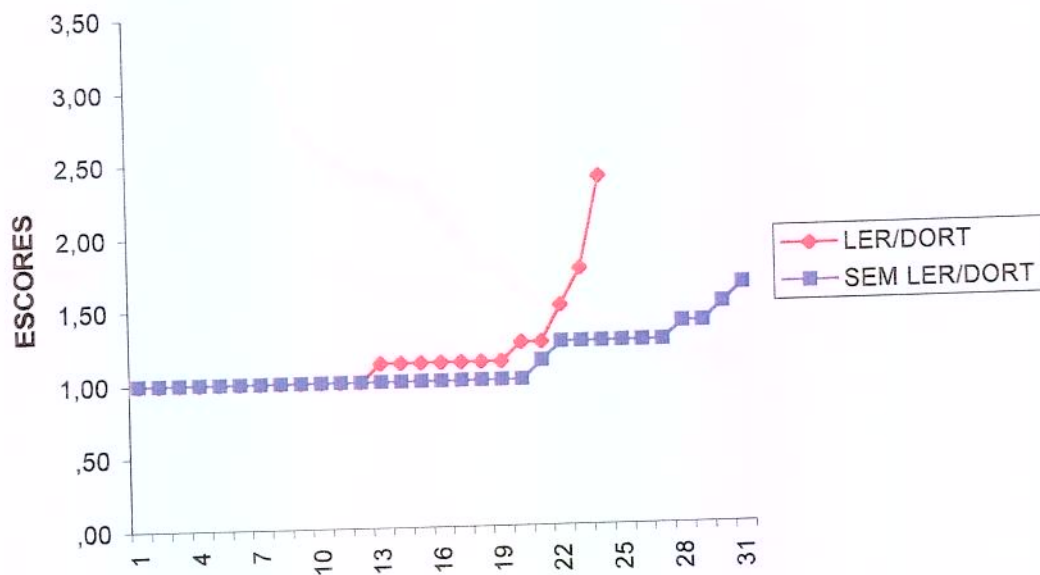


Figura 2: Escore dos Indivíduos pelo Fator Desejo de Morte (masculino + feminino)

4.11. ESCORE DO FATOR DESCONFIANÇA NO DESEMPENHO

Quanto ao fator específico desconfiança no desempenho, observa-se que os que têm DORT/LER apresentam um índice maior de distúrbio (25%) do que aqueles que não apresentam sintomas da lesão (12,9%), como fica evidenciado na Figura 3.



Figura 3: Escore dos Indivíduos pelo Fator Desconfiança no Desempenho (masculino + feminino)

4.12. ESCORE DO FATOR DISTÚRPIO DO SONO

No fator específico Distúrbios do Sono segue o mesmo padrão dos demais, ou seja, as pessoas portadoras de DORT/LER têm maior incidência de distúrbios alcançando uma porcentagem de 20,83% contra 12,90% no grupo dos sem DORT/LER.

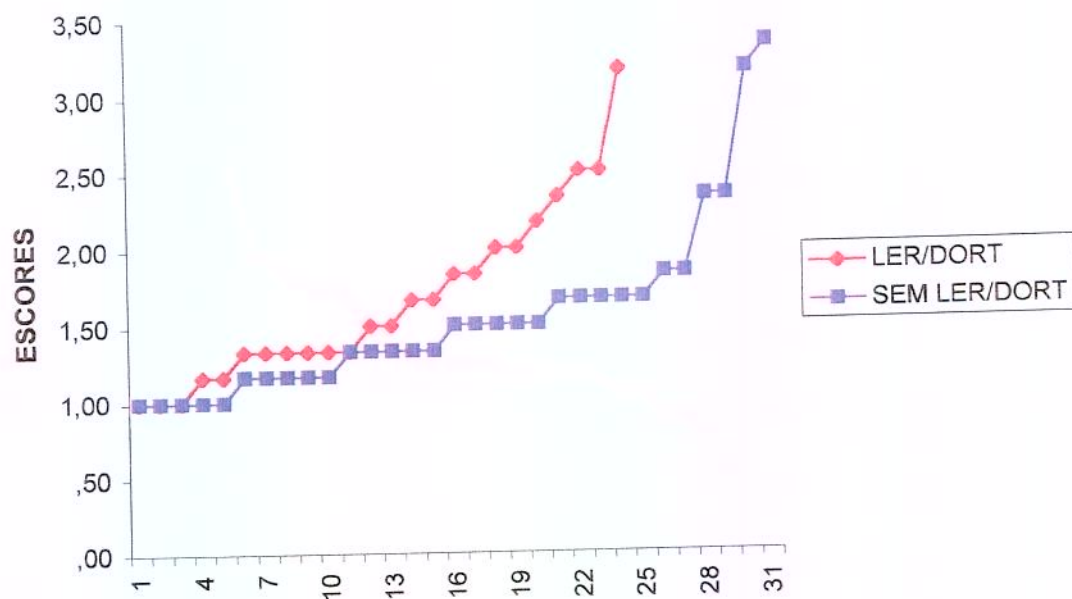


Figura 4: Escore dos Indivíduos pelo Fator *Distúrbio do Sono* (masculino + feminino)

4.13. ESCORE DO FATOR DISTÚRBIOS PSICOSSOMÁTICOS

Contrariando o padrão geral, mesmo que por uma pequena margem, o fator específico Distúrbios Psicossomáticos foram mais frequentes nas pessoas que não têm lesão do que naquelas que têm o problema, sendo 6,45% para os sem DORT/LER e 4,17% para os com DORT/LER.

Note-se porém que, quando se considera os escores de um modo geral, ou seja, abaixo do percentil .75 o grupo dos com DORT/LER predominam com escores superiores.

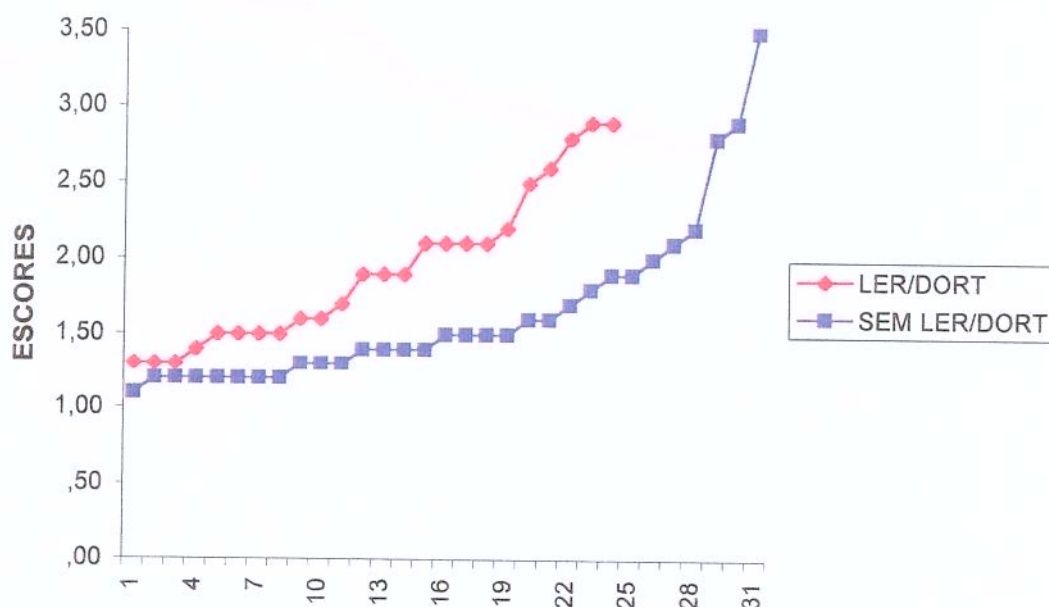


Figura 5: Escore dos Indivíduos pelo Fator *Distúrbios Psicossomáticos* (masculino + feminino)

4.14. ESCORE DO FATOR SAÚDE GERAL

Como se pode deduzir, no fator específico saúde geral, o qual resulta da conjugação dos demais fatores, os indivíduos com DORT/LER apresentam um percentual mais elevado (29,17%) contra 12,9% para os que não têm DORT/LER como podemos observar na Figura 6.

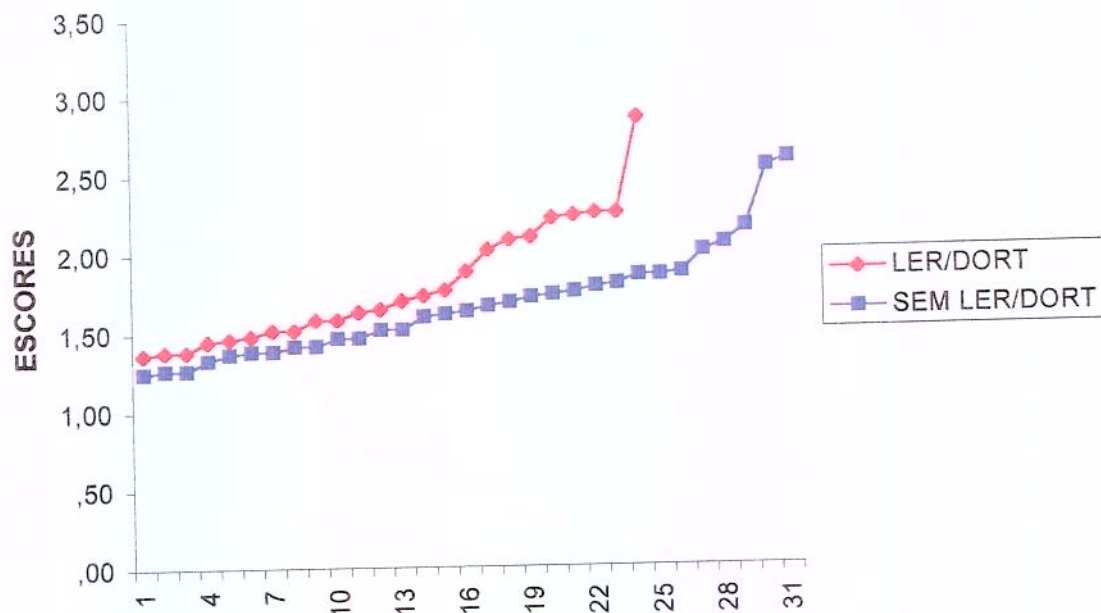


Figura 6: Escore dos Indivíduos pelo Fator Saúde Geral (masculino + feminino)

Essas mesmas características de distúrbio foram separadas por quem tem e não tem DORT/LER e pelas variáveis de: sexo, faixa de idade, faixa de renda, escolaridade e estado civil.

Quando observada a variável sexo com o total de pesquisados, o subgrupo feminino teve um índice de distúrbio maior que os homens em estresse psíquico e Desconfiança no Desempenho com 21,43% e 19,05%, respectivamente.

Já com relação ao fator específico Distúrbio Psicossomático nenhuma mulher atingiu o percentil 75, ou seja, não foi caracterizado distúrbio neste fator para o subgrupo feminino. Quando separado pela categoria sem DORT/LER, as mulheres só apresentaram índices de distúrbio maior que os homens em Desconfiança no Desempenho, mesmo assim com uma diferença menor que 1%.

4.15. CONTROLE DOS FATORES ESPECÍFICOS POR SEXO

Na categoria dos com problema de DORT/LER, as mulheres têm percentual maior que os homens nos fatores específicos: Estresse Psíquico, Desconfiança no Desempenho, Distúrbio do Sono e Saúde Geral, evidenciando, assim, que as DORT/LER interferem decisivamente com relação aos distúrbios dos fatores específicos nas mulheres. Isso pode ser evidenciado nas Figuras de 7 a 18.

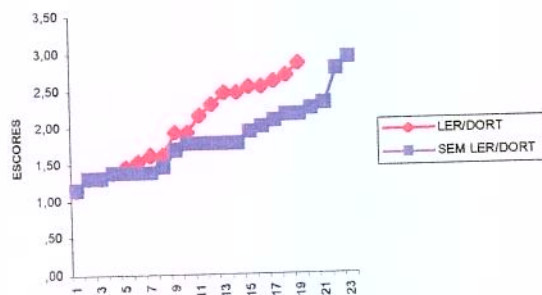


Figura 7 – Escores do Fator *Estresse Psíquico*
(feminino)

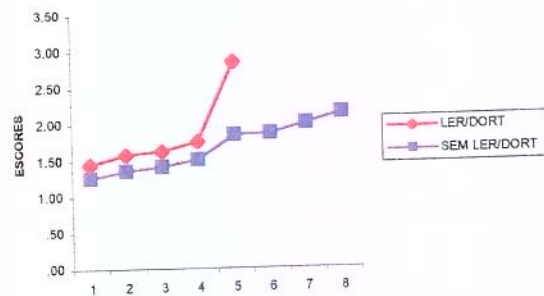


Figura 8 – Escores do Fator *Estresse Psíquico*
(masculino)

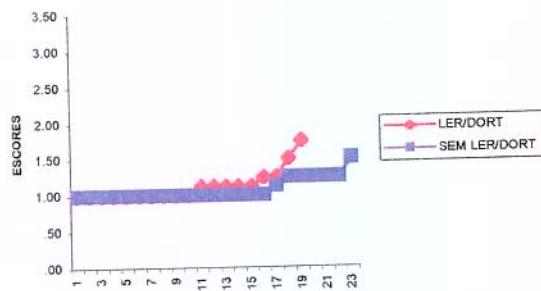


Figura 9 – Escores do Fator *Desejo de Morte*
(feminino)

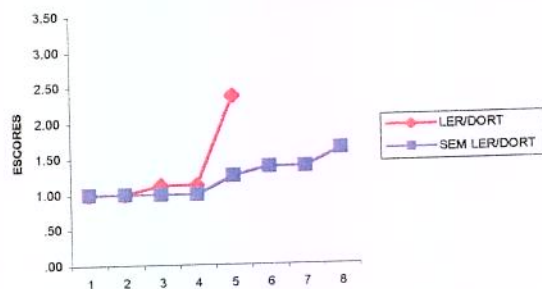


Figura 10 – Escores do Fator *Desejo de Morte*
(masculino)

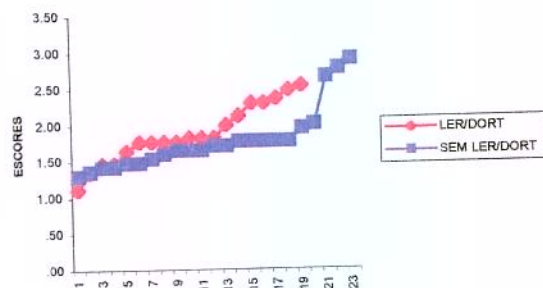


Figura 11 – Escores do Fator *Desconfiança no Desempenho*
(feminino)

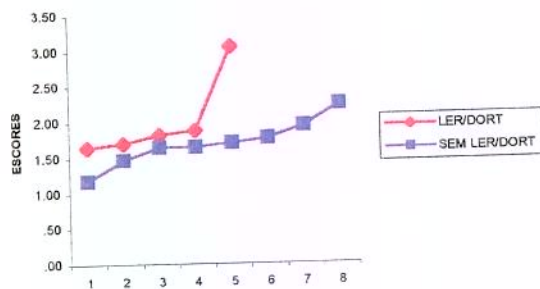


Figura 12 – Escores do Fator *Desconfiança no Desempenho*
(masculino)

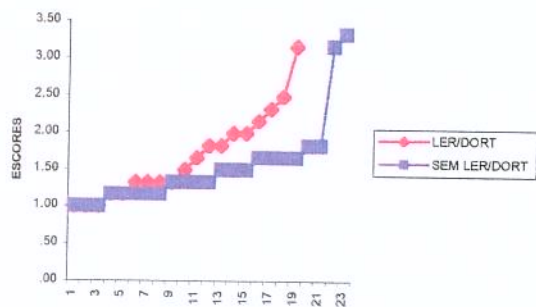


Figura 13 – Escores do Fator *Distúrbio do Sono*
(feminino)

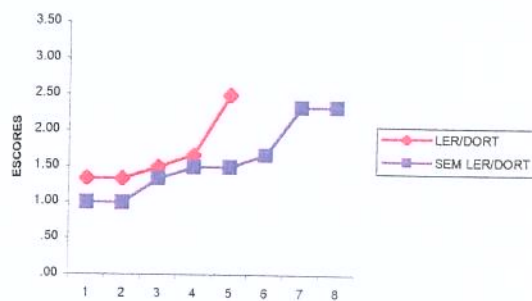


Figura 14 – Escores do Fator *Distúrbio do Sono*
(masculino)

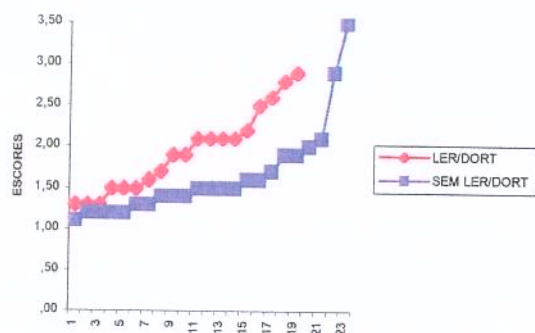


Figura 15 – Escores do Fator *Distúrbio Psicossomático*
(feminino)

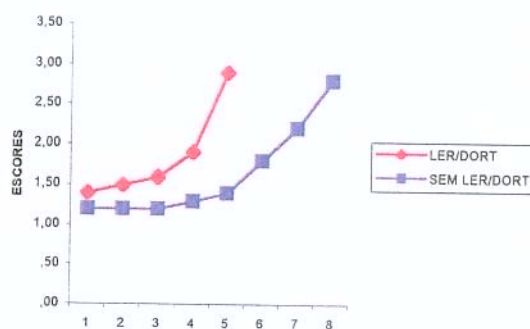


Figura 16 – Escores do Fator *Distúrbio Psicossomático*
(masculino)

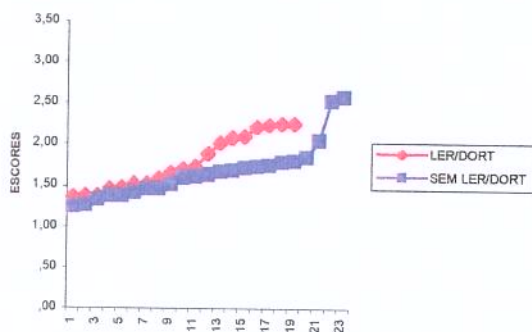


Figura 17 – Escores do Fator *Saúde Geral*
(feminino)

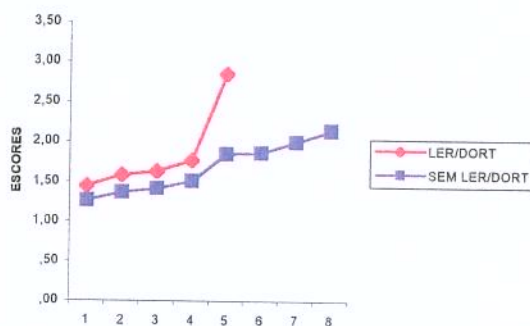


Figura 18 – Escores do Fator *Saúde Geral*
(masculino)

4.16. DADOS DA CONDIÇÃO DE SAÚDE POR IDADE

Quando observados os fatores específicos por faixa de idade, no geral (com e sem DORT/LER), a faixa de 46 a 57 anos foi a que apresentou índices mais elevados de distúrbios em todos os fatores específicos, exceto estresse psíquico e desconfiança no desempenho. Nestes, o índice predominante encontra-se na faixa de 17 a 25 anos.

Quando separados, os sem DORT/LER, tem-se todos os seis distúrbios com maior percentual na faixa de idade superior, ou seja, 46 a 57 anos. Já na categoria dos que têm DORT/LER, os mais freqüentes estão na faixa de 36 a 45 anos. Nesta categoria não se verificou a ocorrência de nenhum caso na faixa etária maior (46 a 57 anos), como pode-se observar nas Tabelas 7 a 9.

Tabela 7: Dados da condição de saúde por faixa de idade

				%
	17 a 25 anos	26 a 35 anos	36 a 45 anos	46 a 57 anos
	LER/DORT			
Sem LER/DORT	40,00	50,00	73,33	75,00
Com LER/DORT	60,00	50,00	26,67	25,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00
	Stress psíquico			
Normal	70,00	84,62	80,00	75,00
Com distúrbio	30,00	15,38	20,00	25,00
	Desejo de morte			
Normal	90,00	92,31	93,33	75,00
Com distúrbio	10,00	7,69	6,67	25,00
	Desconfiança no desempenho			
Normal	70,00	80,77	93,33	75,00
Com distúrbio	30,00	19,23	6,67	25,00
	Distúrbio do sono			
Normal	90,00	76,92	93,33	75,00
Com distúrbio	10,00	23,08	6,67	25,00
	Distúrbio psicossomático			
Normal	100,00	96,15	100,00	50,00
Com distúrbio		3,85		50,00
	Saúde geral			
Normal	80,00	76,92	86,67	75,00
Com distúrbio	20,00	23,08	13,33	25,00

Tabela 8: dados da condição de saúde por faixa de idade sem DORT/LER

%

	17 a 25 anos	26 a 35 anos	36 a 45 anos	46 a 57 anos
DORT/LER				
Sem DORT/LER	100,00	100,00	100,00	100,00
Com DORT/LER				
Total	100,00	100,00	100,00	100,00
Stress psíquico				
Normal	75,00	92,31	100,00	66,67
Com distúrbio	25,00	7,69		33,33
Desejo de morte				
Normal	75,00	100,00	100,00	66,67
Com distúrbio	25,00			33,33
Desconfiança no desempenho				
Normal	75,00	84,62	100,00	66,67
Com distúrbio	25,00	15,38		33,33
Distúrbio do sono				
Normal	100,00	84,62	90,91	66,67
Com distúrbio		15,38	9,09	33,33
Distúrbio psicossomático				
Normal	100,00	100,00	100,00	33,33
Com distúrbio				66,67
Saúde geral				
Normal	75,00	84,62	100,00	66,67
Com distúrbio	25,00	15,38		33,33

Tabela 9: Dados da condição de saúde por faixa de idade com DORT/LER

%

	17 a 25 anos	26 a 35 anos	36 a 45 anos	46 a 57 anos
DORT/LER				
DORT/LER				
Com DORT/LER	100,00	100,00	100,00	100,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00
Stress psíquico				
Normal	66,67	76,92	25,00	100,00
Com distúrbio	33,33	23,08	75,00	
Desejo de morte				
Normal	100,00	84,62	75,00	100,00
Com distúrbio		15,38	25,00	
Desconfiança no desempenho				
Normal	66,67	76,92	75,00	100,00
Com distúrbio	33,33	23,08	25,00	
Distúrbio do sono				
Normal	83,33	69,23	100,00	100,00
Com distúrbio	16,67	30,77		
Distúrbio psicossomático				
Normal	100,00	92,31	100,00	100,00
Com distúrbio		7,69		
Saúde geral				
Normal	83,33	69,23	50,00	100,00
Com distúrbio	16,67	30,77	50,00	

4.17. DADOS DA CONDIÇÃO DE SAÚDE POR RENDA

Quando os distúrbios são observados com relação ao rendimento, notou-se que os sujeitos da categoria dos sem DORT/LER, na faixa de 5 a 6,9 SM, são os únicos que apresentam índices mais elevados de distúrbio em todos os fatores específicos.

Na categoria dos com DORT/LER, a faixa de renda de 5 a 6,9 SM também prevalece. Porém no fator distúrbio do sono esse percentual é igual a faixa de 4,9 ou menos SM, ou seja, 22,22%. Já no fator saúde geral esse percentual é igual ao da faixa de renda superior a 9 SM, sendo 33,33% dos casos com distúrbio. Ver Tabelas 10 a 12 .

Tabela 10: Dados da condição de saúde por faixa de renda - Total

	%		
	4.9 ou menos	5 a 6.9 sm	9 ou mais sm
DORT/LER			
Sem DORT/LER	30,77	68,97	53,85
Com DORT/LER	69,23	31,03	46,15
Total	100,00	100,00	100,00
Stress psíquico			
Normal	84,62	75,86	84,62
Com distúrbio	15,38	24,14	15,38
Desejo de morte			
Normal	100,00	86,21	92,31
Com distúrbio		13,79	7,69
Desconfiança no desempenho			
Normal	84,62	79,31	84,62
Com distúrbio	15,38	20,69	15,38
Distúrbio do sono			
Normal	84,62	82,76	84,62
Com distúrbio	15,38	17,24	15,38
Distúrbio psicossomático			
Normal	100,00	89,66	100,00
Com distúrbio		10,34	
Saúde geral			
Normal	84,62	75,86	84,62
Com distúrbio	15,38	24,14	15,38

Tabela 11: Dados da condição de saúde por faixa de renda – Sem DORT/LER

%

	4.9 ou menos	5 a 6.9 sm	9 ou mais sm
DORT/LER			
Sem DORT/LER	100,00	100,00	100,00
Com DORT/LER			
Total	100,00	100,00	100,00
Stress psíquico			
Normal	100,00	85,00	100,00
Com distúrbio		15,00	
Desejo de morte			
Normal	100,00	90,00	100,00
Com distúrbio		10,00	
Desconfiança no desempenho			
Normal	100,00	85,00	85,71
Com distúrbio		15,00	14,29
Distúrbio do sono			
Normal	100,00	85,00	85,71
Com distúrbio		15,00	14,29
Distúrbio psicossomático			
Normal	100,00	90,00	100,00
Com distúrbio		10,00	
Saúde geral			
Normal	100,00	80,00	100,00
Com distúrbio		20,00	

Tabela 12: Dados da condição de saúde por faixa de renda – com

%

	4.9 ou menos	5 a 6.9 sm	9 ou mais sm
DORT/LER			
Sem DORT/LER			
Com DORT/LER	100,00	100,00	100,00
Total	100,00	100,00	100,00
Stress psíquico			
Normal	77,78	55,56	66,67
Com distúrbio	22,22	44,44	33,33
Desejo de morte			
Normal	100,00	77,78	83,33
Com distúrbio		22,22	16,67
Desconfiança no desempenho			
Normal	77,78	66,67	83,33
Com distúrbio	22,22	33,33	16,67
Distúrbio do sono			
Normal	77,78	77,78	83,33
Com distúrbio	22,22	22,22	16,67
Distúrbio psicossomático			
Normal	100,00	88,89	100,00
Com distúrbio		11,11	
Saúde geral			
Normal	77,78	66,67	66,67
Com distúrbio	22,22	33,33	33,33

4.18. DADOS DA CONDIÇÃO DE SAÚDE POR ESCOLARIDADE

Com relação à escolaridade, no total (com e sem DORT/LER), no primeiro grau completo e no segundo grau incompleto não houve nenhuma ocorrência de distúrbios. Nas demais faixas de escolaridade, os de segundo e terceiro graus completos apresentaram dois distúrbios com os percentuais mais elevados. No segundo grau completo, os fatores específicos que apresentaram distúrbios foram: estresse psíquico e desconfiança no desempenho, já no terceiro grau completo os fatores específicos foram desejo de morte e saúde geral.

Dos pesquisados na categoria dos sem DORT/LER, a escolaridade com maior percentual de distúrbio predomina no segundo grau completo e nos com DORT/LER a preponderância se encontra no terceiro grau completo. Ver Tabelas 13 a 15.

Tabela 13: Condição de saúde por escolaridade Total

						%
	1º grau comp	2º grau incomp	2º grau comp	3º grau incomp	3º grau comp	Pós-graduado
DORT/LER						
Sem DORT/LER	66,67	50,00	45,45	47,62	78,57	50,00
Com DORT/LER	33,33	50,00	54,55	52,38	21,43	50,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Stress psíquico						
Normal	100,00	100,00	63,64	80,95	78,57	100,00
Com distúrbio			36,36	19,05	21,43	
Desejo de morte						
Normal	100,00	100,00	90,91	90,48	85,71	100,00
Com distúrbio			9,09	9,52	14,29	
Desconfiança no desempenho						
Normal	100,00	100,00	72,73	80,95	78,57	100,00
Com distúrbio			27,27	19,05	21,43	
Distúrbio do sono						
Normal	100,00	100,00	90,91	76,19	85,71	75,00
Com distúrbio			9,09	23,81	14,29	25,00
Distúrbio psicossomático						
Normal	66,67	100,00	100,00	95,24	92,86	100,00
Com distúrbio	33,33			4,76	7,14	
Saúde geral						
Normal	100,00	100,00	72,73	80,95	71,43	100,00
Com distúrbio			27,27	19,05	28,57	

Tabela 14: Dados da condição de saúde por escolaridade – Questionário de saúde geral sem DORT/LER

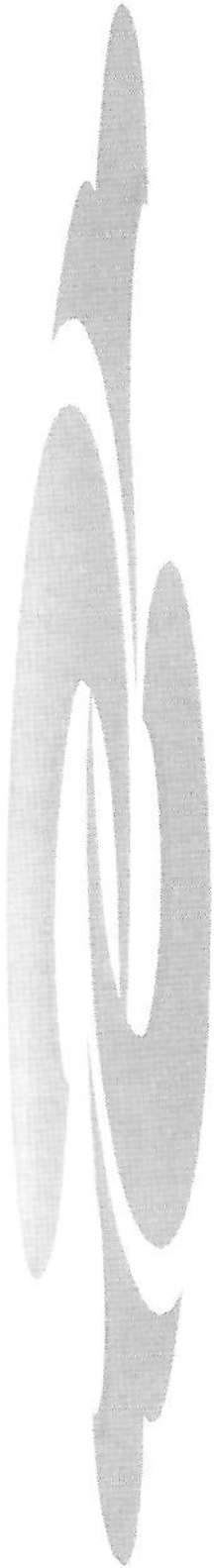
						%
	1º grau comp	2º grau incomp	2º grau comp	3º grau incomp	3º grau comp	Pós-graduado
	DORT/LER					
Sem DORT/LER	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Com DORT/LER						
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	Stress psíquico					
Normal	100,00	100,00	80,00	90,00	90,91	100,00
Com distúrbio			20,00	10,00	9,09	
	Desejo de morte					
Normal	100,00	100,00	100,00	90,00	90,91	100,00
Com distúrbio				10,00	9,09	
	Desconfiança no desempenho					
Normal	100,00	100,00	80,00	90,00	81,82	100,00
Com distúrbio			20,00	10,00	18,18	
	Distúrbio do sono					
Normal	100,00	100,00	80,00	90,00	90,91	50,00
Com distúrbio			20,00	10,00	9,09	50,00
	Distúrbio psicossomático					
Normal	50,00	100,00	100,00	100,00	90,91	100,00
Com distúrbio	50,00				9,09	
	Saúde geral					
Normal	100,00	100,00	80,00	90,00	81,82	100,00
Com distúrbio			20,00	10,00	18,18	

Tabela 15: Dados da condição de saúde por escolaridade – Questionário de saúde geral com DORT/LER

						%
	1º grau comp	2º grau incomp	2º grau comp	3º grau incomp	3º grau comp	Pós-graduado
DORT/LER						
Sem DORT/LER						
Com DORT/LER	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Stress psíquico						
Normal	100,00	100,00	50,00	72,73	33,33	100,00
Com distúrbio			50,00	27,27	66,67	
Desejo de morte						
Normal	100,00	100,00	83,33	90,91	66,67	100,00
Com distúrbio			16,67	9,09	33,33	
Desconfiança no desempenho						
Normal	100,00	100,00	66,67	72,73	66,67	100,00
Com distúrbio			33,33	27,27	33,33	
Distúrbio do sono						
Normal	100,00	100,00	100,00	63,64	66,67	100,00
Com distúrbio				36,36	33,33	
Distúrbio psicossomático						
Normal	100,00	100,00	100,00	90,91	100,00	100,00
Com distúrbio				9,09		
Saúde geral						
Normal	100,00	100,00	66,67	72,73	33,33	100,00
Com distúrbio			33,33	27,27	66,67	

4.19. DADOS DA CONDIÇÃO DE SAÚDE PELO ESTADO CIVIL

Quando o cruzamento leva em consideração o estado civil, no geral, os pesquisados separados/divorciados apresentam maior percentual de entrevistados com Distúrbios. Quando separado, nos que não tem DORT/LER também predominam os separados/divorciados. Já para a categoria dos com DORT/LER, a predominância dos Distúrbios recai sobre o grupo dos solteiros. Ver Tabelas de 16 a 18 – Anexo 4.



5. DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, priorizou-se estudar a população de um mesmo ambiente de trabalho, em detrimento de um maior número de sujeitos de outros locais. O presente estudo contou, portanto, com 55 funcionários, que compuseram a população de estudo. Desta forma, não foram utilizados recursos da Estatística paramétrica e os resultados obtidos não se prestam a generalizações.

Serão discutidos neste capítulo somente os resultados que evidenciam, de forma inequívoca, os fatores que caracterizam portadores e não portadores de DORT/LER.

5.1. PREVALÊNCIA DOS DORT/LER

Embora não fosse um objetivo específico do presente trabalho estudar o grau de prevalência dos DORT/LER da população em questão, a identificação dos que apresentavam o problema e daqueles que não tinham o sintoma da lesão, era condição básica para a realização da pesquisa.

Ao fazê-lo, deparou-se com uma realidade bastante distinta das relatadas por trabalhos anteriores, tais como ARAÚJO (1997), ALMEIDA (1995), DPM (1997), INSS (1998), LIMA & OLIVEIRA (1995) entre outros. Por essa razão, pretende-se iniciar a discussão pela análise desses dados para, em seguida, empreender aquele que é o propósito deste estudo, qual seja, a avaliação das condições psicoemocionais dos trabalhadores portadores de DORT/LER, em comparação aos trabalhadores que não apresentam sintomas da lesão.

O primeiro dado a considerar é a constatação de que 43,64% da população estudada é portadora dos DORT/LER, um número, portanto, muito acima da incidência média tanto no Brasil como nos demais países, onde os DORT/LER atingiram as maiores proporções, ou seja, em torno de 25% segundo RIBEIRO (1997).

Um dos fatores que podem ter concorrido para a configuração desses números, deve-se ao fato de que o grupo, ora em questão, é composto por 74,19 % de pessoas do sexo feminino. Diz-se que este seria um dos fatores responsáveis porque, como foi mencionado em capítulos anteriores, os DORT/LER são uma patologia predominante no sexo feminino, RIBEIRO (1995), de modo que a maior concentração de mulheres num mesmo grupo poderia, teoricamente, resultar em percentuais maiores.

Outro elemento que pode estar concorrendo para estes resultados se deve ao fato da população entrevistada encontrar-se, predominantemente na faixa etária de 26 a 35 anos (47,27%), dado que coincide com os resultados encontrados por pesquisadores como LIMA & OLIVEIRA (1995); LIMA (1997) e RIBEIRO (1997) etc.

Um terceiro fator, o qual também é citado pelos estudos na área, tais como os de LIMA & OLIVEIRA (1995) e LIMA (1997), entre outros. Segundo estes autores, a maior ocorrência se dá entre os indivíduos casados, mais especificamente entre as mulheres casadas, devido à dupla jornada a que, na maioria das vezes, estão sujeitas, levando à sobrecarga de trabalho.

Porém, mesmo considerando estes três fatores relacionados acima, os mesmos não parecem ser suficientes para explicar um número tão elevado de casos num único grupo. Se assim fosse, em todos os grupos profissionais em que a concentração feminina fosse expressiva, esses dados deveriam repetir-se, ao menos quando se tratasse de bibliotecas, situação em que não se tem nenhuma indicação de ocorrência.

Embora não tenha sido objeto específico dessa pesquisa, durante o processo de coleta de dados, ocasião em que o contato com o setor foi muito assíduo, pôde-se constatar e mesmo ouvir repetidas queixas dos funcionários sobre as condições de trabalho, as quais eram muito desfavoráveis ao desenvolvimento das atividades. As queixas relacionavam inadequações quanto a:

a) condições físicas do ambiente, tais como iluminação insuficiente e ruído excessivo, em virtude da configuração do prédio;

b) mobiliário inadequado, principalmente as bancadas para computadores, as quais não seguiam orientações ergonômicas e, inexplicavelmente, a maior parte era para pessoas canhotas;

c) o volume de trabalho, associado à vigilância do índice de produção, não permitia as pausas regulamentares (50 minutos de trabalho e 10 de pausa) àqueles que trabalham com digitação;

d) inadequação de equipamentos tal como o carro para transporte de livros até o piso superior, o qual era impulsionado manualmente por uma rampa e que, segundo os funcionários, era excessivamente pesado; precariedade dos computadores que, também segundo os funcionários, eram muito lentos, o que provocava protestos dos alunos, deixando-os, muitas vezes, em situações vexatórias;

f) o ambiente social, principalmente quanto à relação com a gerência a qual, segundo relatos da quase totalidade dos funcionários, agia de forma passional, comportando-se de maneira rancorosa e vingativa, criando um ambiente permanente de tensão e medo; pressão da clientela para atendimento mais rápido ou por falta de exemplares no acervo.

Entende-se que esta conjunção de fatores pode explicar, mesmo que parcialmente, um índice de ocorrência tão elevado dos DORT/LER numa população específica.

5.2. DISTÚRBIOS PSICOEMOCIONAIS

Discutir-se-á, a seguir, um outro dado que, ao apurar os questionários evidenciaram-se como elementos merecedores de atenção. Trata-se dos distúrbios psicoemocionais, os quais devem ser detectados pelo QSG. Quando os resultados do questionário ultrapassarem o percentil .75 revelam um alto grau de ausência de Saúde Mental (PASQUALI, *et. al.* 1996).

Ao se analisar os dados pelos subgrupos dos que têm e não têm DORT/LER e pelos fatores específicos medidos pelo QSG, estes percentuais sofrem uma série de variações, porém mantendo um padrão constante dessa variação, com exceção do fator específico Distúrbios Psicossomáticos.

O subgrupo dos sem DORT/LER com relação ao fator específico, Estresse Psíquico, atingiram 9,68% dos indivíduos; já no subgrupo dos com DORT/LER este valor subiu para 33%. Estes resultados levam a pensar sobre as descobertas dos estudos relativos ao estresse, quando afirmam que:

a) o estresse seria fruto de uma relação particular entre a pessoa e o ambiente, o qual seria avaliado pela própria pessoa como sobrecarregando ou excedendo seus recursos e ameaçando seu bem-estar (LAZARUS & FOLKMAN, 1984);

b) o estresse resultaria da percepção subjetiva do trabalhador a respeito das exigências do seu trabalho. É a resultante das características físicas da carga de trabalho, da sua personalidade, das experiências passadas e da situação social do trabalho (ROCHA & FERREIRA JUNIOR, 2000);

c) as reações neuroendócrinas do estresse agudo provoca a liberação de hormônios glicocorticóides e catecolaminas, os quais produzem efeitos negativos ao bem-estar, à satisfação e à saúde do indivíduo. A liberação desses componentes pode levar a uma sobrecarga muscular estática acima do normal para a postura e carga dinâmica. Este fenômeno produz uma sobrecarga muscular global.

Os elementos mencionados acima, ou seja, os fenômenos subjetivos da personalidade, da realidade social e das condições físicas do ambiente podem concorrer para a configuração de uma situação de estresse agudo e/ou prolongada, contribuindo para o surgimento dos DORT/LER.

Com relação ao segundo fator, Desejo de Morte, apenas 6,68 dos sem DORT/LER apresentaram distúrbios. Porém nos indivíduos com a lesão esse índice duplicou, atingindo 12,50%.

Tanto por ocasião da coleta de dados da presente pesquisa, como na literatura pertinente, são comum os relatos sobre a falta de perspectivas devido a incapacidade física, da baixa auto-estima pela culpa e vergonha de sentir-se deficiente, o humor alterado pela dor e pela desconfiança dos colegas e parentes a respeito da veracidade da lesão.

A respeito da Desconfiança no Desempenho, que é o terceiro fator estudado pelo QSG e que diz respeito, basicamente, à auto-estima, observou-se que para os não portadores dos DORT/LER, 12,90% dos entrevistados sofrem de distúrbios. No entanto, no subgrupo dos lesionados esse valor subiu para a ordem de 25%.

Esses dados sugerem que aqueles que se encontram limitados pela falta de força e pela dor, humilhados pela desconfiança e pela sensação de inutilidade e ameaçados pelo medo de perder o emprego comecem a padecer de uma insegurança generalizada.

Quanto ao fator específico, Distúrbio do Sono, verificou-se o mesmo padrão dos demais, onde para o subgrupo dos sem DORT/LER apenas 12,90% dos sujeitos apresentaram indicativos de ausência de Saúde Mental. No entanto, aqueles do subgrupo dos portadores dos DORT/LER o percentual foi de 20,83%.

Tanto na literatura quanto na experiência de coleta dos dados do presente estudo verifica-se que o distúrbio do sono é uma contingência freqüente nos portadores dos DORT/LER devido, principalmente, ao processo doloroso.

O distúrbio do sono pode levar o indivíduo para um círculo vicioso, provocando o agravamento do seu quadro de saúde geral, uma vez que um indivíduo nestas condições padece da falta de reposição de energia e do debelamento dos níveis de estresses anteriores.

O Distúrbio Psicossomático foi o único Fator específico que não obedeceu ao padrão de manifestações, onde o subgrupo dos sem DORT/LER apresentou um percentual maior de indivíduos com distúrbios (6,45%) em relação ao subgrupo com a lesão, o qual atingiu 4,17%.

Contudo, esses resultados são numericamente pouco expressivos. Além disso, ao observar o conjunto dos sujeitos sem se deter sobre os que atingiram o escore .75, nota-se que a maior parte deles apresenta escores superiores aos dos sem DORT/LER.

Estes dados parecem indicar que os portadores de DORT/LER são indivíduos mais queixosos com relação ao seu estado físico do que os não portadores da lesão.

Como consequência, o fator de Saúde Geral traduziu a disparidade ocorrida na maioria dos fatores específicos, ou seja, no subgrupo dos sem DORT/LER o índice de Distúrbios foi de 12,90% ao passo que os lesionados alcançaram a marca de 29,17%.

Indubitavelmente, esses são dados que chamam a atenção, seja pela uniformidade dos resultados, seja pela eloquência dos percentuais. Esses resultados parecem indicar que os indivíduos portadores de DORT/LER encontram-se em estado de saúde mais fragilizado dos que os que não apresentam sintomas da lesão.

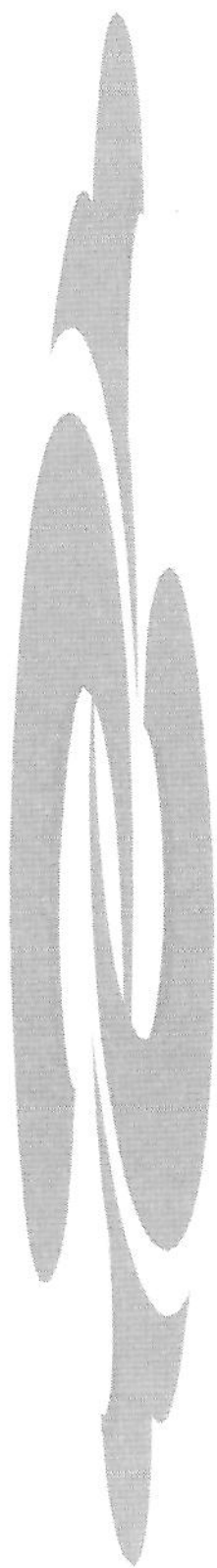
Pode-se, a partir dos dados apresentados acima, afirmar que, na população estudada, o índice de comprometimento psicoemocional é substancialmente maior naqueles indivíduos acometidos pelos DORT/LER.

5.3. VARIAÇÃO DOS ESCORES ENTRE O NORMAL E O PATOLÓGICO

Para se discutir este aspecto dos dados, faz-se necessário esclarecer o que se denominou Variação dos Escores. Tomou-se como variação todos os valores demonstrados em escores e que foram maiores que os valores médios estabelecidos pelo padrão do QSG (Anexo 5). Nesses valores, interpretou-se como indicador de problemas psicoemocionais a forma crescente dos escores de cada fator determinado.

Analisou-se, também, as condições psicoemocionais de forma relativa entre os dois subgrupos, tomando os indivíduos com e sem DORT/LER para cada um dos fatores específicos. Essas comparações consideraram os escores de modo genérico, ou seja, independentemente do valor do escore em si, mas em função da posição que cada escore de um determinado fator ocupou em relação aos escores do mesmo fator nos demais sujeitos.

Do mesmo modo que os resultados sobre distúrbios apontaram para um maior comprometimento psicoemocional dos que se encontravam acometidos pelas DORT/LER, quando se analisou os dados pelos escores, de maneira geral, os mesmos resultados se repetiram, ou seja, em todas as situações o subgrupo de lesionados atingiu escores mais elevados do que os que não apresentaram sintomas da lesão.



6. CONCLUSÃO

6.1. CARACTERÍSTICAS PSICOEMOCIONAIS

O perfil predominante do entrevistado geral deste estudo, ou seja, dos com e sem DORT/LER é o seguinte: indivíduos do sexo feminino, com 3º grau incompleto, solteiras, com média de idade de 31 anos, com renda de 5,5 SM.

Os entrevistados do subgrupo com DORT/LER apresentaram idade predominante de 30 anos, sexo feminino, solteiras e com renda de 5,5 SM. O terceiro grau incompleto foi o nível de escolaridade mais freqüente.

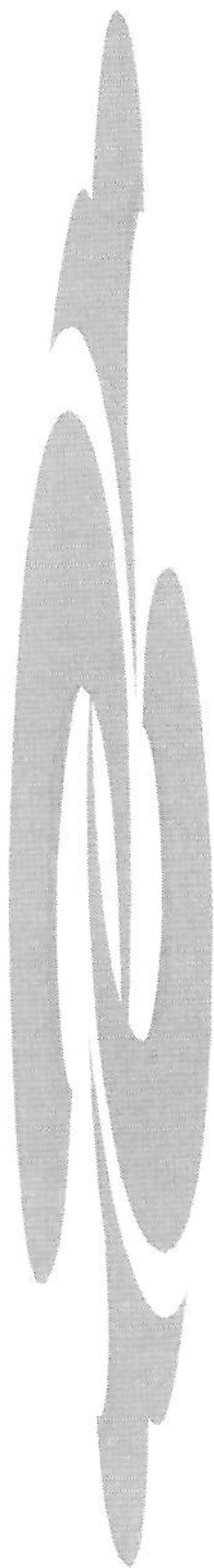
Nesse grupo houve prevalência maior de distúrbios psicoemocionais em todos os Fatores Específicos, sendo que o maior índice de distúrbios foi encontrado nos indivíduos da faixa entre 36 a 45 anos.

Os entrevistados do subgrupo dos sem DORT/LER são indivíduos com idade predominante de 32 anos, do sexo feminino, solteiras, com terceiro grau completo e renda de 5,5.

Além dos resultados derivados do Questionário de Saúde Geral - QSG e do Diagnóstico Clínico Diferencial - DCD, observou-se a insatisfação dos trabalhadores com relação às condições logísticas, físicas e psicossociais no ambiente de trabalho.

Os entrevistados com DORT/LER, independentemente das outras variáveis observadas (sexo, escolaridade, estado civil, faixa de idade e faixa de renda), e do percentil que determina presença de distúrbios psiquiátricos, apresentaram escores maiores do que o subgrupo dos sem DORT/LER.

Conclui-se que os trabalhadores da Biblioteca, acometidos por DORT/LER, apresentam índices de comprometimento Psicoemocional e de Saúde Geral maiores do que aqueles que não apresentaram sintomas da lesão.



7. SUMMARY

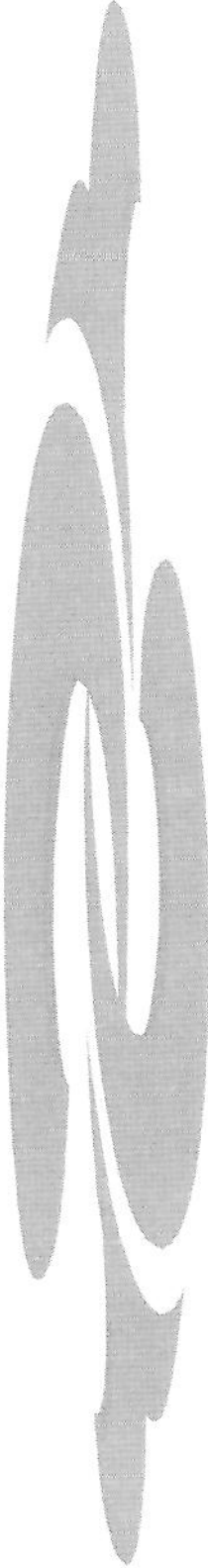
The objectives of this study was twofold. The first was to verify if the library employees of a private university in the Central Western region of Brazil who suffered from Work-Related Musculoskeletal Disorder/Repetitive Strain Injury (WMD/RSI) also displayed specific psycho-emotional conditions. These psycho-emotional conditions were then compared to the other employees of the library who showed no symptoms of the WMD/RSI.

This is a descriptive-comparative study where the psycho-emotional conditions of the two groups were analyzed (the employees who suffered from WMD/RSI were contrasted with those who did not show any symptoms of the disorders).

The subject population included all fifty-five (55) employees of the library. The following questionnaire was submitted: “Questionário de Saúde Geral de Goldberg” – QSG, Pasquali et. al. (1996). The “General Health Questionnaire” – GHQ (Goldberg, 1972) is a translation made by GIGLIO (1976) and an adaptation made for the Brazilian reality by PASQUALI (1996).

The “Diagnóstico Clínico Diferencial – DCD” (Ottoni, 1999) was also utilized to define the two groups.

The group of employees diagnosed with WMD/RSI presented psycho-emotional conditions of a higher level compared to those who had no signs of the symptoms. Some of the symptoms of the WMD/ RSI group included psychological stress, death desire, distrust of own performance, sleep and psychosomatic disorders and problems with health in general.



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. C. C. G. - Em busca de uma linguagem. In: CODO, W. & ALMEIDA, M. C. C. G. - **L.E.R. lesões por esforços repetitivos**. Petrópolis, Vozes, 1995, p.110-35.
- ALBORNOZ, S. - Coleção primeiros passos. **O que é trabalho**. São Paulo, Ed. brasiliense, 1994, p.10.
- ARAÚJO, J. N. G. - A produção das lesões por esforços repetitivos num restaurante universitário: análise ergonômica e psicossocial. - In LIMA, M. E. A., ARAÚJO, J. N. G., LIMA, F. P. A. - **L.E.R. lesões por esforços repetitivos: Dimensões ergonômicas e psicossociais**. Belo Horizonte, Health, 1997, p. 217-36.
- BAMMER, G. & MARTIN, B. - The arguments about RSI: an examination. **Community Health Studies**, v.12, (3): 348-58, 1988.
- BRASIL, Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional Do Seguridade Social. - **Ler: lesões por esforços repetitivos: Normas técnicas para avaliação da incapacidade**. Brasília, 1993, 21p.
- BRASIL, Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional Do Seguridade Social. - **Ler: lesões por esforços repetitivos: Normas técnicas para avaliação da incapacidade**. Brasília, 1997, 41 p.
- BRASIL, Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional Do Seguridade Social. - Norma técnica sobre distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - DORT. **Diário Oficial** Nº 159: 71 - 79. 20 agosto 1998.
- CASSEL, J. - Psychosocial process and stress: theoretical formulation. **J. Health Serv.** v.4, p. 71-482,1974.
- CANGUILHEM, G. - **O Normal e o Patológico**. Rio Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- CHWEDOROWICZ, A. - Psychic Hygiene in mental health promotion. **D.R. Trent(ed), Promotion of mental health**. Aldeshot, Avebury, p. 241-6, 1992.
- CHILDE, V. G. - **O que aconteceu na história**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

- CODO, W. ; Sampaio, J. J. C. ; Hitomi, A. H. – **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 1992, 280p.
- DEJOURS, C. - **Plaisir et souffrance dans le travail**. Paris, Centre National de la Recherche Scientifique, 1997.
- DEJOURS, C.(a) - **A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo, Cortez, 1988. 159p.
- DEJOURS, C. (b) - **O corpo entre a biologia e a psicanálise**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.
- DEJOURS, C. - **Travail et santé mentale: de l'enquête à l'action**. Prevenir. 19 (2) p. 3-19, 1989.
- DEJOURS, C. - O sofrimento humano nas organizações. (tradução e adaptação). In: **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. Torres, S. L. O. (org). São Paulo, Atlas, 1992.
- DEJOURS, C. - **Travail: usure mental**. Paris, Bayard Edition. Vol 1, 1993.
- DEJOURS, C. - **O fator humano**. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1997. 101p.
- DEJOURS, C.; DOPPLER, F.; LOGEAY, P. (b) - **Psychanalyse et travail**. Centro hospitalar d'Orsay: Association Pour l' Ouverture du Champ d'Investigation Psychopathologique, 1990.
- DEJOURS, C.; JAYET, C.; ABDOUCHELI, E. **Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo, Atlas, 1994. 145p.
- DIVISÃO DE ATIVIDADES PREVIDENCIÁRIAS/DAP. - **Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho**. Brasília, Diário Oficial de 11/07/1997. 41p.
- DUYCKAERTS, F. - **A noção de normal em psicologia clínica**. São Paulo: Herder, 1966.

- EATON, J. W. - The assesment of mental health. **American Journal of Psychiatry**, 108: 81-90. 1951.
- ENGELS, F. - O papel do trabalho na transformação do macaco em homem. In: Universidade Popular - **O papel do trabalho na transformação do macaco em homem**. São Paulo: Global, 1986. p.17-38.
- ÊXODO - In **Bíblia Sagrada**. Editora Barsa, Rio de Janeiro, 1967.
- FACCHINI, L. A. - Uma contribuição da Epidemiologia: o modelo de determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In - **Isto é trabalho de gente?** Petrópolis: Vozes, 1993, p.178-186.
- FONTES, O. L. - **Além dos sintomas: superando o paradigma saúde e doença**. Piracicaba: UNIMEP, 1995. 86p.
- FORD, H. - **Os princípios da prosperidade: Minha vida e minha obra**. Rio de Janeiro: Gráfica Brasil, 1964.
- FOUCAULT, M. - **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- FREUD, S. - **O mal estar na civilização**. Obras completas Vol. XXI - Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- GENESIS. - In **Bíblia Sagrada**. Editora Barsa, Rio de Janeiro - 1967.
- GIGLIO, J. S. - **Bem Estar Emocional em Universitários: um estudo preliminar**. Tese de doutorado, FCM, UNICAMP, Campinas, 1976.
- GORZ, A. - **Crítica da divisão do trabalho**. São Paulo: Martins Fontes, 1980, 211p.
- GUIMARÃES, L. A. M. - **Saúde mental e trabalho em um segmento do operariado da indústria extrativa de mineração de ferro**. (Tese de doutoramento - Universidade Estadual de Campinas). Campinas, 1992.

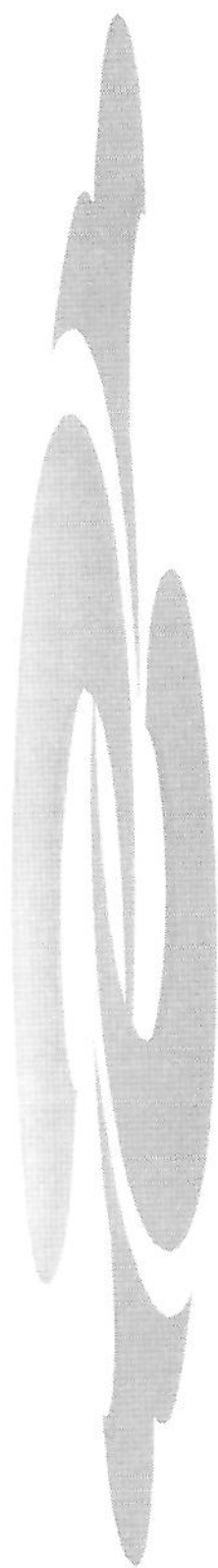
- GUIR, J. - Os fenômenos psicossomáticos. In: **A psicossomática na clínica lacaniana**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992. p.25-42.
- GUNTRIP, H. - **Healing the sick mind**. London: Allen& Unwin, 1964.
- HAYASHI, N., IJIMA, S., MATSUMOTO, N. - **A study on influencing factors of the subjective symptoms related with occupational cervicobrachial disorder of female key operators in latent stage**. In: Jpn Ind. Health, vol. 25, 1983. P. 70-76
- HERZOG, R. - **A percepção de si como sujeito da doença**. In: Physis: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, vol. 1, número 2, 1991, p. 143-154.
- KAKASR, S. - **Shamans, mystics, and doctors: a psychological enquiry into India and its healing traditions**. London, Unwin, 1984.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. - **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo, Martins Fontes, 1986. p196.
- LAZARUS, R. & FOLKMAN, S. - **Stress, Appraisal end Coping**. New York: Springer Publishing Company, 1984.
- LEVI, L. - Las Enfermedades Psicossomáticas como Consecuencia del estrés Profesional. In: KALIMO, R.; EL BATAWI, M. A.; COOPER, C. L. - **Los Factores Psicossociales en el trabajo y su relación con la Salud**. Organizacion Mundial de la Salud, Genebra, 1988. 9 – 182 p.
- LIMA, A. B. & OLIVEIRA, F. - Abordagem psicossocial da L.E.R.: Ideologia da culpabilização. In: CODO, W. e ALMEIDA, M. C. C. G. **L.E.R. Diagnóstico tratamento e prevenção: uma abordagem interdisciplinar**, Rio de Janeiro: Vozes, 1995, p.136-162.
- LIMA, M. E. A. - A dimensão psicológica. In: LIMA, M. E. A.; ARAÚJO, J.N. G.; LIMA, F. P. A. **L.E.R. lesões por esforços repetitivos: Dimensões ergonômicas e psicossociais**. Belo Horizonte, Health, 1997.

- MACHADO, S. S. - **Fatores relacionados ao estresse ocupacional em ambientes de risco.** (dissertação de mestrado pela Universidade de Brasília), Brasília, DF, 1997.
- MAGALHÃES, L.V. - **Imagens do desgaste no trabalho: Representações sobre as lesões por esforços repetitivos.** Campinas, SP., 1998. (Tese de doutoramento pela UNICAMP).
- MARTINS, F. - Do normal à sublimação: da psicologia à Psicanálise. In: RICARD, B. & ALMEIDA, S. F. C. (org) **Psicologia e psicanálise.** Brasília 1994, Universidade de Brasília.
- MARTY, P. - **A psicossomática do adulto.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, 87p.
- MARX, K. Divisão do trabalho e manufatura. In: **O Capital.** Livro I, parte 4, cap. 12. São Paulo: Nova Cultural, 1986. p.386-422.
- MASLOW, A. H. - **Towards a psychology of being.** New York: Van Nostrand, 1968.
- MAYO, E. - **Problemas humanos de una civilización industrial.** Genebra, Galetea Nueva Vison, 1959.
- MENDES, A. M. - **Valores e vivências de prazer-sofrimento no contexto organizacional.** (Tese de Doutorado Universidade de Brasília); Brasília, 1988.
- MENDES, A. M. & ABRAHÃO, J. I. - A influência da Organização do trabalho nas vivências de prazer-sofrimento do trabalhador: uma abordagem psicodinâmica. **Psicologia: teoria e pesquisa.** v. 26, (2):179-84, 1996.
- Minas Gerais (Estado). Instituto Nacional de Seguridade Social. Núcleo de Referência em Doenças Ocupacionais da Previdência Social/NUSAT – **Relatório Anual.** Belo Horizonte, 1995.
- NEUMANN, J. Psychiatrists responsibility for mental health. In: Neumann, J.; Schroeder, H.; Voss, P. (Ed.), **Mental health within the health promotion concept.** Dresden German Hygiene Museum/Copenhagen: WHO, 1989, p.52-56.

- OAKLEY, K. B. - O homem que fabrica utensílios. In: **Universidade Popular: o papel do trabalho na transformação do macaco em homem**. São Paulo: Global, 1986. p. 39-50.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE **Report of the fifth meeting of the global coordinatory group for the Mental Health Program**, 1983, Genebra, 1984. (Doc. MNH/POC/84.1).
- OTTONI, M. A. - **Análise Descritiva da Prevalência dos Distúrbios Alérgicos em Operadores de Serviço de Telefonia**. Tese de mestrado, Universidade de Brasília. Brasília - DF, 1999.
- PASQUALI, L. - Questionário de Saúde Geral - QSG. In: **Técnicas de exames psicológicos – TEP**. Universidade de Brasília, 1999. (não publicado).
- PASQUALI, L. - **Questionário de Saúde Geral: manual técnico – QSG**. (Laboratório de Pesquisa em Avaliação Médica- LABPAM), Brasília: Casa do Psicólogo, 1996.
- PASQUALI, L., NOGUEIRA, A.M.P., MARTINS A.E. de O. & MARTINS, F.M. de M.C. Atitude frente ao doente mental. In: **Revista de Psicologia**, 5: 37 – 67, 1987.
- PASQUALINI, R. Q. - **STRESS Enfermidades de Adaptacion Acth y Cortisona**. Buenos Aires, El Ateneo Editorial, 1952.
- PEREZ, N.S. & ANDA, C.M. - Musculoskeletal disorders among male sewing machine operators in shoemaking. **Ergonomics**, 36, (7): 793-800, 1993.
- PRESTON, G. H. - **The substance of mental health**. New York, Farrar & Rinehart, 1943.
- RAMAZZINI, B. - **As doenças dos trabalhadores**. “de morbis artificium diatriba”. São Paulo: FUNDACENTRO, 1992. p.155-57.
- RIBEIRO, H. P. - Estado atual das lesões por esforços repetitivos no Banco do Estado de São Paulo S.A. - BANESPA. **Caderno de Saúde/Afubesp**, v.1, junho, 1995. 38p.

- RIBEIRO, H. P. - Lesões por Esforços Repetitivos (L.E.R.): uma doença emblemática. **Cadernos de Saúde Pública**, 13, (2): 85-94, 1997.
- ROCHA, L. E. & GLIMA, D. M. R. - Distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho. In: FERREIRA JUNIOR, M. **Saúde no trabalho: Temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Roca, 2000. p. 320 – 352.
- ROCHA, L.E. & FERREIRA JUNIOR, M. – Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. In: _____ **Saúde no trabalho: Temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Roca, 2000. p. 286 – 319.
- SÁ JUNIOR, L. S. M. - **Fundamentos de psicologia: Bases do exame psíquico**. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu, 1988.
- SELIGMANN-SILVA, E. - **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro, Cortez, 1994, 322p.
- SELYE, H. - History of the stress concept. In L. GOLDBERG & S. BREZNITZ. **Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects**. 2 ed. New York, The Free Press, 1993. p. 7-17.
- SMITH, A. - **Riqueza das nações**. Livro V, cap. I, art. 1 - 335-60. São Paulo, Ed. Húmus, 1986.
- SOUZA, A. L. - Saúde mental e trabalho: dois enfoques. **Revista brasileira de saúde ocupacional**. 20, 65-71, jan./jun. 1992.
- TAYLOR, F. W. - **Princípios de administração científica**. São Paulo: Atlas, 1960.
- TOKYO DECLARATION - **Work-Related Stress and Health in Three Post-Industrial Settings - EU, Japan, and USA** - Tokyo, 1998.

- VASCONSELOS, E. G. - O modelo psiconeuroendocrinológico do estresse. In: SEGER, L. **Psicologia & Odontologia: uma abordagem integradora**. Santos, Santos, 1992, p. 25-47.
- WISNER, A. - **Por dentro do trabalho: ergonomia, método e técnica**. São Paulo: Oboré, 1994. 190p.
- WOOTON, B. **Social science and social pathology**. London: Allen&Unwin, 1959.



9. ANEXOS

Termo de Consentimento Institucional Livre e Esclarecido

A _____ CGC _____
/ ____ / ____, declara consentir a realização da pesquisa científica intitulada “Lesões Por esforços Repetitivos - LER: aspectos psicológicos”, um estudo de autoria do mestrando Celso Aleixo de Barros e sob a orientação da Prof^a. Dr.^a Liliana Andolpho Magalhães Guimarães (Universidade de Campinas - UNICAMP).

Afirma ter ciência de que os procedimentos consistirão na aplicação, pelo pesquisador, de 3 (três) questionários de múltipla escolha e de exame clínico pelo Prof. MsC. Marco Aurélio Ottoni (Universidade Católica de Brasília - UCB), aos funcionários da biblioteca da referida instituição.

As respostas e resultados serão analisados quantitativa e qualitativamente, com posterior redação do trabalho, resguardando o anonimato tanto dos indivíduos quanto da instituição, para defesa no Mestrado em Ciências Médicas na área de concentração de Saúde Mental da Universidade de Campinas - UNICAMP.

Representante legal

Nome _____

Ass/carimbo _____

Pesquisador

Nome _____

Ass/carimbo _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____
RG _____ / ____ / ____, declaro consentir em participar da pesquisa científica intitulada “Lesões Por esforços Repetitivos - LER: aspectos psicológicos”, um estudo de autoria do mestrando Celso Aleixo de Barros e sob a orientação da Profª. Dr.ª Liliana Andolpho Magalhães Guimarães (Universidade de Campinas - UNICAMP).

Tenho consciência de que minha participação consistirá em responder 3 (três) questionários de múltipla escolha e me submeter a exame clínico a ser realizado pelo Prof. MsC. Marco Aurélio Ottoni (Universidade Católica de Brasília - UCB).

As respostas e resultados serão analisados quantitativa e qualitativamente sem a minha identificação, com posterior redação do trabalho de defesa no Mestrado em Ciências Médicas na área de concentração de Saúde Mental da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

Entrevistado

Nome _____

Ass. _____

Pesquisador

Nome _____

ass/carimbo _____

Rotina das atividades

- Digitação de documentos para compra;
- Recebimento, conferência, carimbo e registros dos documentos;
- Pesquisa no Sistema Thesaurus;
- Arquivamento de correspondências em geral;
- Pré-catalogação;
- Retirada dos dados gerais da publicação e transcrição para as planilhas;
- Conferência da pré-catalogação;
- Classificação - colocação do número da CDU;
- Indexação - delimitação dos assuntos;
- Preparo final;
- Digitação de etiquetas;
- Colagem de etiquetas e código de barra;
- Encaminhamento para o acervo;
- Encaminhamento dos pedidos de assinaturas de periódicos para seção de compras;
- Controle de renovação de assinaturas;
- Recebimento, conferência, registro e guarda dos periódicos;
- Catalogação (descrição física) e indexação (colocação assuntos) de fascículos de periódicos;
- Atendimentos ao usuário;
- Intercâmbio de materiais bibliográficos com outras instituições;

- Digitação e encaminhamento de correspondências agradecendo intercâmbio e doações;
- Arquivamento de correspondências em geral;
- Recolhimento dos periódicos nas mesas e recolocação nas estantes;
- Elaboração de estatísticas de uso do acervo de periódicos e atendimento, como também o uso de bases de dados na internet;
- Agendamento e organização das exposições na biblioteca;
- Atendimento ao público;
- Seleção e treinamento de estagiários;
- Pesquisa bibliográfica no Sistema Thesaurus;
- Orientação na utilização da pesquisa;
- Recolhimento de livros nas mesas e cabines;
- Encaminhamento dos livros recolhidos para guarda nas estantes;
- Atendimento ao usuário na localização de documentos nas estantes;
- Empréstimo de livros;
- Restauração de livros;
- Atendimento ao usuário - preenchimento de formulário para pesquisa;
- Pesquisa em bases de dados em CD-ROM, PROQUEST e Internet;
- Elaboração e digitação de lista de novas aquisições para divulgação;
- Elaboração e preparação de folhetos informativos sobre a biblioteca;
- Orientação dos serviços de guarda da biblioteca - Roleta, material emprestado, bolsas, etc;
- Atendimento ao aluno;
- Empréstimo de cabines;
- Empréstimo de materiais especiais (fitas, CD-ROM, disquetes, folhetos);

- Agendamento prévio para utilização da sala de vídeo e microcomputador
Recolocação dos materiais especiais devolvidos nas estantes;
- Digitação, conferência, alterações e correções de planilhas para entrada de dados no Sistema;
- Busca de materiais bibliográficos doados por outras instituições;
- Busca de cópias de artigos, teses e folhetos em outras instituições – COMUT;
- Manutenção dos equipamentos de informática da biblioteca;
- Agendamento de visitas orientadas;
- Designação dos bibliotecários para acompanhar as visitas orientadas;
- Agendamento da utilização da sala de seminários;
- Agendamento de reuniões;
- Solicitação de materiais;
- Elaboração e digitação de documentos administrativos;
- Preparação da sala de seminários quando reservada.

Tabela 16: Faixa de idade por sexo, escolaridade, estado civil, faixa de renda - Total

%

	17 a 25 anos	26 a 35 anos	36 a 45 anos	46 a 57 anos
Sexo do individuo				
Masculino	30,00	26,92	6,67	50,00
Feminino	70,00	73,08	93,33	50,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00
Escolaridade				
1º grau comp		3,85	6,67	25,00
2º grau incomp		3,85	6,67	
2º grau comp	10,00	23,08	20,00	25,00
3º grau incomp	90,00	38,46	13,33	
3º grau comp		23,08	40,00	50,00
Pós-graduado		7,69	13,33	
Estado Civil				
Solteiro	70,00	53,85	53,33	
Casado/Amigado	30,00	30,77	33,33	75,00
Separado/Divorciado		11,54	13,33	25,00
Viúvo		3,85		
Faixa de renda				
4.9 ou menos	80,00	19,23		
5 6.9 SM	20,00	57,69	60,00	75,00
9 ou mais sm		23,08	40,00	25,00

Tabela 17: Faixa de idade por sexo, escolaridade, estado civil, faixa de renda – Sem DORT/LER

	%			
	17 a 25 anos	26 a 35 anos	36 a 45 anos	46 a 57 anos
Sexo do indivíduo				
Masculino	50,00	23,08	9,09	66,67
Feminino	50,00	76,92	90,91	33,33
Total	100,00	100,00	100,00	100,00
Escolaridade				
1º grau comp			9,09	33,33
2º grau incomp			9,09	
2º grau comp		30,77	9,09	
3º grau incomp	100,00	30,77	18,18	
3º grau comp		38,46	36,36	66,67
Pós-graduado			18,18	
Estado Civil				
Solteiro	75,00	53,85	63,64	
Casado/Amigado	25,00	15,38	27,27	66,67
Separado/Divorciado		23,08	9,09	33,33
Viúvo		7,69		
Faixa de renda				
4.9 ou menos	50,00	15,38		
5 6.9 SM	50,00	69,23	63,64	66,67
9 ou mais sm		15,38	36,36	33,33

Tabela 18: Faixa de idade por sexo, escolaridade, estado civil, faixa de renda – Com DORT/LER

%

	17 a 25 anos	26 a 35 anos	36 a 45 anos	46 a 57 anos
Sexo do indivíduo				
Masculino	16,67	30,77		
Feminino	83,33	69,23	100,00	100,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00
Escolaridade				
1º grau comp		7,69		
2º grau incomp		7,69		
2º grau comp	16,67	15,38	50,00	100,00
3º grau incomp	83,33	46,15		
3º grau comp		7,69	50,00	
Pós-graduado		15,38		
Estado Civil				
Solteiro	66,67	53,85	25,00	
Casado/Amigado	33,33	46,15	50,00	100,00
Separado/Divorciado			25,00	
Faixa de renda				
4.9 ou menos	100,00	23,08		
5 6.9 SM		46,15	50,00	100,00
9 ou mais sm		30,77	50,00	

Tabela 19: Condição de saúde por estado civil - Total

%

	Solteiro	Casado/Amigado	Sep/Divorciado	Viúvo
Sexo do indivíduo				
Sem DORT/LER	58,62	42,11	83,33	100,00
Com Dort/LER	41,38	57,89	16,67	
Total	100,00	100,00	100,00	100,00
Stress psíquico				
Normal	79,31	89,47	50,00	100,00
Com distúrbio	20,69	10,53	50,00	
Desejo de morte				
Normal	86,21	100,00	83,33	100,00
Com distúrbio	13,79		16,79	
Desconfiança no desempenho				
Normal	79,31	89,47	66,67	100,00
Com distúrbio	20,69	10,53	33,33	
Distúrbio do sono				
Normal	79,31	94,74	66,67	100,00
Com distúrbio	20,69	5,26	33,33	
Distúrbio psicossomático				
Normal	96,55	94,74	83,33	100,00
Com distúrbio	3,45	5,26	16,67	
Saúde geral				
Normal	75,86	89,47	66,67	100,00
Com distúrbio	24,14	10,53	33,33	

Tabela 20: Condição de saúde por estado civil sem DORT/LER

%

	Solteiro	Casado/Amigado	Sep/Divorciado	Viúvo
Sexo do indivíduo				
Sem DORT/LER	100,00	100,00	100,00	100,00
Com Dort/LER				
Total	100,00	100,00	100,00	100,00
Stress psíquico				
Normal	94,12	100,00	60,00	100,00
Com distúrbio	5,88		40,00	
Desejo de morte				
Normal	94,12	100,00	80,00	100,00
Com distúrbio	5,88		20,00	
Desconfiança no desempenho				
Normal	88,24	100,00	60,00	100,00
Com distúrbio	11,76		40,00	
Distúrbio do sono				
Normal	88,24	100,00	60,00	100,00
Com distúrbio	11,76		40,00	
Distúrbio psicossomático				
Normal	100,00	87,50	80,00	100,00
Com distúrbio		12,50	20,00	
Saúde geral				
Normal	88,24	100,00	60,00	100,00
Com distúrbio	11,76		40,00	

Tabela 21: Condição de saúde por estado civil com DORT/LER

%

	Solteiro	Casado/Amigado	Sep/Divorc
DORT/LER			
Sem DORT/LER			
Com DORT/LER	100,00	100,00	100,00
Total	100,00	100,00	100,00
Stress psíquico			
Normal	58,33	81,82	
Com distúrbio	41,67	18,18	100,00
Desejo de morte			
Normal	75,00	100,00	100,00
Com distúrbio	25,00		
Desconfiança no desempenho			
Normal	66,67	81,82	100,00
Com distúrbio	33,33	18,18	
Distúrbio do sono			
Normal	66,67	90,91	100,00
Com distúrbio	33,33	9,09	
Distúrbio psicossomático			
Normal	91,67	100,00	100,00
Com distúrbio	8,33		
Saúde geral			
Normal	58,33	81,82	100,00
Com distúrbio	41,67	18,18	

Questionário de Saúde Geral de Goldberg**CADERNO DE APLICAÇÃO – QSG**

(Adaptação Brasileira)

POR FAVOR, LEIA COM ATENÇÃO

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

RESPONDA, por obséquio, A TODAS AS PERGUNTAS nas páginas que se seguem, escrevendo, no quadrinho da Folha de Respostas correspondente à questão que está sendo respondida, o número que corresponde à alternativa que você acha que se aplica a você.

É NECESSÁRIO QUE VOCÊ RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES. Se por ventura nenhuma das quatro alternativas corresponderem à resposta que você gostaria de dar, mesmo assim escolha aquela que mais se aproxima de você. Mas lembre-se que o interesse está em saber como você tem se sentido ultimamente e não como você se sentia no passado.

É importante que você procure responder a todas as perguntas.

PODE COMEÇAR

Seguem alguns exemplos de questões do QSG:

Você ultimamente:

1. Tem se sentido perfeitamente bem e com boa saúde?
 - 1) melhor do que de costume
 - 2) como de costume
 - 3) pior do que de costume
 - 4) muito pior do que de costume

2. Tem sentido necessidade de tomar fortificantes (vitaminas)?
 - 1) não, absolutamente
 - 2) não mais do que de costume
 - 3) um pouco mais do que de costume
 - 4) muito mais do que de costume

3. Tem se sentido cansado (fatigado) e irritado?
 - 1) não, absolutamente
 - 2) não mais do que de costume
 - 3) um pouco mais do que de costume
 - 4) muito mais do que de costume

4. Tem se sentido mal de saúde ?
 - 1) não, absolutamente
 - 2) não mais do que de costume
 - 3) um pouco mais do que de costume
 - 4) muito mais do que de costume

5. Tem sentido dores de cabeça?
 - 1) não, absolutamente
 - 2) não mais do que de costume
 - 3) um pouco mais do que de costume

ESCORES DOS FATORES ESPECÍFICOS

TABELAS DE NORMAS

NORMAS DO SEXO MASCULINO

Percentil	Stress Psíquico	Desejo de morte	Desconfiança no desempenho	Distúrbio do sono	Distúrbios psicossomáticos	Saúde geral
100	3.23	3.29	3.12	2.83	3.00	2.75
95	2.96	2.57	2.77	2.50	2.40	2.48
90	2.62	2.14	2.47	2.33	2.20	2.33
85	2.39	1.86	2.35		2.10	2.13
80	2.23	1.71	2.24	2.00	2.00	2.03
75	2.15	1.57	2.12	1.83	1.90	1.93
70	2.08	1.43	2.00	1.67	1.80	1.85
65	1.92		1.94	1.67	1.70	1.79
60		1.29				1.73
55	1.85	1.14	1.88	1.50	1.60	1.70
50	1.77	1.14	1.82			1.65
45	1.69	1.00				1.62
40	1.69		1.77		1.50	1.57
35	1.62		1.71	1.33		1.55
30	1.54		1.65		1.40	1.52
25	1.46		1.65			1.48
20	1.46		1.59	1.17	1.30	1.45
15	1.39		1.53	1.00	1.25	1.43
10	1.31		1.47		1.20	1.38
5	1.15		1.35		1.10	1.35

TABELAS DE NORMAS

NORMAS DO SEXO FEMININO

Percentil	Stress Psíquico	Desejo de morte	Desconfiança no desempenho	Distúrbio do sono	Distúrbios psicossomáticos	Saúde geral
100	3.54	2.98	3.35	3.31	3.09	3.05
95	3.31	2.29	3.00	3.00	2.87	2.70
90	2.92	2.00	2.61	2.67	2.60	2.42
85	2.69	1.86	2.47	2.35	2.40	2.30
80	2.46	1.57	2.29	2.17	2.30	2.21
75	2.39		2.18	2.00	2.20	2.08
70	2.31	1.43	2.12		2.10	2.00
65	2.15		2.06	1.83	2.00	1.93
60	2.08	1.29	2.00	1.67	1.90	1.85
55	2.00	1.14	1.94		1.80	1.82
50	1.92	1.14	1.88		1.70	1.75
45	1.77	1.14	1.82	1.50		1.70
40	1.69	1.00	1.79		1.60	1.65
35	1.61		1.77	1.33		1.62
30	1.60		1.71		1.50	1.58
25	1.54		1.65			1.55
20			1.59	1.17	1.40	1.50
15	1.39		1.58	1.00		1.45
10	1.31		1.47		1.30	1.40
5	1.15		1.41		1.20	1.32

Diagnóstico Clínico Diferencial - DCD.

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Nome: _____

Data de Nascimento : ____/____/____

Naturalidade: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Endereço: _____

Profissão: _____

Indicação: _____

Data de Avaliação: ____/____/____

Queixa Principal:

História da Moléstia Atual:

Apresenta dor: _____

Como é essa dor: _____

Irradiação para que região : _____

Tipo de dor: _____

Quando iniciou : _____

Está aumentando : _____

Período em que mais dói: _____

Restrições Funcionais : _____

Fatores Agravantes: _____

Fatores Atenuantes: _____

Quantas Crises já houveram : _____

Presença de Parestesias : _____

Presença de Câimbras: _____

Medicamentos : _____ Quais ? _____

Posição que mais permanece : _____

Movimentos mais freqüentes: _____

Tipo de Atividade Física : _____

Usa Prótese ou órtese: _____

Tipo de Colchão : _____

Usa Travesseiro: _____ Quantos? _____ Tipo? _____

Posição em que costuma dormir: _____

Problemas Emocionais : _____

Característica Psicológica: _____

Problemas Associados: _____

Cirurgias: _____

INSPEÇÃO

POSIÇÃO ORTOSTÁTICA

VISTA ANTERIOR

Artelhos e pés: _____

Joelhos: _____

Nível da Patela: _____

Rotação do Tronco: _____

Nível da EIAS: _____

Lateralização do Pelve: _____

Desvio da Coluna: _____

Nível das mamas: _____

Deformidades torácicas: _____

Nível dos ombros: _____

Coluna Cervical: _____

Mobilidade torácica: Axilar N _____ I _____ E _____

Xifóide N _____ I _____ E _____

Mamilar N _____ I _____ E _____

Unfálico N _____ I _____ E _____

VISTA PERFIL:

Joelhos: _____

Pelve (anteversão – retroversão) _____

Posição do centro de gravidade: _____

Abdômen (Protusão – flacidez) _____

Coluna Lombar: _____

Coluna Cervical: _____

Ombros (protusão – retração) _____

Cabeça (Lateralizada – rodada) _____

VISTA POSTERIOR:

Pés (calcâneo) _____

Joelhos: _____

Prega Glútea: _____

Ângulo de Teles: _____

Distância entre as escápulas: _____

Escoliose: _____

Gibosidade: _____

Cabeça: _____

Mobilidade Lombar: _____

CONDIÇÕES MUSCULARES : ORTOSTÁTISCA

RETRAÇÕES:

Flexores laterais da coluna: _____

TESTES ESPECIAIS :

Adisson: _____

Schober: _____

Trendelenburg: _____

Chiray: _____

Nery: _____

RETRAÇÕES – POSIÇÃO SENTADA

Esternoceleido : _____

Escaleno: _____

Elevador da escápula: _____

Iliopsoas: _____

Quadríceps: _____

Sartório: _____

REFLEXOS:

Bíceps: _____

Tríceps: _____

Estiloradial: _____

Patelar: _____

Aquileu: _____

Amplitude de Movimento – CERVICAL

Flexão: _____

Rotação: _____

Extensão: _____

Lateralização: _____

TESTES ESPECIAIS :

Tração: _____

Compressão: _____

Valsalva: _____

Deglutição: _____

DECÚBITO DORSAL

Respiração: _____

Dissociação respiratória: _____

Rotação de vértebras cervicais: _____

Dor cervical: _____

Nódulos cervicais : _____

MENSURAÇÃO

REAL (Espinha Iliaca Antero Superior – Maléolo Interno) _____

APARENTE (CO – MI) _____

CO à EIAS: _____

RETRAÇÕES: _____

Tríceps : _____

Isquiotibial: _____

Paravertebral: _____

Grande Dorsal: _____

Iliopsoas: _____

FORÇA:

Peitoral maior : _____

Reto abdominal superior: _____

Reto abdominal inferior: _____

Oblíquos: _____

TESTES ESPECIAIS:

Kerning: _____

Lasegue: _____

Bragard: _____

Turim: _____

Bonner: _____

Milgran: _____

Patrick: _____

Beevor: _____

TESTES ESPECÍFICOS

Adsson: _____

Extensão forçada: _____

Flexão forçada: _____

Filkenstein: _____

Yergueson: _____

Tinel _____

Desvio Ulnar _____

Desvio Radial _____

Queda de braço: _____

DECÚBITO LATERAL:

RETRAÇÃO:

Tensor da fascia lata : _____

FORÇA:

Tensor da fascia lata: _____

Glúteo médio: _____

Flexores laterais da coluna: _____

DECÚBITO VENTRAL:

PALPAÇÃO: Observar a presença de dor, nódulos e contraturas.

Trapézio: _____

Paravertebral: _____

Grande dorsal: _____

Processos espinhosos: _____

RETRAÇÃO:

Solear: _____

Quadríceps: _____

FORÇA:

Trapézio (fibras médias)

Rombóides: _____

Grande dorsal: _____

Extensores da coluna: _____

Glúteo máximo: _____

Semi-semi : _____

Bíceps: _____

PONTOS DE VALEIX

Iliosacro: _____

Lombar: _____

Glúteo: _____

Linha Glútea: _____

Coxa: _____

Poplúteo: _____

Fibular: _____

Moleolar: _____

DIAGNÓSTICO FISIOTERÁPICO

OBJETIVOS DE TRATAMENTO :

TRATAMENTO FISIOTERÁPICO

Testes especiais

- **Teste de Adson:** É utilizado para determinar a permeabilidade da artéria subclávia, que pode estar comprimida por costela cervical ou por contratura dos músculos escalenos anterior e médio (HOPPENFELD, 1993). Palpa-se o pulso radial do paciente e pede-se que ele inspire profundamente, mantendo a cabeça estendida e voltando-a para a extremidade que está sendo testada. Se o paciente tiver SDT, esta manobra resultará em obliteração ou diminuição do pulso radial. Este teste pode ser positivo em pessoas “normais” e, sendo assim, não é muito confiável.
- **Teste da tração:** Demonstra o efeito que a tração do pescoço tem no alívio da dor. A tração alivia a dor causada por estreitamento do forame neural (o que resulta em compressão nervosa), por ser capaz de ampliá-lo. A tração também alivia a dor da coluna cervical, por conseguir diminuir a pressão sobre as cápsulas articulares em torno das superfícies articulares, além do que poderá aliviar o espasmo muscular, já que obtém relaxamento da musculatura contraída.
- Coloca-se a mão espalmada sob o queixo do paciente e a outra na região occipital. Em seguida, eleva-se (tracionar) a cabeça, removendo o peso que ela exerce sobre o pescoço (HOPPENFELD, 1993).
- **Teste da compressão (de Spurling):** A compressão pode agravar a dor causada por estreitamento do forame neural, pressão sob as superfícies articulares das vértebras ou devido a espasmos musculares. Também poderá reproduzir fidedignamente a dor referida ao membro superior cuja origem

seja a coluna cervical e, ao executá-lo, poderá auxiliar a localizar o nível neurológico da patologia. Pressionar para baixo o topo da cabeça do paciente, que poderá estar sentado ou deitado (HOPPENFELD, 1993). Caso haja agravamento da dor, quer na coluna cervical, quer no membro superior, observar sua exata distribuição e se a dor é circunscrita a algum dermatomo (HOPPENFELD, 1993).

- **Teste de Apley:** Avalia a tendinite do manguito rotator através do estiramento do manguito e da bolsa subacromial, obtida pela rotação externa e abdução. Pede-se ao paciente para alcançar, por trás da cabeça, o ângulo médio superior da escápula contralateral (HOPPENFELD, 1993).
- **Rotação interna e adução:** Utilizado para determinar a extensão de rotação interna e adução. Pede-se ao paciente para tocar o acrômio contralateral, passando o braço anteriormente ao tórax, e tocar o ângulo inferior da escápula contralateral, passando o braço atrás das costas (HOPPENFELD, 1993).
- **Teste de Yergason:** Determina a estabilidade do tendão da porção longa do bíceps no sulco bicipital (HOPPENFELD, 1993). O paciente deverá estar de pé com o cotovelo fletido a 90° e o antebraço supinado. Ele tenta fletir o antebraço contra resistência imposta pelo examinador. Segura-se então, firmemente, o cotovelo e roda-se externamente o braço do paciente até encontrar resistência e, simultaneamente, puxa-se o seu cotovelo para baixo. Caso o tendão do bíceps se encontre instável no sulco, ele se soltará e o paciente se queixará de dor local. Se o tendão estiver estável, ele permanecerá na sua posição normal e o paciente não queixará de qualquer desconforto (HOPPENFELD, 1993).
- **Queda do braço:** Detecta a presença de rupturas na bainha rotatória (HOPPENFELD, 1993). Primeiramente, o paciente abduz o braço completamente. Em seguida, desce o braço vagarosamente até encostá-lo em seu corpo. Caso haja rupturas na bainha rotatória (especialmente o músculo supra-espinhoso), o braço estando abduzido a 90° (ou menos) tenderá a cair

bruscamente ao lado do corpo e o paciente não conseguirá abaixá-lo suavemente (G. SOBRINHO, 1993), independente de quantas forem as tentativas (HOPPENFELD, 1993). No entanto, se ele for capaz de manter o braço abduzido, ao se tocar o antebraço, ele penderá ao lado do corpo (G. SOBRINHO, 1993).

- **Teste de Neer:** Sua finalidade é avaliar a síndrome do impacto. O examinador estabilizará a escápula do paciente com a mão esquerda e elevará rapidamente o membro superior em rotação interna com a mão direita. O choque da grande tuberosidade e do acrômio provocará dor. Este teste é também positivo em capsulite adesiva, instabilidade multidirecional, lesões da articulação acromioclavicular, etc. Portanto, não é específico (HEBERT; XAVIER, 1995).
- **Cotovelo de tenista (*Tennis Elbow*):** É uma manobra utilizada para diagnosticar a epicondilite lateral (G. SOBRINHO, 1993). O examinador fixa o antebraço do paciente e o instrui para fechar a mão e estender o punho. Em seguida, aplica uma pressão sobre o dorso da mão, impedindo que ele execute a extensão e forçando-o à flexão. Se ele for portador da doença, irá sentir dor súbita na origem comum dos músculos extensores do punho, no epicôndilo lateral (G. SOBRINHO, 1993).
- **Teste de Phalen:** Avalia a compressão do nervo mediano no túnel do carpo, através da flexão dos punhos a 90°, durante pelo menos um minuto. Se este estiver comprimido, o paciente sentirá parestesia na mão em resposta à posição (G. SOBRINHO, 1993).
- **Teste de Phalen invertido:** Tem a mesma finalidade do Phalen. Consiste na extensão dos punhos a 90°, durante pelo menos um minuto (PIRES; ANDRADE, 1990). Será positivo se o paciente sentir parestesia no território do nervo na mão.

- **Teste de Finkelstein:** Avalia a presença da tenossinovite de De Quervain. Pede-se ao paciente para fechar a mão com o polegar colocado sob os outros dedos. O examinador estabiliza o antebraço do paciente com uma das mãos e, com a outra, provoca um desvio ulnar do punho. Se ele apresentar dor na face lateral da cabeça do rádio, há indícios de tenossinovite de De Quervain (G. SOBRINHO, 1993).
- **Teste de Tinel:** É utilizado para detectar a presença de um neuroma ou pesquisar a recuperação de uma lesão neural, por percussão sobre o trajeto do nervo. O teste será positivo quando o paciente relatar a sensação de choque no território do nervo.
- **Teste de Jobe:** Avalia especificamente o músculo supra-espinhoso. É realizado com o paciente em ortostatismo, membros superiores em abdução no plano frontal e anteflexão de 30°, e assim alinhando o eixo longitudinal do braço com o eixo de movimento da articulação gleno umeral. O examinador faz uma força de abaixamento nos membros, simultânea e comparativa, enquanto o paciente tenta resistir. O teste será considerado alterado no membro que oferece menor força. Um resultado falso positivo ou duvidoso pode surgir devido à interferência da dor (GODINHO et al).
- **Compressão Costoclavicular:** O examinador força para baixo o ombro do paciente e pergunta sobre evidências de sintomas. Esta manobra estreita o espaço entre a clavícula e 1ª costela, comprimindo o plexo braquial e a veia subclávia (ATASOY, 1996).
- **Teste de Wright (Teste da Hiperabdução):** O paciente poderá estar sentado ou em pé e fazer a hiperabdução de ombro e rotação externa máxima. Pergunta-se ao paciente sobre os sintomas na extremidade testada e procura-se por alterações no pulso radial. Pelo menos 50% da população exibe um pulso alterado, combinado com fraqueza, cansaço, dormência no braço, parestesia nos dedos. É um importante achado naqueles com queixas subjetivas graves (ATASOY, 1996).

- **Teste de Ross:** Também avalia o grau de compressão do plexo braquial na síndrome do desfiladeiro torácico (SDT). O paciente mantém os seus cotovelos fletidos a 90°, os braços abduzidos a 90° e rodados externamente, realizando movimentos de abrir e fechar as mãos, durante três minutos. Se os sintomas (dor, formigamento, sensação de peso) iniciarem em três minutos, este teste será considerado positivo (ATASOY, 1996).
- **Teste Valsalva:** Este teste aumenta a pressão arterial. Se o canal cervical estiver tomado por alguma lesão que ocupe espaço, como tumores e hérnia de disco cervical, o aumento da pressão fará com que o paciente se queixe de dor. Vale lembrar que o teste de Valsalva é um teste subjetivo.
- **Deglutição:** Dor ou dificuldade ao deglutir, por vezes, podem ser causadas por patologias da coluna cervical tais como: Protuberâncias ósseas, osteófitos ou por intumescências dos tecidos moles devidos a hematomas, infecções ou tumores da face anterior da coluna cervical.
- **Palpação óssea:** Para palpar a articulação temporomandibular, coloque o dedo indicador no interior do conduto auditivo externo do paciente e pressione anteriormente. Peça-lhe para abrir e fechar a boca lentamente. Enquanto ele faz esta movimentação, o côndilo mandibular será palpado pela ponta de seu dedo. Ambos os lados devem ser palpados simultaneamente. O movimento deve ser percebido como uniforme e bilateralmente simétrico; qualquer desvio do padrão normal de movimentação deve ser observado.
- **Trendelenburg:** este procedimento se destina a avaliar a força do músculo glúteo médio. Fique de pé às costas do paciente e observe as pequenas depressões que se superpõem às cristas ilíacas súpero-posteriores. Normalmente quando o peso é apoiado sobre ambas as pernas, estas depressões se acham niveladas.

- **Teste de Kernig:** Este é outro procedimento destinado a tensionar a medula espinhal e reproduzir dor. Peça ao paciente para deitar em decúbito dorsal, com as mãos atrás da cabeça forçando-a fletir de encontro ao peito. Ele poderá se queixar de dor na coluna cervical e, eventualmente, na porção inferior da coluna lombar ou nas pernas, o que é indicado irritação dural, que recobre as raízes nervosas. Peça-lhe para localizar o ponto de origem da dor com precisão, para poder precisar a etiologia.
- **Teste Milgram:** O paciente deve estar em decúbito dorsal com as pernas retificadas; peça-lhe para elevar as pernas cerca de 5 centímetros. Ele deverá manter-se nesta posição o máximo de tempo possível. Esta manobra estira o iliopsoa e os músculos anteriores do abdômen, aumentando a pressão intratecal. Se o paciente for capaz de permanecer nesta posição por trinta minutos sem se queixar de dor, as patologias intratecais podem ser afastadas. No entanto, se o teste for positivo, isto é, se o paciente não for capaz de sustentar a posição de elevar as pernas ou mesmo se queixar de dor ao tentar a manobra, pode haver patologias intra ou extratecais (hérnia de disco) ou excesso de pressão sobre a teca (envoltório medular).
- **Teste Patrick:** Este teste pode ser utilizado para detectar as patologias do quadril, bem como da articulação sacro-iliaca. Peça ao paciente para deitar em decúbito dorsal e coloque o pé do membro inferior acometido sobre o joelho oposto. A articulação coxofemoral estará agora fletida, abduzida e rodada externamente. Nesta posição, a dor ingüinal é indicativa de patologia coxofemoral ou da musculatura adjacente.
- **Beevor:** Este procedimento testa a integridade de inervação segmentar do reto abdominal e da musculatura para-espinhal correspondente. Os músculos retos abdominais são inervados segmentarmente pela divisão anterior primária. Os músculos para-espinhais correspondentes são também inervados segmentarmente pela divisão posterior primária.