

Hospital e Maternidade SEPACO

“Programa de Prevenção dos Transtornos Mentais e Comportamentais no Trabalho em uma Instituição Hospitalar”

José Milton Correia Júnior

Médico do Trabalho

Email: medicina.ocupacional@sepaco.org.br

Fones: (11) 2182-4735 / (11) 993833565

Hospital e Maternidade Sepaco

Serviço Social da Ind. do Papel, Papelão e Cortiça do Estado de SP

Endereço: Rua Vergueiro, nº 4.210 – Vila Mariana – São Paulo, SP, CEP: 04102-002

CGC: 60.961.422/0001-55

Grau de Risco 3 – NR.4

“Programa de Prevenção dos Transtornos Mentais e Comportamentais no Trabalho em uma Instituição Hospitalar”

José Milton Correia Júnior

I. Introdução:

Em um mundo em constante transformação, com exigências psicossociais cada vez maiores (pressão para ‘ter’, urgência em ‘ser’, demandas crescentes por ‘resultados... etc.’), ficamos sujeitos a reagir de maneira disfuncional e muitas vezes desenvolver algum transtorno mental.

Segundo a Organização Mundial da Saúde mais de 400 milhões de pessoas são afetadas por Transtornos Mentais e Comportamentais em todo o mundo, sendo 23 milhões somente no Brasil. Estudos epidemiológicos recentes deram visibilidade a um problema que por muito tempo deixou de ser encarado: 20% da população brasileira apresenta transtorno ansioso e 10% a 20%, transtornos do humor, especialmente depressão (Louzã Neto, 1995).

Nos últimos quatro anos esses transtornos foram a terceira causa de afastamentos do trabalho no país; estima-se que nos próximos anos essa possa ser o principal motivo de absenteísmo por doença e encaminhamentos à Previdência Social.

O trabalho é o espaço onde passamos a maior parte do nosso dia e muitas vezes é nele que se manifestam transtornos mentais e comportamentais que comprometem a nossa produtividade nosso equilíbrio e adaptação às relações interpessoais.

Observa-se que um número crescente de trabalhadores tem sido acometido por transtornos mentais como depressão, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade, dentre outros. Entretanto o conceito de ‘saúde mental’ tem sido cada vez mais ampliado

e para além da categoria nosológica, importa o conceito de resposta adaptativa às exigências cotidianas.

A ocorrência dessas condições traz um prejuízo significativo para a homeostase da instituição, impactando na qualidade de vida dos colaboradores, bem como aumentando o absentismo doença por essa causa.

O Ministério do Trabalho reconhece os Transtornos Mentais como causa importante de afastamento do trabalho, enfatizando a participação dos quadros de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático; ressalta que a alta demanda, imprecisão quanto às expectativas, a exigência de metas inalcançáveis, atividades extremamente monótonas, percepção de trabalho “sem importância”, violência no trabalho, situações momentâneas e súbitas de alto nível de estresse contribuem no desencadeamento de tais transtornos. Também asseguram que as características do trabalho inerentes a algumas profissões (profissionais de saúde, médicos, enfermeiras, assistentes sociais...), predispõe esses profissionais a uma maior incidência desses transtornos.

O trabalho envolve os interesses e os desejos individuais do trabalhador articulados aos institucionais. Por isso ‘as instituições precisam buscar estratégias que propiciem prazer no trabalho, promovendo ações de escuta e trocas que repercutam na constituição de um ambiente de trabalho com um clima favorável e de saúde mental do trabalhador’ (GLANZNER, OLSCHOWSKY, KANTORSKI, 2011).

Diante dessa realidade, as empresas necessitam incorporar técnicas que as auxiliem na compreensão, no manejo e correto enfrentamento da situação.

O *case* que apresentaremos ilustra uma iniciativa do setor de Medicina Ocupacional / RH do Hospital e Maternidade SEPACO, em consonância com o objetivo maior de promoção e prevenção em saúde e qualidade de vida dos colaboradores.

II. Questões norteadoras:

O projeto surgiu da necessidade de responder uma demanda interna da instituição.

Observamos que o absenteísmo doença por CID “F” (Transtornos Mentais e Comportamentais) contribuía com considerável participação, sendo em média a terceira causa de afastamento do trabalho. Além do critério estatístico, esse tipo de ocorrência gera um desgaste psicoemocional que muitas vezes estende-se ao grupo no qual está inserido.

O colaborador chega à medicina do trabalho ou por procura espontânea, encaminhado pela chefia imediata ou por profissional de saúde mental (psicólogo ou psiquiatra); chega com um ‘diagnóstico’ (julga-se doente ou foi diagnosticado por profissional externo), cabendo ao médico do trabalho, de uma maneira geral, decidir se essa ‘condição’ é ou não incapacitante para o trabalho. A partir daí serão tomadas as medidas cabíveis em cada caso.

Nesse ponto, coube ao profissional de saúde ocupacional questionar-se: em que medida esse ‘transtorno mental e comportamental’ impacta na qualidade de vida e no seu desempenho profissional? Qual o papel dessa avaliação da capacidade laborativa? Qual a real eficácia do simples afastamento do trabalho, sem que se esclarecessem as circunstâncias ocupacionais ou as demandas psicoemocionais?

O conjunto de trabalhadores de hospitais está sujeito a determinadas condições peculiares às atividades exercidas nesse ambiente; na nossa instituição 50% do total de trabalhadores estão alocados no setor assistencial (enfermeiros, técnicos e auxiliares).

Para Calil especificamente em relação aos profissionais de enfermagem, 05 fatores são preponderantes como estressores psicoemocionais:

1) PROBLEMAS DE COMUNICAÇÃO COM A EQUIPE: relacionamento com superiores; relacionamento interpessoal com o paciente, familiares, colegas e outros profissionais; falta de suporte; equipe de Enfermagem apática e descontente.

2) INERENTE À UNIDADE: recursos físicos; mudanças tecnológicas; mudanças profissionais; ambiente; trabalho repetitivo; carga de trabalho; número adequado de pessoal; odores desagradáveis; exposição constante a riscos; falta de equipamentos; pressão no trabalho

3) ASSISTÊNCIA PRESTADA: lidar com a morte e o morrer; paciente com dor; doença terminal; lidar com necessidades emocionais do paciente e da família; pacientes e familiares agressivos; incerteza quanto ao tratamento do paciente.

4) INTERFERÊNCIA NA VIDA PESSOAL: conflito entre o trabalho e a casa; desenvolvimento na carreira; tomada de decisões nos rumos da vida; experiências anteriores.

5) ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO: conflito de papéis; ambiguidade de papéis; falta de autonomia; estilo de supervisão; salário não-condizente, falta de treinamento; falta de oportunidade de crescimento na organização; falta de suporte administrativo e envolvimento.

(“Estressores Ocupacionais da Enfermagem”, CALIL; PARANHOS, 2007).

Com base nesses questionamentos, a medicina do trabalho, propôs à instituição, via gerência de RH, a implementação de um “Programa de Prevenção dos Transtornos Mentais e Comportamentais no Trabalho”, utilizando os recursos disponíveis na instituição (médico do trabalho / psiquiatra e psicólogos), tendo como metas principais a prevenção da ocorrência desses transtornos, o diagnóstico diferencial precoce e correto encaminhamento dos casos.

III. Identificando o problema:

O setor de medicina do trabalho é encarregado de avaliar os colaboradores que apresentem atestados por CID “F” (CID X) – Transtornos Mentais e Comportamentais, com afastamentos iguais ou superiores a 03 dias, bem como todo e qualquer colaborador que procure espontaneamente o serviço. As chefias e supervisões imediatas, se procuradas pelo colaborador ou se notarem alguma circunstância que traga dificuldades no trabalho, também podem abordar o colaborador sugerindo uma avaliação do médico do trabalho. Nesse hospital, o profissional de saúde ocupacional também possui especialização em psiquiatria o que de certo modo é um facilitador dessa abordagem. Entretanto não seria pré-requisito à execução do programa, pois todo médico do trabalho deverá estar habilitado a avaliar o colaborador do ponto de vista físico e mental.

No momento da ‘identificação’ do problema o colaborador é avaliado do ponto de vista da sintomatologia apresentada, sua repercussão sobre a adaptação no trabalho. Procedemos a uma anamnese / interrogatório sintomatológico, procurando estabelecer um diagnóstico inicial, avaliando a repercussão sobre a capacidade laborativa e proposta terapêutica apropriada a cada caso. O colaborador é avaliado de maneira integral e individualizada considerando seus aspectos biopsicossociais.

Procuramos entender não somente o *que está acontecendo* ou *qual o problema*, mas também *como*, *por que* e *qual* a sua relação com fatores psicodinâmicos eventualmente relacionados ao trabalho.

IV. Ações implementadas:

Com base na avaliação anteriormente descrita, apresentamos a seguir a proposta terapêutica escolhida na abordagem do problema identificado (absenteísmo doença por transtornos mentais e comportamentais e suas repercussões);

Propomos Atendimento Psicoterápico dinâmico, **“Intervenção em Situação de Crise”**, 12 sessões de Psicoterapia Breve Operacionalizada (*Psicoterapia breve operacionalizada – PBO – Ryad Simon, 2005*), com foco no alívio da sintomatologia aguda, foco na resolução de conflitos, melhor adaptação no trabalho e vida pessoal / familiar.

A metodologia desenvolvida pelo professor Ryad Simon tem bases psicodinâmicas em alinhamento com a teoria da adaptação, busca oferecer o máximo resultado dentro de um tempo limitado.

Em um processo psicoterápico breve, busca-se identificar o que chamamos de *Padrão Mal Adaptativo Cíclico*: uma estrutura narrativa que é usada para explicar como as dificuldades da vida do paciente são perpetuadas e em que medida essas circunstâncias estão interferindo no seu modo de interagir, seja na sua vida pessoal ou no trabalho.

Situações de crise geram sofrimento psíquico impedindo as pessoas de encontrarem soluções adequadas, mais econômicas do ponto de vista emocional, culminando com a manifestação de variados sintomas físicos e psíquicos.

A Entrevista diagnóstica operacionalizada inicial, a cargo do médico do trabalho, avalia a *situação problema geradora da crise* sendo proposta uma abordagem terapêutica apropriada ao caso. O objetivo principal é melhorar os níveis de adaptação do indivíduo prevenindo, aliviando e até eliminando os sintomas disfuncionais.

Após o primeiro atendimento e avaliação do médico do trabalho é feito o encaminhamento para o serviço de psicologia clínica, que realizará a avaliação inicial e contrato terapêutico, sem custos para o colaborador.

Dentro de instituições hospitalares essa abordagem tem se mostrado bastante eficaz em função da limitação do tempo imposta pelo ritmo e turnos variados de trabalho.

Os principais motivos de encaminhamento para o programa são: quadros ansiosos, quadros depressivos, reações aguda ao estresse, reações de ajustamento, desordens pós-traumáticas.

Na primeira e na última sessão são aplicados instrumentos / inventários que permitem avaliar, compreender e classificar, bem como rastrear o progresso e evolução da sintomatologia apresentada no início do tratamento.

Após dois meses do fim do período de terapia é proposta uma avaliação de *follow-up*, para verificar adaptação do colaborador.

De maneira geral, os inventários avaliam ‘emoções, sentimentos e comportamentos’ presentes nesses quadros.

Foram escolhidos os seguintes inventários, em função da maior prevalência de sintomas ansiosos depressivos nessa população e por serem prevalentes em vários quadros correlatos: BDI: (inventário de Depressão de Beck (BDI – *Beck Depression Inventory*) e o BAI: (inventário de ansiedade de Beck – *Beck Anxiety Inventory*).

As Escalas (ou Inventários) de Ansiedade (BAI) e de Depressão de Beck (BDI, BDI-II), ambas criadas pelo Dr. Aaron Temkin Beck, médico psiquiatra, são provavelmente as medidas de autoavaliação de ansiedade e depressão, respectivamente, mais amplamente usadas por profissionais de saúde e pesquisadores em uma variedade de contextos, tanto em pesquisa como em clínica. Seus 21 itens formam um questionário desenvolvido para avaliar a presença e a intensidade de sintomas ansiosos e depressivos.

Ambos os instrumentos não são empregados com o objetivo diagnóstico médico, nem psicológico, mas somente para mensurar manifestações sintomáticas dos Transtornos Mentais, que são os denominados fenômenos psicopatológicos, interface comum à Medicina e à Psicologia. *Portanto, concluímos, que a Escala de Ansiedade de Beck (BAI) e a Escala de Depressão de Beck (BDI, BDI-II) são utilizadas para mensurar o nível de sintomas ansiosos ou depressivos, respectivamente, sem pretensão*

diagnóstica, devendo ser comum a utilização delas por médicos e psicólogos.
(PARECER CREMEC nº 10/2016 28/11/2016).

A medicina do trabalho recebe um relatório ao final das 12 sessões de psicoterapia, com os *escores* dos inventários aplicados, avaliando evolução clínica das queixas iniciais, alívio de sintomas, bem como qual o impacto sobre o absenteísmo doença por esse motivo.

Resumidamente, do ponto de vista prático propomos:

1. FASE DE DIAGNÓSTICO: avaliação do médico do trabalho, encaminhamento para atendimento psicoterápico;
2. FASE TERAPÊUTICA: aplicação dos inventários, realização de 12 sessões de psicoterapia breve, individual, focada na resolução da ‘situação-problema’, buscando solução adequada;
3. FASE RESOLUÇÃO E ACOMPANHAMENTO: relatório final (resultados comparativos dos inventários de depressão / ansiedade) reavaliação medicina do trabalho.

Além da abordagem individual acima, foram instituídos grupos psicoterapêuticos focados no pessoal da enfermagem. De junho de 2017 a abril de 2018 foram realizados 43 grupos com, em média, cinco colaboradores por grupo.

“O cuidado com o cuidador é de fundamental importância tanto para a prevenção de disfunções profissionais como para o aprimoramento da atividade assistencial.” (Nogueira-Martins, 2002b; Ramalho e Nogueira-Martins, 2007); esses grupos ocorrem mensalmente, coordenados por psicólogos que prestam serviço à instituição, com os seguintes objetivos:

- Propiciar espaço para discussões sobre o papel desses profissionais no cuidado ao paciente;
- Trocar experiências e vivências sobre fatores estressantes da profissão, ambiente de trabalho, comunicação, etc.,

- Acolhimento de questões pessoais que se misturam às profissionais, e geram conflitos entre colegas da equipe,
- Maior compreensão da importância dos aspectos psicológicos envolvidos no cuidado;
- Simbolização do luto, perdas e processo de adoecimento;
- Observação de demandas psicológicas individuais para encaminhamento ao “Programa de Prevenção dos Transtornos Mentais e Comportamentais no Trabalho”

V. Discussão:

O programa de Prevenção dos Transtornos Mentais e Comportamentais no Trabalho é mais um espaço de promoção da saúde e qualidade de vida dos colaboradores. Por meio de uma intervenção prática, rápida e objetiva, muitas situações que poderiam ser agravadas gerando afastamentos do trabalho, são resolvidas de maneira satisfatória.

Saber que a instituição preocupa-se com seu bem estar físico e mental e que, caso necessite, pode contar com tratamento no seu ambiente de trabalho gera satisfação e sensação de ‘sentir-se cuidado’ pelo empregador.

O diagnóstico precoce e devido encaminhamento da questão é fundamental para um bom resultado. É primordial a conscientização de gestores, dos profissionais de RH sobre as configurações atuais do trabalho, a compreensão deste como espaço de formação de identidade e meio de inserção social. Nessa dimensão podemos repensar o trabalho atribuindo-lhe papel de ‘organizador’ da saúde mental dos colaboradores, por meio de ações resolutivas na prevenção de transtornos mentais e comportamentais.

A interdisciplinaridade, a troca de conhecimento entre as diversas áreas da instituição enriquece esse processo. A inclusão da psicologia na área da Saúde do Trabalhador difundiu uma gama de possibilidades de atuação do profissional desta área, sendo uma delas a compreensão do nexo entre o adoecimento mental e o trabalho. Tais possibilidades de atuação implicam maior compreensão do ser humano em suas várias extensões (JACQUES, 2007).

O Programa de Prevenção dos Transtornos Mentais e Comportamentais tem se revelado uma ferramenta interessante na condução desses problemas no trabalho. Ganha

o colaborador que consegue ser ‘ouvido’ em suas questões emocionais de um modo ‘operacionalizado’ e focado na resolução de conflitos; ganha a instituição que ‘promove’ saúde mental, minimizando o impacto do absenteísmo doença por esse motivo, com todos os seus desdobramentos, inclusive encaminhamento à previdência social.

No período de 2015-2017 foram encaminhados ao programa em média 3 – 4 colaboradores por mês com adesão aproximada de 80% (considerando aqueles que completaram as doze sessões psicoterápicas propostas = 115 casos).

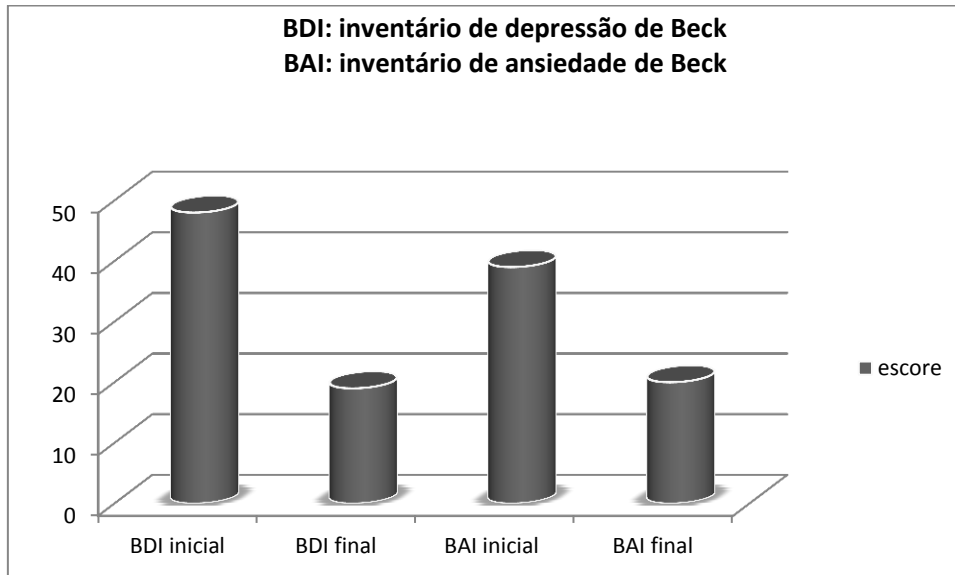
Um dado relevante é que dos colaboradores que aderiram à proposta apenas 10% foram encaminhados à Previdência Social durante o processo psicoterápico.

O programa mostrou-se exequível do ponto de vista prático, pois lança mão de recursos de pessoais disponíveis na instituição (médico do trabalho e psicólogos) o que facilita a operacionalização dos encaminhamentos e acompanhamento de resultados.

Foi observado que a abordagem psicoterápica foi eficaz na redução da intensidade da sintomatologia inicialmente apresentada, proporcionando respostas mais funcionais e adaptativas aos conflitos inicialmente apresentados.

A diminuição da sintomatologia, e consequente amenização do sofrimento psíquico apresentado, são facilitadores da permanência do colaborador no trabalho. As escalas Beck de Depressão e Ansiedade foram utilizadas como medidas de mudança circunstancial e servem de parâmetro para demonstrar de maneira ativa e objetiva os ganhos com o processo. O colaborador pode autoavaliar sua evolução nesse processo, ainda que breve. É consabido todos os ‘ganhos’ do processo se mantêm, sendo necessário muitas vezes o encaminhamento para continuidade do tratamento psicoterápico. Entretanto, estar aberto ao processo de mudança e, perceber os aspectos intervenientes no seu modo disfuncional de agir e interagir é um caminho aberto para o estabelecimento de um novo padrão mais adaptado de funcionamento.

Tabulação dos escores iniciais e finais dos inventários de Beck mostrou uma redução na intensidade dos sintomas apresentados ao final do atendimento, dos casos encaminhados no período de 2015-2017.



BDI: os escores variam de zero até 63, onde o zero indica não existir nenhum traço de depressão, enquanto o escore mais alto indica maior gravidade da depressão.

Guia de interpretação:

- (a) 0 = pontuação mínima, sem depressão;
- (b) 10-16 = indica estado de depressão leve à moderada;
- (c) 17-29 = compreende um estado de depressão moderada à grave;
- (d) 30 - 63 = indica um estado de depressão severa.

BAI: os escores variam de zero até 63, onde o zero indica não existir nenhum traço da ansiedade, enquanto o escore mais alto indica maior gravidade da ansiedade.

- (a) 0 - 10 = pontuação mínima, sem ansiedade;
- (b) 11 - 19 = indica estado de ansiedade leve;
- (c) 20-30 = compreende um estado de ansiedade moderada;
- (d) 31 - 63 = indica um estado de ansiedade severa.

Referências bibliográficas:

1. LOUZÃ NETO, MÁRIO RODRIGUES et al. Saúde Mental: desafios para o século XXI in: O mal da Saúde no Brasil. São Paulo: Ed. Maitiry, 1995.
2. GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 3, p. 716-721, 2011.
3. CALIL, A.M.; PARANHOS W.Y. O Enfermeiro e as Situações de Emergência. 1ª Reimpressão da 1ª Edição. Editora Ateneu, 2007.
4. SIMON, R. Psicoterapia Breve Operacionalizada. Teoria e Técnica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
5. BINDER, J. L.; BETAN, J. E. Core Competencies in Brief Dynamic Psychotherapy: Becoming a Highly Effective and Competent Brief Dynamic Psychotherapist. Los Angeles: Routledge, 2012.
6. Beck Depression Inventory.(n.d). Extraído <http://www.minddisorders.com/A-Br/Beck-Depression-Inventory.html>
7. SIMON, R. (1996). Do diagnóstico à psicoterapia breve. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 45(7), 403-408.
8. SIMON, R. (1998). Proposta de redefinição da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada. Mudanças, 10, 13-26.
9. RAMALHO, M.A.N.; NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. Vivências de profissionais de saúde da área de Oncologia Pediátrica. Psicologia em Estudo, 2007.
10. VILELA SANTEIRO TALES, Psicoterapia Breve Psicodinâmica Preventiva: pesquisa exploratória de resultados e acompanhamento. <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n4/v13n4a14>
11. JACQUES, M. da G. O nexos causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. Psicologia & Sociedade, v. 19, n. especial, p. 112-119, 2007.