

Programa Multiprofissional de Atenção à Saúde do Trabalhador

Área Temática de Trabalho

Resumo

No último século as mudanças que afetaram a organização do trabalho, fizeram surgir constrangimentos nas novas formas de trabalhar. Essas transformações resultaram no aumento vertiginoso do sofrimento psíquico, evidenciado pela precariedade das condições e das relações no trabalho e pelos registros epidemiológicos de inúmeras patologias que vêm sendo relacionadas ao trabalho. O objetivo deste estudo foi criar um espaço de reflexão sobre as vivências de sofrimento psíquico, a partir da fala compartilhada das pessoas sobre seu contexto de trabalho e o processo de adoecimento. O estudo se justifica na perspectiva de contribuir para a construção do conhecimento na área de saúde e trabalho e na melhoria da qualidade da atenção à saúde do trabalhador. Os integrantes do grupo terapêutico foram avaliados segundo metodologia formulada especificamente para este estudo, composta de entrevista psicológica, avaliação cinesiológica e testes específicos, para posterior encaminhamento à intervenção terapêutica, onde foram submetidos a sessões semanais de terapia. Concluímos que, com uso dessas técnicas no estudo do processo de adoecimento no trabalho com uma população com diagnóstico de doenças relacionadas ao trabalho, torna-se uma tarefa importante na tentativa de aperfeiçoar o conhecimento psicológico sobre as influências recíprocas entre os fatores de risco social/ambiental e as enfermidades psicológicas

Autores

Dr Roberto Moraes Cruz; Departamento de Psicologia

M. Sc. Jadir Camargo Lemos; Departamento de Fisioterapia

M. Sc. Soraya Rodrigues Martins; Doutoranda em Psicologia/PUC-SP

André Luis Scapin; Mestrando em Psicologia/UFSC

Michele Trierweiler; Mestranda em Psicologia/UFSC

Instituição

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Palavras-chave: DORT; saúde; trabalho

Introdução e objetivo

Entre as patologias relacionadas ao trabalho, os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) atingem, em vários países e profissões, valores epidêmicos, constituindo-se como uma das expressões do sofrimento psíquico de nossa época (Martins, 2002). Os DORT podem ser descritos genericamente como um conjunto de sintomas ou patologias que atingem o aparelho músculo-esquelético, normalmente resultando em lesão tecidual. Vários estudos salientam o desenvolvimento de enfermidades psíquicas, genericamente denominadas de neuroses, fadiga mental ou patológica, tensões laborais, estresses, neuroses do trabalho, normalmente associadas à produção de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Cruz, 2001; Lemos, 2001).

De acordo com Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) e Dejours (1987) é o conteúdo das tarefas e a qualidade das relações com os pares e a hierarquia que podem desencadear sofrimento psíquico para o trabalhador ou ser fonte de prazer e equilíbrio, dependendo da

margem de liberdade oferecida aos trabalhadores. Algumas condições do ambiente de trabalho podem contribuir no processo de adoecimento do trabalhador. Dentre elas citam-se fatores inadequados no ambiente físico – mobiliário impróprio, ruídos, temperatura; fatores ligados à organização do trabalho – ritmo acelerado de trabalho, ausência de pausas, exigência de produção; assim como fatores psicossociais – stress, ansiedade, depressão e, principalmente, conflitos de relação profissional (cliente- profissionais- chefes); e ainda, aspectos relacionados às características individuais do trabalhador – vícios posturais e doenças preexistentes. A percepção do sofrimento implica necessariamente em um movimento pessoal de reflexão sobre o “estar no mundo”. Por sua vez, a vivência de sofrimento não pode ser separada da corporalidade. É o corpo que dá a visibilidade do sofrimento, e é desta forma que a corporeidade se insere no mundo e nas relações interpessoais.

O Programa Multiprofissional de Atenção à Saúde do Trabalhador (PMAST) presta serviço de atendimento a pessoas portadoras de doenças relacionadas ao trabalho, em particular as diagnosticadas com LER / DORT, desde maio de 2002. A partir de uma avaliação psicológica e cinesiológica individuais, as pessoas são encaminhadas para atendimentos de intervenção terapêutica grupal em cinesiologia e psicodinâmica do trabalho, realizado semanalmente. Os atendimentos são realizados junto ao Ambulatório de Saúde do Trabalhador no Hospital Universitário (HU – UFSC) e são gratuitos. Objetivos - Objetivo geral: criar um espaço de reflexão sobre as vivências de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, incluindo àquelas associadas ao desconforto físico, ao dar visibilidade ao sofrimento, a partir da fala compartilhada das pessoas sobre seu contexto de trabalho e o processo de adoecimento. O intuito é aumentar a percepção sobre si mesmo, sobre suas relações, sobre os aspectos psicodinâmicos no contexto de trabalho, incrementando a mobilização subjetiva em direção a promoção de saúde. Objetivos específicos: analisar o perfil dos trabalhadores e suas respectivas demandas; formular modelos de diagnóstico e intervenção multiprofissional na área de saúde do trabalhador. Justificativa: contribuir para a construção do conhecimento na área de saúde e trabalho, como também, para a melhoria da qualidade da atenção à saúde do trabalhador.

Metodologia

Composição do Grupo - Os grupos terapêuticos são compostos por, no máximo, dez trabalhadores que recorrerem ao Ambulatório de Saúde do Trabalhador do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis, por meio de encaminhamentos do médico do Ambulatório de Saúde do Trabalhador ou pela Associação dos Portadores de LER – APLER, depois de concluído o processo de avaliação.

Procedimentos:

01. Avaliação médica
02. Entrevista individual
03. Anamnese clínico-ocupacional
04. Avaliação cinesiológica
05. Aplicação da escala de avaliação da carga psíquica
06. Aplicação do Teste de Machover (Pessoa na chuva)
07. Aplicação do Teste de Rorschach
08. Entrevista de devolução
09. Aplicação do Teste SCL-90 R
10. Intervenção terapêutica individual e em grupo

Resultados e discussão

Entre os trabalhadores avaliados, encontram-se profissionais de diversos ramos de atividade e diferentes formações. O Quadro 1 mostra, de forma panorâmica os dados sócio-demográficos dos participantes do programa (com nomes fictícios), avaliados no Ambulatório de Saúde do Trabalhador do Hospital Universitário - UFSC. Com exceção de um participante, os demais concluíram o processo de avaliação. Dos que concluíram o processo de avaliação, 8 trabalhadores não aderiram aos grupos terapêuticos

Quadro 1 - Dados sócio-demográficos das participantes do PMAST

Paciente	Idade	Sexo	Est. Civil	Grau Inst	T. Trabalho	Função	T. Função	Rend. Fam	Filhos	Jorn. Trab	Data Aval.
Ana Nery	35	Fem	Solteira	4	14.0	Enfermeira	10.0	2	0	6.00	13.06.03
Carolina	26	Fem	Solteira	2	1.6	Serv. gerais	1.5	1	1	9.30	05.07.02
Cecília	44	Fem	Separada	2	2.2	Faxineira	2.2	1	1	8.00	15.08.93
Charlote	50	Fem	Divorciada	2	1.00	Telemark.	1.00	1	1	6.00	10.10.03
Diana	53	Fem	Divorciada	1	10.0	Faxineira	10.0	1	3	8.00	24.10.03
Dora	46	Fem	Divorciada	1	0.5	Aux. Coz	0.5	1	2	8.20	02.10.02
Enaí *	31	Fem	Solteira	1	6.0	Balconista	1.0	1	0	9.30	16.10.02
Graziela	43	Fem	Divorciada	1	8.5	Copeira	0.7	1	3	8.00	24.05.02
Juan *	25	Masc	Solteiro	3	1.5	Telemark.	1.5	2	0	6.00	19.07.02
Lucia	29	Fem	Casada	3	2.0	Vendedora	2.0	2	0	8.00	07.08.02
Luzia *	50	Fem	Divorciada	2	30.0	Aux. cont	30.0	1	2	8.00	07.11.03
Madalena *	45	Fem	Viúva	2	0.6	Telemark.	0.6	1	2	6.00	14.06.02
Marcelle **	39	Fem	Casada	1	3.8	Faxineira	3.8	1	2	4.00	29.08.03
Margaret	34	Fem	Casada	2	1.6	Faxineira	1.6	2	0	8.00	04.09.02
Maria	45	Fem	Casada	1	4.0	Faxineira	4.0	2	3	8.00	28.08.02
Marlete	37	Fem	Divorciada	2	13.0	T.H.Bucal	9.0	2	1	8.00	24.05.02
Monica	39	Fem	Divorciada	3	2.6	Telemark.	2.6	2	2	8.00	24.05.02
Nairi	41	Fem	Solteira	2	13.0	Aux. Adm	13.0	1	1	8.00	13.06.03

Pilar *	47	Fem	Divorc	2	19.0	Aeroviár	19.0	1	3	6.00	16.10.02
Rita	28	Fem	Solteir	3	5.0	Bancária	5.0	4	0	8.00	29.05.02
Sarita *	38	Fem	Casad	1	8.00	Emp. Dom	8.00	1	2	8.00	10.10.03
Sonia	40	Fem	Divorc	2	18.0	Téc.Enf	18.0	2	1	12.00	03.07.02
Talita *	21	Fem	Solteir	3	1.9	Telemar k.	1.9	2	0	6.00	24.10.03
Tania	28	Fem	Solteir	3	5.5	Op.CPL II	4.0	2	0	7.20	19.07.02

* Sujeitos avaliados não participantes do grupo terapêutico

** Não concluiu o processo de avaliação

Entre os participantes do programa, a faixa etária média é de 38,08 anos, idade considerada produtiva, sendo que estão afastados do trabalho por um período de tempo entre 3 e 31 meses. O tempo médio de trabalho (TT) é de 7,22 anos e o tempo médio de exercício da função (TF) é de 6,22 anos, indicando uma permanência razoável, tanto no emprego como na função, considerando as particularidades do mercado de trabalho e a heterogeneidade do grupo. Em relação ao grau de instrução dos participantes, predomina o segundo grau (10 participantes) e primeiro grau (8 participantes) sendo que cinco participantes têm curso superior completo e somente um possui pós-graduação. No Quadro 2 Com base na avaliação psicológica e na anamnese clínico-ocupacional, são apresentados os diagnósticos clínicos dos participantes do programa

Quadro 2 - Diagnósticos clínicos dos participantes do PMAST

Nome	Diagnóstico
Ana Nery	Tendinite de Flexo-extensores do punho Direito
Carolina	Tendinite de Supraespinhoso Direito
Cecília	Depressão
Charlote	Depressão
Diana	Cervicobraquialgia à Esquerda
Dora	Cervicobraquialgia
Enaí*	Lipoma Pé Direito
Graziela	Síndrome do Impacto do Ombro Esquerdo
Juan*	Cervicobraquialgia à Direita
Lúcia	Depressão
Luzia*	Tendinite dos Extensores do Antebraço Direito
Madalena*	Cervicobraquialgia + Lombalgia
Marcele*	Depressão
Margaret	Cervicobraquialgia à esquerda + Tendinite
Maria	Fibromialgia + Espondilolistese
Marlete	Síndrome do Impacto do Ombro Direito
Mônica	Cervicobraquialgia + Tendinite
Nairi	Tendinite Bíceps Direito
Pilar*	Tendinite de Supraespinhoso Direito
Rita	Fibromialgia
Sarita*	Cervicalgia + Tendinite MSD

Sônia	Cervicobraquialgia + Síndrome de Túnel do Carpo Bilateral
Talita*	Estresse + Cansaço muscular
Tânia	Cervicobraquialgia + Fibromialgia

* Sujeitos avaliados, não participantes do grupo terapêutico

Entre os 24 trabalhadores avaliados no programa, 4 são portadores de diagnóstico de Depressão, sendo que um deles nega qualquer tipo de dor. Os demais, apresentam diagnósticos clínicos de Distúrbios Músculo-esqueléticos (DME), sendo o mais incidente entre os avaliados as cervicobraquialgias (7 casos) acompanhadas ou não de outros distúrbios. Com exceção de um quadro de Depressão, os três restantes são relacionados ao trabalho. Os demais quadros são caracterizados como Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). Após a etapa de avaliação, foi aplicada, com cada um dos participantes, a Escala de Avaliação da Carga Psíquica (EACP), um instrumento elaborado especificamente para este estudo, contendo 23 questões sobre as condições do trabalho, abordando os aspectos físicos do ambiente de trabalho, como por exemplo: a iluminação, a temperatura, a ventilação, o ruído, a distribuição do espaço físico e as condições do mobiliário e dos equipamentos de trabalho. Num segundo bloco, as questões abordam a organização do trabalho, quanto a autonomia, monotonia, repetitividade, turnos, reconhecimento, responsabilidades, atenção permanente, pressões, etc. A última pergunta trata da satisfação do trabalhador para com o seu trabalho. As questões foram organizadas para serem respondidas – questionário auto-aplicado, sob a forma de escala de Lickert, com valores de 1 a 5, sendo respondidas na presença de pesquisador.

Distribuição das Cargas Psíquicas

Os fatores (CP) que atingiram médias iguais ou superiores a 4 expressam o desconforto experimentado pelo trabalhador em relação às condições de trabalho. O ruído (CP 4) e a repetitividade (CP 7) das posturas estáticas e dinâmicas são as cargas físicas que produzem maiores efeitos psicogênicos entre os trabalhadores. Das cargas psíquicas oriundas da organização do trabalho, a exigências de atenção permanente (CP 12) e de responsabilidade (CP 16) atingem média 5, expressando o desconforto vivenciado pelo trabalhador. Seguem-se a elas o desgaste (CP 19) sentido no final da jornada de trabalho e as pressões (CP 13) experimentadas como desagradáveis pelo trabalhador.

Aplicação do SCL 90-R

De acordo com os resultados do SCL 90-R, um inventário de sintomas desenvolvido por Derogatis (1975) com o objetivo de identificar padrões de sintomas psicológicos, a população pesquisada apresentou escores superiores à média da população com dor em todas as escalas. Dentre os nove sintomas – somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, paranóia, distúrbio afetivo (psicoticismo) – pôde-se destacar a somatização, seguido da ansiedade e distúrbios afetivos como os que obtiveram escores mais altos. A escala de ansiedade com padrões altos de respostas é confirmada por outros estudos já realizados no Brasil (CRUZ, 2001) como um dos sintomas mais incidentes em síndromes dolorosas, e estas alterações são passíveis de colaborar para o aumento da tensão muscular, acentuar as expectativas do paciente com relação à sua recuperação, dificultar a implementação de estratégias de enfrentamento adequadas, podendo ser co-fator na manutenção dos sintomas. Os resultados da escala depressão, somatização e ansiedade sugerem que estes podem colaborar para a alteração da percepção dos sintomas e respostas ao tratamento, bem como ser co-fator do quadro algico, modulando processos de dor e sendo modulados por ela. Ocorre, então, um efeito circular, num processo de automodulação no qual a dor modula um determinado quadro psíquico que, por sua vez, age modulando a dor. Além da tensão muscular, a existência de um quadro de dores crônicas pode estar associado a um elevado nível de ansiedade, observado nos

resultados do SCL-90 R e da angústia presente no protocolo de avaliação do Rorschach. Isso evidencia uma relação entre dor e estado emocional, o que promove o estabelecimento e manutenção das *doenças relacionadas ao trabalho*. Ressalta-se que estes dados são referentes aos 10 primeiros participantes que concluíram o processo de avaliação

Relação entre prazer x sofrimento no trabalho e no afastamento do trabalho: “[...] Pois é, eu sempre gostei de dançar na época que eu trabalhava, mas agora se eu sair o pessoal que me vê por aí vai pensar assim, ‘como é que ela tá com saúde para ir para uma festa dançar e não tem saúde para ir trabalhar?’ e então eu comecei a me acomodar. Mas se tu começar que tá doente e não vai sair para os outros não falar, tu vai ficar pior da depressão, tu tens que continuar fazendo as coisas que tu sempre gostou [...] por que daí os vizinhos falam ‘ai meu deus, estais tão bem!’”. Aparentemente eu to bem mas ninguém sabe a dor que eu to no meu braço.” (GRAZIELA). “quem sabe deus não te disse assim agora: CHEGA! ...Você já trabalhou demais.[...] Uma outra coisa que me ajudou é acordar de manhã e pensar ‘ai que bom que eu não tenho que ir trabalhar’ (...) é uma coisa bem doida ..porque sempre gostei muito de meu trabalho ... só que (...) aqui eu falo mas fora daqui eu não falo isso não.” ...” (SONIA).

Relacionamento com profissionais da saúde: “A gente sabe muito bem que chega lá na frente do perito e tem que mostrar trezentas ... por mais que mostre exames e atestados médicos, a gente tem que mostrar tudo, né? Tem que provar que tu não consegue mexer o braço, tem que provar um monte de coisa.” (MARLETE)“ dá vontade de .. se desse um jeito de puxar um tendão e dizer, oh rompeu, isso dava vontade. Juro por deus que eu tinha vontade, romper o triste para mostrar porque senão eles não acreditam.” (TANIA).

O “psicológico” x mentira / invenção: “Eu acredito sim que, no decorrer de tu saber que tem a doença, de ter enfrentado toda a perícia, processos e a empresa me pressionando ... com certeza a depressão me pegou. Até que eu não engordei 18 k por acaso. Lógico que o meu emocional foi lá pro.. só que ele negou a questão física, de que realmente tenho um problema, eu não aceito. Eu tenho o físico também. Tenho o emocional e o lado físico de que eu também tenho DORT. [...]. Só que desencadeou fisicamente. Eu aceito, Soraya, eu sei que eu tenho o problema da depressão, não é como uma depressão tão profunda [...]. Só que eu to dizendo um diagnóstico médico, porque a partir do momento que tu entra na perícia eles querem saber o diagnóstico médico [TANIA , falando do perito ter lhe encaminhado para um psiquiatra].

Os pactos e as redes de não reconhecimento do sofrimento: “[...] Apesar de que hoje eu me culpo um pouquinho porque no início, quem não queria procurar o médico era eu. Eu achava que era só uma dorzinha e que tomando novalgina passava ... e fui deixando. Eu não queria parar de trabalhar. Durou 1 ano. E quando eu vi que tava piorando e não conseguia pegar mais nada com minha mão foi quando eu reclamei para a empresa e eles me mandaram para um médico que diagnosticou LER e disse que eu tinha que sair da função. Aí foi a vez da empresa, eles fizeram de conta que não era nada, e eu continuei trabalhando. Um dia meu braço inchou demais, ficou enorme e eu fui no médico no final do expediente e ele disse que eu tinha que parar de trabalhar já, que tava complicado. [...] Tinha uma funcionária no mesmo setor que o meu que síndrome do túnel do carpo e eles sabiam que era complicado e já tavam querendo por ela para rua e eu pensava: eu não posso ir para rua. Porque a gente acha que vai melhorar. No trabalho eu sentia dores e continuava trabalhando.” (MARLETE)

Conclusões

A intervenção cinesiológica contou com a aplicação de técnicas de organização e reorganização dos padrões de movimentos, técnicas de relaxamento e controle da dor e da técnica de Kabat, para recrutamento de unidades motoras para o movimento. Observou-se, na reavaliação dos trabalhadores, uma melhora significativa da consciência corporal, no que

tange ao funcionamento do corpo em posturas estáticas e dinâmicas. O conhecimento adquirido possibilitou-lhes conhecer e respeitar os limites de seu corpo, bem como identificar as situações desencadeadoras ou exacerbadoras dos quadros dolorosos. Por meio das falas em grupo e das avaliações psicológicas, pôde-se confirmar que o sofrimento psíquico está estreitamente ligado ao processo de adoecimento no trabalho, sendo um fator relevante no estudo e intervenção desse processo, bem como alvo fértil de intervenção psicológica. A atividade laboral envolve as vivências de prazer-sofrimento, sendo que estas vivências podem expressar-se no processo de adoecimento do trabalhador; processo este que pode ser multideterminado pelos aspectos biopsicossociais da organização de trabalho. Tais aspectos referem-se ao conteúdo das tarefas, às qualidades das relações com os demais trabalhadores e a hierarquia, assim como as capacidades e limitações físicas e emocionais do trabalhador frente às pressões e cargas do trabalho. A estes inúmeros fatores é que se relaciona o processo do adoecimento. Outra constatação obtida através dos discursos das participantes do grupo foi a explicação do adoecer dos trabalhadores que corrobora as afirmações de Mendes e Dias (1994) ao basear-se no significado cultural, político e econômico que a sociedade atribui aos seus corpos. Ou seja, culturalmente, para que seja valorizada pela sociedade, a pessoa deve ser útil para a mesma, sendo que não trabalhar torna-se sinônimo de inutilidade e má vontade, acarretando no trabalhador sentimentos de desvalia. Muitas vezes isso acarreta prejuízos em todas as esferas da vida do trabalhador, pois na medida em que não possui saúde para trabalhar também não poderia desfrutar da mesma para seu lazer.

O teste de Machover e a Técnica de Rorschach mostraram-se válidos na compreensão do processo de adoecimento do trabalhador (estado psicológico). Foram úteis na constatação das principais defesas usadas pelo sujeito frente a situações de desconforto psicológico e, também, na usabilidade no estudo de pacientes com dor, dado à sua fácil e rápida aplicação e isenção de defesas estereotipadas, das limitações na educação e da linguagem. Comparando os dados obtidos pelo teste SCL-90 R com as demais técnicas de avaliação psicológica utilizadas nesse estudo, pôde-se concluir que houve aproximações e confirmações nos resultados dos mesmos. Assim, o uso dessas técnicas no estudo do processo de adoecimento no trabalho com uma população com dor crônica com diagnóstico de *doenças relacionadas ao trabalho*, torna-se uma tarefa importante na tentativa de aperfeiçoar o conhecimento psicológico sobre as influências recíprocas entre os fatores de risco social/ambiental e as enfermidades psicológicas.

Referências bibliográficas

- CRUZ, R. M. **Psicodiagnóstico de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho**. 2001. 296 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E. JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuição da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.
- DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho - estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.
- LEMONS, J. C. **Avaliação da carga psíquica nos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) em trabalhadores de enfermagem**. 2002. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-graduação em Psicologia) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- MARTINS, S. R. **A Histeria e os DORTs: expressões do sofrimento psíquico de uma época**. 2002. 170 f. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-graduação em Psicologia) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MENDES, A. M. B. Os novos paradigmas de organização do trabalho: implicações na saúde mental dos trabalhadores. In: **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo: nº 85/86 vol. 23.

MENDES, R. & COSTA DIAS, E. Saúde do Trabalhador. IN: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. Ed. MEDSI, 1994.