

EXPERIÊNCIA DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC

Paola Chrsitina Bragnolo Martins, Regina Silva Futino, Elisa Melo da Silva

Acadêmicos do Curso de Psicologia da UFSC

Jadir Camargo Lemos, Ms.

Fisioterapeuta

Soraya Rodrigues Martins, Ms.

Psicóloga

Roberto Moraes Cruz, Dr.

Professor do Departamento de Psicologia da UFSC (Coordenador)

rcruz@cfh.ufsc.br

Resumo

Este trabalho é um relato de experiência em intervenção em saúde do trabalhador no atendimento ambulatorial do Hospital Universitário da UFSC, junto ao Programa Multiprofissional de Atenção em Saúde do Trabalhador (PMAST), que atende gratuitamente trabalhadores que recorrem ao Ambulatório de Saúde do Trabalhador do HU-UFSC com diagnóstico clínico de doenças relacionadas ao trabalho: DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – e Depressão.

Palavras-chave: saúde do trabalhador, terapia grupal, atendimento ambulatorial.

Introdução

Segundo Lazzarotto (1995), Hannah Arent em sua obra “A condição humana” descreve o trabalho como uma das condições básicas para a vida humana. O trabalho “produz um mundo artificial de coisas buscando transcender as vidas individuais. Ao acrescentar objetos no mundo, o trabalho possibilita a criação de um ambiente de coisas permanentes com as quais nos familiarizamos através do uso”. (Lazzarotto, 1995: 61). Diferencia-se de labor, as atividades que atendem as necessidades de sobrevivência do sujeito, por estar ligado ao seu aspecto humano e sujeito à possibilidade de criação na sociedade contemporânea.

Quando se pensa em trabalho, logo se pensa em uma atividade, em afazeres e muito pouco no significado do trabalho – que pode ser definido como “todo esforço humano que intervém em seu ambiente com certa finalidade de transformação” (Zanelli, 2003: 42). O trabalho em nossa sociedade muitas vezes traz conotações aversivas, mas

como fala o ditado: “ruim com ele, pior sem ele”. Somos criados para o trabalho sem ao menos saber o que isso significa, de forma que ele adquire um papel central no desenvolvimento do conceito de si mesmo e é uma fonte de auto-estima.

Sabe-se também que “a pessoa ou os grupos de elevado desempenho precisam experimentar prazer nas atividades de trabalho, para despende tempo e esforço, envolver-se e tomar iniciativas” (Zanelli, 2003: 44). Esse prazer nas atividades desenvolvidas só advém se as interações humanas no ambiente tiverem pressupostos de convivência como respeito mútuo, compromisso e contribuição para a saúde e qualidade de vida organizacional. Sem esses elementos, a saúde dos trabalhadores pode ficar comprometida. (Zanelli, 2003)

Como Mendes e Dias (1994) ressaltam, Saúde do Trabalhador constitui um campo em construção no espaço de *saúde pública*, e seu objeto pode ser definido como *processo de saúde e doença* dos grupos humanos, em sua relação com o *trabalho*. “... a Saúde do Trabalhador busca a explicação sobre o adoecer e o morrer das pessoas, dos trabalhadores em particular, através de estudo dos processos de trabalho, de forma articulada com o conjunto de valores, crenças e idéias, as representações sociais, e a possibilidade de consumo de bens e serviços, na ‘moderna’ civilização urbano-industrial” (Mendes & Dias, 1994: 383)

Dias (2000) aponta como características básicas do campo da Saúde no Trabalho, os seguintes destaques:

- A busca da compreensão das relações (de nexos) entre o Trabalho, a Saúde e a Doença dos trabalhadores, para fins de promoção e prevenção da saúde e da assistência, incluindo o diagnóstico, tratamento, e a reabilitação.
- A ênfase na necessidade/possibilidade de mudança dos processos de trabalho – das condições e dos ambientes de trabalho – em direção à humanização do trabalho.
- O exercício de abordagens interdisciplinares e intersetoriais, que levem à superação da compreensão e intervenção estanques e fragmentadas sobre a questão e à mudanças nas condições e ambientes de trabalho para torná-los mais saudáveis.
- A participação dos trabalhadores enquanto sujeitos de sua vida e da sua saúde, capazes de contribuir para o melhor conhecimento das relações Saúde & Trabalho, dos efeitos negativos do trabalho sobre suas condições de saúde-doença e de intervir politicamente para transformar esta realidade.

- A articulação com as questões ambientais, no entendimento de que na origem de uma grande parcela dos problemas ambientais - da degradação da vida e do meio ambiente - estão os mesmos processos de trabalho geradores de doenças para os trabalhadores.

Após uma breve definição de saúde do trabalhador, é interessante trazer resumidamente como ocorreu ao longo da história. Oliveira cita aos escritos de Mendes e Dias¹ e assegura quatro etapas que estão além dos dados cronológicos usualmente citados nas produções que falam sobre o histórico da saúde do trabalhador – os escritos de Ramazzini, as doenças dos mineradores, entre outros. Optou-se por esta divisão cronológica por ser mais sucinta e atual. Estas etapas são: medicina do trabalho, saúde ocupacional, saúde do trabalhador e qualidade de vida do trabalhador.

A etapa da medicina do trabalho teve como marco inicial a inserção do médico do trabalho no contexto industrial, como um intermediário do trabalhador e do empregador. Não obstante, sua expansão ocorreu de forma significativa na primeira metade do século XX, que além da OIT (Organização Internacional do Trabalho), o desenvolvimento do capitalismo, a busca da produção em série e o aumento da produtividade, propiciaram o incremento da medicina do trabalho. Era a busca do operário sadio e produtivo, que eram selecionados por médicos. A estes profissionais era atribuída à cura do trabalhador doente, sem interferências nas causas do adoecimento. No Brasil, os serviços médicos só passaram a ser obrigatórios em 1976.

Oliveira (2002) relata que a segunda etapa, saúde ocupacional, teve seu início por volta de 1950 e foi marcada não só pelo término da Segunda Guerra Mundial, mas também pelos movimentos sociais e governamentais em busca de reconhecimento dos direitos humanos. A reconstrução acarretada pelo período pós-guerra trouxe um aumento na carga de trabalho, o que acarretou em doenças e acidentes que acabaram repercutindo na atividade empresarial quanto na busca de mão-de-obra produtiva.

Neste momento “desvela-se a relativa impotência da medicina d trabalho para intervir sobre os problemas de saúde causados pelo excesso de produção. Crescem a insatisfação e o questionamento dos trabalhadores e dos empregadores, onerados pelos diretos e indiretos dos agravos à saúde de seus empregados.” (Dias & Mendes *apud* Oliveira, 2000: 70). Surge a percepção da necessidade e uma ação na causa do

adoecimento – há um movimento em prol da higiene no trabalho e da saúde ocupacional.

O marco na identificação desta nova etapa ocorreu em 1957 com a definição estabelecida pelo comitê da OIT/OMS (Organização Mundial da Saúde) quando esta definiu os objetivos da saúde ocupacional:

“A saúde ocupacional tem como finalidade incentivar e manter o mais elevado nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as profissões; prevenir todo o prejuízo causado à saúde destes pelas condições de seu trabalho; protegê-los em seu serviço contra os riscos resultantes da presença de agentes nocivos à sua saúde; colocar e manter o trabalhador em um emprego que convenha às suas aptidões fisiológicas e psicológicas e, em resumo, adaptar trabalho a homem e cada homem ao seu trabalho” (Nogueira *apud* Oliveira, 2002: 71)

Apesar de suas propostas, a etapa de saúde ocupacional não atingiu seus propósitos. Na etapa seguinte, da saúde do trabalhador, o principal interessado – o trabalhador – torna-se agente desta fase. Em uma época de intensa movimentação social e de lutas por igualdade, torna-se marco o movimento operário italiano de 1960, que possuía o lema “saúde não se vende”. Era um movimento que lutava pela não monetização dos riscos no trabalho, pelo recebimento de adicionais e pela busca de dignidade no trabalho. Estas exigências foram formuladas de forma coletiva pelos trabalhadores com auxílio de análises técnicas. (Oliveira, 2002)

Este movimento resultou em leis que visam à tutela da integridade física, da saúde, da liberdade sindical e do direito da informação do empregado. Paralelamente, em 1970 a Conferência Internacional do Trabalho da OIT aprovou a resolução instituindo o Programa Internacional para o Melhoramento das Condições e do Meio Ambiente do Trabalho (PIACT). Sobre este programa diz Mendes:

“Este programa foi justificado como sendo o ponto de encontro entre duas importantes tendências: uma dirigida ao melhoramento da qualidade geral a vida como uma aspiração básica para humanidade de hoje, e que não pode sofrer solução de continuidade no portão da fábrica, segundo as palavras e um dos funcionários do programa; a outra, concernente a uma maior participação dos trabalhadores nas decisões que diretamente dizem respeito à sua vida profissional” (Mendes *apud* Oliveira, 2002: 75).

¹ Mendes, René e Dias, Elizabeth Costa. “Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador”. *In Revista de Saúde Pública*, v. 25, n. 5, pp. 341-349, 1991.

Já no Brasil, é a Constituição de 1988 o marco da etapa de saúde do trabalhador, que considerando a saúde como direito social, garantiu aos trabalhadores a redução aos riscos inerentes do trabalho, somado à lei orgânica da saúde e as leis previdenciárias instituiu-s as leis de amparo ao trabalhador.

Por fim, a etapa da qualidade de vida do trabalhador, com início por volta de 1985, tornou-se a consolidação da doutrinas defendidas na etapa anterior que impulsionaram estudos nas ciências sociais e administrativas. A qualidade de vida do trabalhador passa a ser uma ferramenta defendida em busca da dignificação do trabalho. É uma fase que se confunde muito com a etapa que a precede.

Com relação à atenção à saúde do trabalhador, cabe ressaltar que as pessoas que adoecem no trabalho caracterizam-se pela perda da capacidade laboral, por limitações corporais e pela vivência de dor, o que as deixa mais suscetíveis aos transtornos psíquicos tais como a depressão, ansiedade, somatização, entre outras.

Além dos aspectos físicos e psíquicos citados acima, há também os aspectos sociais e econômicos envolvidos. Com o adoecimento há o afastamento do trabalho, frequentemente perdendo a estabilidade financeira e diminuindo a remuneração. Com o adoecimento e afastamento começa-se a percorrer médicos, INSS, passa-se por perícia, procedimentos desconhecidos para a maioria destas pessoas por tratar-se de situação nova. Também há toda dificuldade de caracterizar a doença como relacionada ao trabalho, fazer a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) para ter estabilidade financeira.

Nesse sentido, torna-se de extrema importância um trabalho de atenção à saúde destes trabalhadores, pois além do processo de doença pelo qual estão passando há a perda do trabalho, da capacidade laboral, há mudanças no cotidiano, uma vez que passa a permanecer por maior período em casa – o que pode modificar o funcionamento familiar – e também há toda dificuldade no caminho que precisam percorrer entre médicos e perícias. É esta população que o PMAST propõe-se atender, oferecer orientações, suporte e um espaço de reflexão e apoio mútuo.

Dias (2000), sintetiza as ações de atenção à Saúde dos Trabalhadores em:

- A assistência aos trabalhadores vítimas de acidentes do trabalho, doenças profissionais, ou de doenças relacionadas ao trabalho, compreende as ações de

diagnóstico, que incluem o estabelecimento do nexo com o trabalho, e de recuperação da saúde, envolvendo o tratamento e a reabilitação, quando necessária;

- Os procedimentos visando o acesso dos trabalhadores segurados pelo Seguro de Acidentes do Trabalho da Previdência Social aos Benefícios previstos na legislação;
- As ações de promoção e proteção da saúde, que incluem a vigilância da saúde dos trabalhadores e das condições e os ambientes de trabalho, a normatização e a fiscalização; e os procedimentos de notificação;
- A capacitação e treinamento de recursos humanos;
- Informação e educação dos empregadores, trabalhadores e outros setores sociais envolvidos ou interessados no tema.

Quando os trabalhadores já estão em processo de adoecimento, tornam-se imprescindíveis estas ações. Há possibilidade de realizar um trabalho clínico multiprofissional que vise: realizar diagnóstico; recuperar a saúde e a capacidade laboral; modificar a relação com o trabalho; e orientar estes trabalhadores quanto aos procedimentos necessários para o acesso aos benefícios previstos na legislação. Um profissional de psicologia faz-se necessário na equipe, tanto para o tratamento de transtornos psíquicos decorrentes do processo de adoecimento quanto para orientação no sentido da mudança na relação com o trabalho. Além deste, é imprescindível a presença de outros profissionais da saúde, tais como fisioterapeuta, assistente social e médico do trabalho.

Assim, o Programa Multiprofissional de Atenção à Saúde do Trabalhador vêm para atender a esta demanda, no sentido de 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.

O PMAST – Programa Multiprofissional de atenção à Saúde do Trabalhador – compreende pesquisa e intervenção em saúde do trabalhador no atendimento ambulatorial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC). São atendidos trabalhadores que recorrem ao Ambulatório de Saúde do Trabalhador do HU-UFSC com diagnóstico clínico de doenças relacionadas ao trabalho: DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – e depressão. O programa está em atividade desde maio de 2002 e possui uma equipe composta por psicólogos, fisioterapeutas e estagiários de psicologia e fisioterapia. 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, realizados semanalmente. Os atendimentos são realizados junto ao Ambulatório de Saúde do Trabalhador no Hospital Universitário (HU – UFSC) e são gratuitos.

O objetivo é 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.

Adicionalmente, procura-se analisar o perfil dos trabalhadores e suas respectivas demandas, além de formular modelos de diagnóstico e intervenção multiprofissional na área de saúde do trabalhador.

Material e Métodos

O programa possui duas etapas, a de intervenção diagnóstica, que ocorre na Ala B do ambulatório do HU/UFSC, e a de intervenção terapêutica em cinesiologia e psicodinâmica do trabalho em grupo, realizada na sala de Terapias do Centro de Terapias Alternativas Mainah do HU.

Na intervenção diagnóstica é realizada a avaliação psicológica, pela psicóloga, e a cinesiológica, pelo fisioterapeuta, sendo que ambos os processos são acompanhados pelas estagiárias.

Na avaliação psicológica busca-se estabelecer um vínculo terapêutico com cada participante e identificar os processos subjetivos - aspectos emocionais e cognitivos - associados às patologias relacionadas ao trabalho. Para esse processo são utilizados os seguintes instrumentos: entrevista livre; entrevista semi-estruturada para fins de anamnese; técnica projetiva gráfica de Machover – pessoa na chuva; psicodiagnóstico Rorschach; SCL 90-R (Symptom Check List), que serão descritos a seguir.

A entrevista é uma técnica que o psicólogo dispõe para atender a uma consulta, é um estudo e utilização do comportamento total do indivíduo em todas as relações possíveis, sendo que sua finalidade é investigar, diagnosticar e orientar (Bleger, 1984).

Neste sentido, com a entrevista busca-se verificar de que modo a pessoa se relaciona, com as pessoas em seus vários contextos, bem como com o trabalho.

Já a técnica projetiva do desenho da Pessoa na Chuva, desenvolvida por Machover (1949, apud Cunha, 2000), permite investigar as reações do examinando a situações de tensão. Assim, através desta técnica é possível investigar como a pessoa estabelece relação com seu meio, como reage a situações de tensão – no trabalho, por exemplo –, como é a relação com seu corpo e sua auto-imagem.

No processo de adoecimento também é útil aplicar a técnica projetiva de Rorschach, visando uma compreensão mais ampla sobre a personalidade do trabalhador; sobre sua forma de percepção e apercepção do mundo e o modo como estabelece relações. Também é necessário para fazer diagnósticos diferenciais de transtornos psíquicos, geralmente decorrentes do processo de adoecimento.

Com o SCL 90-R - um inventário de sintomas auto-aplicável desenvolvido por Derogatis (1975) - o objetivo é identificar padrões de sintomas psicológicos. Trata-se de 90 questões referentes a diferentes sintomas, tais como somatização, compulsão, ansiedade, depressão, hostilidade, fobia, sensibilidade interpessoal, paranóia e distúrbio afetivo. Os escores diferenciam-se para população com dor e sem dor, o que faz deste inventário extremamente útil nos casos de DORT, que são acompanhados de quadro algico.

Na avaliação cinesiológica, sob a responsabilidade do fisioterapeuta da equipe, procura-se identificar as limitações funcionais e captar a percepção dos trabalhadores a respeito de seu trabalho e do funcionamento do seu corpo. Nesse processo, realizado com cada participante, são utilizados os seguintes procedimentos: anamnese clínico-ocupacional; aplicação da escala de cargas psíquicas do trabalho – ECPT; e exame cinético-funcional, explicitados a seguir.

A anamnese é utilizada para investigar aspectos funcionais e ocupacionais do trabalhador. A Anamnese Ocupacional “compreende a história clínica atual, a investigação sobre os diversos sistemas ou aparelhos, os antecedentes pessoais e familiares, a história ocupacional, hábitos e estilo de vida, o exame físico e a propedêutica complementar”. (Dias, 2001: 24).

O instrumento de investigação da carga psíquica foi construído por Lemos (2002), e é utilizada para a investigação de variáveis ligadas ao trabalho - saúde mental

e trabalho e carga mental no trabalho - que pudessem ser nocivas à atividade do trabalhador.

O exame cinético-funcional possibilita ao fisioterapeuta uma compreensão do quadro do paciente, quais são suas limitações de movimentos do corpo.

De modo geral, as variáveis clínicas investigadas na intervenção diagnóstica são: dor (intensidade, momento); tempo de afastamento do trabalho; dificuldades laborais; dificuldades domésticas; realização de tratamento para dor que aciona o processo de adoecimento. Também são investigadas as variáveis ambientais de trabalho, tais como: ventilação; temperatura; ruído; instrumentos; mobiliário; espaço físico; higiene; poeira; radiação.

Após a fase diagnóstica, os participantes são encaminhados ao Grupo Terapêutico, composto por, no máximo, dez trabalhadores, e acompanhado por estagiários de Psicologia e Fisioterapia. Os encontros, com duração de aproximadamente de duas horas e meia, ocorrem semanalmente.

Inicialmente, o grupo é coordenado pela psicóloga que, com embasamento teórico na psicodinâmica do trabalho, utiliza a técnica de grupo operativo a partir da fala compartilhada das vivências de sofrimento psíquico e do processo de adoecimento relacionado ao trabalho. Com estas intervenções pretende-se contribuir para o fortalecimento da mobilização subjetiva para o enfrentamento dos transtornos psíquicos decorrentes do adoecimento e da perda da capacidade laborativa. Após a intervenção através da fala, o fisioterapeuta coordena a intervenção terapêutica em cinesiologia. Neste momento, o fisioterapeuta procura desenvolver atividades utilizando padrões posturais e de movimento como forma de terapia. Assim, procura auxiliar a percepção do comportamento e do corpo nas atividades laborais e no cotidiano, buscando a modificação do mesmo. Neste trabalho são utilizados: conscientização; percepção; reorganização e método kabat.

Não obstante, considera-se que a utilização de intervenções em grupos terapêuticos possibilita ao portador de doenças relacionadas ao trabalho, como o DORT e depressão, “(re) aprender a utilizar seu potencial na busca de recursos para construir estratégias de saúde e, assim, lidar de forma mais autônoma com a dor crônica” (Merlo et al, 2001:9).

Resultados e Análise

Sete pessoas passaram pela avaliação no ano de 2004, sendo que três concluíram o processo. Destas, apenas uma integrou o grupo terapêutico, que então passou a contar com sete participantes.

O grupo está em atividade desde maio de 2002. Neste período 31 pessoas foram atendidas, com a média de idade de 35,54 anos, sendo que a maioria (93,54%) é do sexo feminino. Os participantes encontram-se afastados do trabalho, sendo que o tempo varia entre 3 e 31 meses. As profissões mais recorrentes são de operador de telemarketing (19,35%) e faxineira (16,12%), sendo que as outras profissões são diversas, tais como vendedora, bancária, entre outras.

Dos 31 pacientes atendidos, todos foram submetidos à avaliação, sendo que quatro ainda estão no processo diagnóstico. Entre os 27 trabalhadores avaliados no programa, 5 são portadores de diagnóstico de Depressão, sendo que um deles nega qualquer tipo de dor e os demais apresentam diagnósticos clínicos de Distúrbios Músculo-esqueléticos (DMEOs demais quadros são caracterizados como Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), como demonstra o gráfico abaixo (Figura 1):

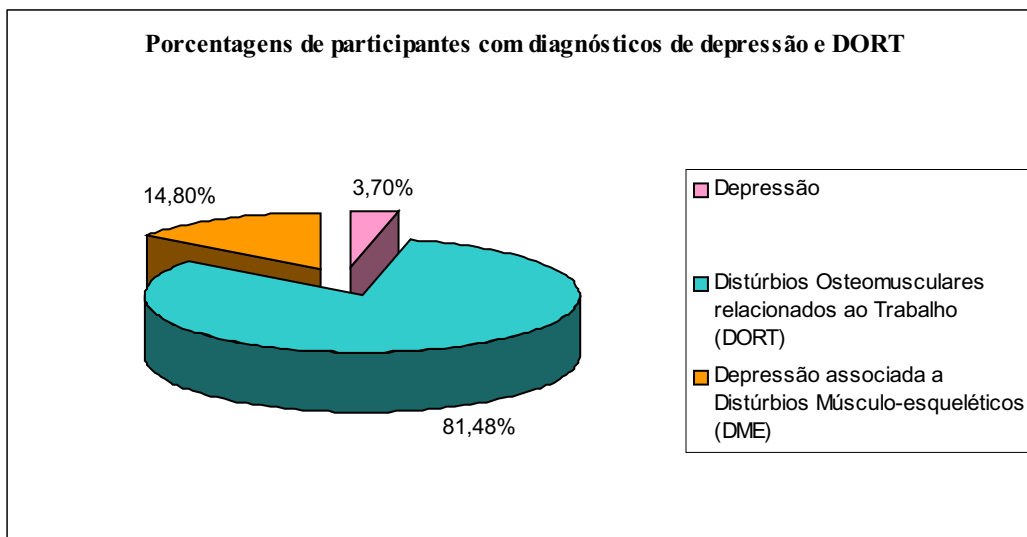


Figura 1: Porcentagens de participantes com diagnósticos de depressão e DORT

Todos os participantes avaliados apresentam transtornos psíquicos decorrentes do processo de adoecimento relacionado ao trabalho tais como ansiedade, depressão, fobia e angústia (síndrome do pânico). Por exemplo, os resultados obtidos no SCL – 90

(ver gráfico abaixo) destacam os sintomas de somatização, seguido de ansiedade, depressão 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 auto-modulação no qual a dor modula um determinado quadro psíquico que, por sua vez, age modulando a dor.

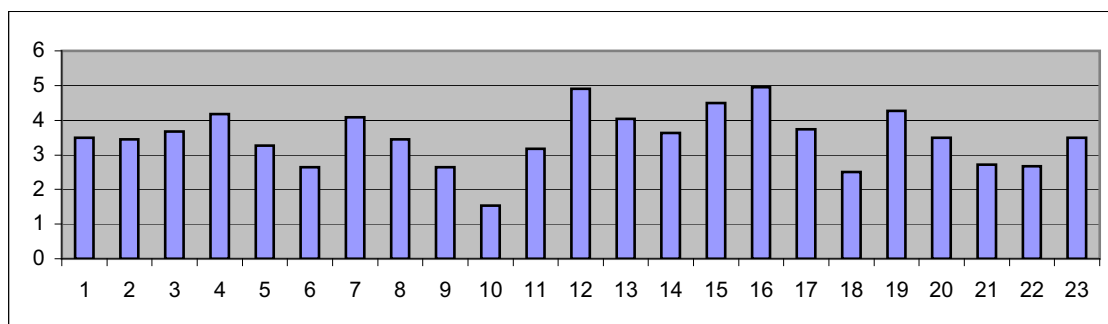
Além da tensão muscular, a existência de um quadro de dores crônicas pode estar associado ao elevado nível de ansiedade observado nos resultados do SCL-90 R e da angústia presente no protocolo de avaliação do Rorschach. Isso evidencia uma relação entre dor e estado emocional, o que promove o estabelecimento e manutenção das *doenças relacionadas ao trabalho*.

Com relação à técnica projetiva do desenho da Pessoa na Chuva pôde-se perceber que, diante de situações de tensão, as participantes não apresentam defesas eficazes para lidar com a agressão do meio. É freqüente a negação do adoecimento e do sofrimento decorrente, negação da dor a tal ponto que ocorre o agravamento do adoecimento. Também se percebe alterações na relação com o corpo, sendo este corpo percebido como limitante e causador de dependência, provocando sentimento de inadequação em relação aos outros.

Ao longo do processo, através das entrevistas, observa-se que ocorrem alterações nas relações interpessoais. Em decorrência do adoecimento e afastamento do trabalho, passa-se muito mais tempo em casa, o que altera a relação com os conviventes. Sentem-se dependentes dos outros, devido às limitações do corpo, o que muitas vezes provoca irritação e sentimento de incompreensão por parte dos outros.

Ou, seja, há impedimento da realização das atividades rotineiras. Geralmente no trabalho estavam acostumadas a realizar muitas atividades, em alto ritmo, e com o adoecimento se percebem impossibilitadas de realizar atividades cotidianas, domésticas. Percebem as limitações do corpo – em alguns momentos negam as mesmas – o que contribui para a cronificação da doença.

Ao longo do processo de avaliação, no qual também são feitas intervenções, percebe-se uma maior compreensão do modo de relação com o trabalho e a implicação do mesmo no adoecimento ou agravamento da doença. Assim, durante o processo procura-se tornar a pessoa agente ativo em sua reabilitação, proporcionando maior percepção de suas condições, atividades que pode ou não realizar e como realizar.



Legenda: Cp 1- Condições físicas; Cp 2 Ruído; Cp 3- Isalubridade; Cp 4 – exigência postural; Cp 5 – Espaço físico; Cp 6 – alternância de turno; Cp 7 – Repetitividade; Cp 8 – Autonomia; Cp 9 – Monotonia; Cp 10 -impotância do trabalho; Cp 11- Reconhecimento do trabalho; Cp 12 – Atenção permanente; Cp 13 – Pressões; Cp 14 – periculosidade; Cp 15 – Ritmo acelerado; Cp 16 – Responsabilidade; Cp 17 – Exigência mental; Cp 18 – desacordo conhecimento/tarefa; Cp 19 – Desgaste físico/emocional; Cp 20 – Insegurança; Cp 21 – Falta de perspectiva de crescimento; Cp 22 – Horas extras; Cp 23 – Descontentamento com o trabalho.

Figura 2: Cargas psíquicas

Com relação aos resultados obtidos na avaliação cinesiológica, ressalta-se que quando consultados sobre as condições físicas do ambiente de trabalho, os participantes apontaram como insatisfatórias as condições de temperatura, ruído e ventilação como as que mais incomodam, com 11, nove e sete citações respectivamente. Quanto aos aspectos relativos às condições técnicas do ambiente de trabalho, os instrumentos, o mobiliário e a distribuição do espaço físico são apontados como péssimas ou ruins, com seis citações para cada uma delas. A poeira existente no local de trabalho é considerada péssima para dois dos entrevistados e ruim para outros três; As condições de higiene são consideradas péssimas para um e ruins para outros dois entrevistados. Para os que estão

expostos a radiações em seu posto de trabalho, um deles considera boas as condições; o outro as considera ruins.

Com relação às cargas psíquicas, que também são investigadas no processo diagnóstico, teve-se o resultado apresentado na figura 2.

Nas questões que se referem aos aspectos físicos do ambiente de trabalho, as respostas expressam os efeitos psicogênicos das cargas físicas, principalmente as ocorrências de ruído (11 citações), as condições físicas do ambiente e de insalubridade (dez citações). Analisando de forma geral, neste primeiro bloco temático de questões as respostas indicam que as condições físicas do ambiente de trabalho, para estes trabalhadores, os incomodam “várias vezes” e/ou “sempre”. Nas questões referentes à organização do trabalho, do segundo bloco temático, a exigência de atenção permanente e de responsabilidade incomoda “sempre” a quase totalidade da amostra. Já o ritmo acelerado das tarefas incomoda “muitas vezes” e/ou “sempre” a 13 entrevistados. A pressão no trabalho é sentida “muitas vezes” por três e “sempre” por outros sete entrevistados. A pouca autonomia, a exposição ao perigo e o desgaste no final da jornada de trabalho incomodam “muitas vezes” e/ou “sempre” a oito entrevistados. Este bloco temático, quando analisado de forma geral, traduzindo as respostas dos entrevistados, aponta para a identificação das cargas psíquicas de trabalho. Quando consultados sobre o descontentamento com o seu trabalho, somente três entrevistados confessam-se contente com o seu trabalho; os demais estão descontente “algumas vezes” (quatro citações), “muitas vezes” (duas citações) e “sempre” (cinco citações).

Já no grupo, a partir da fala compartilhada das pessoas sobre seu contexto de trabalho e o processo de adoecimento, procura-se criar um espaço de reflexão sobre as vivências de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, incluindo as associadas ao desconforto físico.

Com relação aos aspectos psicodinâmicos do grupo, no início houve um movimento grupal na tentativa de criação das semelhanças, um reconhecimento, uma percepção de que por estarem passando por situações semelhantes são “todas iguais”. Depois, com a dinâmica do grupo, foi sendo demarcando o que era comum e o que era diferente na vivência e experiência de cada um do grupo. Houve um resgate das singularidades e a alteridade no processo - comum a todos - de adoecimento relacionado ao trabalho, acompanhado da experiência simbólica coletiva.

Ademais, constatou-se maiores mudanças na relação com a forma de trabalhar e exercer atividades domésticas, empregando a adaptação de objetos, a solicitação de auxílios e uma maior aceitação e respeito aos limites impostos pela doença.

Considerações Finais

Neste período observou-se uma maior percepção do corpo nas participantes e melhora nos movimentos, além de algumas mudanças na relação com a forma de trabalhar e exercer atividades domésticas e maior adaptação aos limites impostos pela doença. Também se verifica a formação de uma rede solidária entre os participantes do grupo, que auxiliam uma às outras quanto aos procedimentos necessários para o acesso aos benefícios previdenciários, o que proporciona uma maior consciência de cidadania.

Destaca-se a importância de uma equipe composta por vários profissionais da saúde, buscando um trabalho interdisciplinar. Embora até certo ponto ocorra esta interdisciplinaridade, no programa percebe-se a falta de outros profissionais, tais como um médico do trabalho e um assistente social. Considera-se que estes profissionais teriam muito a contribuir fazendo parte da equipe, uma vez que saúde do trabalhador trata-se de tema tão amplo e complexo.

Também destaca-se a necessidade de um espaço físico mais adequado para o trabalho de grupo, uma vez que a estrutura do ambiente não proporciona conforto para as participantes ficarem sentadas, muitas vezes sentindo dor durante os grupos.

Referências

BLEGER, J. **A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e na Investigação. Temas de Psicologia.** Buenos Aires: Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Letras, 1984.

CUNHA, J. A. (2000). **Psicodiagnóstico** V.5 ed. Porto Alegre: Artmed.

DIAS, Elizabeth Costa. **Exercício: - Elaborando uma História Ocupacional.** Belo Horizonte, 2000 (mimeo). Documento obtido em World Wide Web na página eletrônica www.medicina.ufmg.br/dmps/textos.htm, (acessado em 10/11/2004).

DIAS, Elizabeth Costa in: Ferreira Filho, Mário (Org.) **SAÚDE NO TRABALHO**. São Paulo, Rocca, 2000. Documento obtido em World Wide Web na pagina eletrônica www.medicina.ufmg.br/dmps/textos.htm, consultado em 10/11/2004.

DIAS, E. C. et al. (orgs) **Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde - Capítulo 2 - A Investigação das Relações Trabalho-Saúde, o Estabelecimento do Nexo Causal da Doença com o Trabalho e as Ações Decorrentes**. Brasília, Ministério da Saúde-OPAS, 2001. P. 27-36. Documento obtido em www.medicina.ufmg.br/dmps/textos.htm (acessado em 10/11/2004).

LAZZAROTTO, G. D. R. **Os significados do trabalho na vida do sujeito: reflexões iniciais**. In: Aletheia. n. 1, jan/jun. 1995, p. 60-64.

LEMOS, J. C. **Avaliação da carga psíquica nos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) em trabalhadores de enfermagem**. Florianópolis, 2002. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina)

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

MERLO, A.R.C., JACQUES,M.G.C., HOEFEL, M.G.L. **Trabalho de grupo com portadores de LER/DORT: relato de experiência**. *Psicol. Reflex. Crit.* 2001, vol.14, no.1, p.253-258.

OLIVEIRA, S. G. (2002). **Proteção jurídica a saúde do trabalhador**. São Paulo: LTR. 4ed.