

“CUIDANDO DE QUEM CUIDA”: ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA AO TRABALHADOR DA SAÚDE

Maria Livia Tourinho Moretto¹, Ana Carolina Jaen², Gláucia Rosana Guerra
Benute³, Solimar Ferrari⁴, Mara Cristina Souza de Lucia⁵, Wilson Pollara⁶

RESUMO

O Hospital é uma instituição que tem o objetivo de acolher e cuidar de pessoas. No entanto, este mesmo ambiente é reconhecido como insalubre, penoso e perigoso para trabalhar. Este estudo teve como objetivo apresentar os resultados obtidos no programa “Cuidando de quem cuida”, com relação à causa atribuída pelo colaborador ao sofrimento psíquico. Foram convidados a participar todos os colaboradores não médicos do ICHC-FMUSP. Na primeira etapa compareceram 75 colaboradores e na segunda etapa, 90. As entrevistas foram realizadas por 7 psicólogos devidamente treinados. Constatou-se que 37,6% do total da amostra compreendia a faixa etária de 41 a 50 anos. A principal queixa dizia respeito à ansiedade (26,7%), seguida por conflitos familiares e amorosos (26,1%). Concluiu-se que os colaboradores inscritos voluntariamente no programa demandavam atendimento especificamente em razão das relações pessoais e não em função dos fatores ambientais, tal qual poderia supor-se.

Palavras-chave: Atenção à saúde, Psicologia, Trabalhador.

"CARING FOR THOSE WHO CARE": THE PSYCHOLOGY HEALTH WORKER

ABSTRACT

A hospital is an institution that aims to welcome and care for people. However, this same hospital environment is acknowledged as an unhealthy, painful and dangerous place to work. This study aims at presenting the results in the "Caring for the Carers" program, which relates to the causes of psychological stress as identified by the very ones who treat and work with psychological suffering. All of the non doctor health workers from ICHC-USP were invited to attend. In the first stage there were 75 workers in attendance, and in the second stage, 90. The interviews were conducted by 7 duly trained psychologists. It was found that 37.6 percent of the total sample fell within the 41-50 year old age group. The main complaint related to anxiety (26.7 percent), followed by family conflicts and then issues relating to personal affections, i.e., love (26.1 percent). It was concluded that the employees that voluntarily enrolled in the program needed attention specifically because of personal relationships, and not due to environmental factors, as one might assume.

Keywords: Health care, Psychology, Worker.

¹ Professora do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP.

² Estagiária de Pesquisa da Divisão de Psicologia do ICHC-FMUSP.

³ Diretora do Serviço de Pesquisa da Divisão de Psicologia do ICHC-FMUSP.

⁴ Assistente Técnica de Saúde II da Divisão de Psicologia do ICHC-FMUSP.

⁵ Diretora da Divisão de Psicologia do ICHC-FMUSP.

⁶ Diretor Executivo do Instituto Central do HC-FMUSP.

I. INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta e discute os resultados do programa de assistência psicológica oferecido a colaboradores do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICHC-FMUSP), o Programa “Cuidando de quem cuida”, projeto da Diretoria Executiva desse Hospital, realizado pela Divisão de Psicologia.

A visão do Instituto Central do HCFMUSP é “ser um Hospital Universitário líder no país e Centro de Excelência internacionalmente reconhecido, maximizando ações com efetividade”, e sua missão é “formar e capacitar profissionais de saúde, produzir conhecimento científico e prestar assistência médico-hospitalar, com sinergia entre as ações, visando à saúde e a qualidade de vida”.

Sabe-se que, para tanto, é necessário que os colaboradores que trabalham numa instituição compreendam, queiram e estejam engajados no projeto de trabalho da instituição, de modo a serem, efetivamente, parte ativa e integrada à mesma.

Mas frequentemente as situações cotidianas no ambiente de trabalho demonstram que existem empecilhos de diversas naturezas que atravessam as relações e não é sempre que o trabalhador consegue, de fato, colaborar com a instituição da qual faz parte. Muitas vezes ele encontra e/ou cria dificuldades que o fazem agir de forma avessa às diretrizes em questão.

É claro que isso gera dificuldades para a instituição, mas não só. Muitos são os riscos aos quais os colaboradores estão expostos num ambiente hospitalar, e é importante ressaltarmos que as mais diversas manifestações de sofrimento psíquico dos colaboradores é um problema que a instituição se dispõe a abordar, ainda que

seja no intuito de conhecer os fatores de risco e promover meios adequados para preservar a saúde de seus colaboradores.

No Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (IHC-FMUSP) faz-se evidente a demanda de cuidados à Saúde Mental do Trabalhador de Saúde em razão de três fatores preponderantes:

a) o primeiro diz respeito ao ambiente de trabalho, considerado insalubre por tratar-se de hospital cujo mote é a atenção terciária, ou seja, a assistência a pessoas com quadros patológicos de alta complexidade e, não raro, sob risco de vida;

b) o segundo, e não menos importante fator, é a procura espontânea dos trabalhadores por atendimento psicológico, no sentido de expor suas dificuldades de ordem pessoal e/ou no enfrentamento de situações relacionadas ao trabalho;

c) o terceiro fator nos aponta para a demanda do corpo gestor do hospital que, reconhecendo os demais fatores, entende ser de primeira necessidade a acolhida e escuta dos trabalhadores da saúde visando *cuidar de quem cuida*.

Além disso, a Política Estadual de Humanização do Governo do Estado de São Paulo (São Paulo, 2012) também visa proporcionar uma mudança na cultura e no modelo de gestão das organizações de saúde, para a formação de relações cooperativas e responsáveis e de um novo padrão de comunicação, participação e integração entre todos os atores envolvidos. Assim como a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2010), baseia-se no método da tríplice inclusão - gestor, trabalhador e usuário.

De acordo com estas diretrizes é importante ressaltar que não é possível uma política de humanização dos cuidados em saúde sem que se inclua os profissionais de saúde neste escopo de trabalho.

Em 2012 foi instituída a Portaria nº 1.823 que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Brasil, 2012), que tem por objetivo desenvolver ações de atenção integral à saúde do trabalhador nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Parte do entendimento de que o trabalho é um dos determinantes do processo saúde-doença e propõe uma série de estratégias voltadas para a promoção e prevenção de agravos à saúde do trabalhador.

Diversos estudos demonstram o trabalho com o profissional de saúde com vistas à humanização, com o objetivo de resgatar o sentido da prática profissional em saúde e de reconhecer a importância de trabalhar nestas organizações (Cotta et al., 2013).

O Hospital: promoção de saúde e insalubridade

O Hospital, historicamente, é uma instituição criada por Instituições Religiosas com o objetivo de acolher e cuidar de pessoas, visando, inicialmente, a melhora da qualidade de vida.

No entanto, este mesmo ambiente que foi criado para promoção de saúde, é reconhecido, de forma geral, como um ambiente insalubre, penoso e perigoso para os que ali trabalham, além de ser apontado como um local de adoecimento dos funcionários (Elias & Navarro, 2006).

Nele os trabalhadores hospitalares não apenas estão expostos aos riscos de acidentes e doenças de ordem física, mas o sofrimento psíquico é, de forma crescente, cada vez mais evidente (Pitta, 1994), e se apresenta de diversas maneiras: desde o aparecimento de transtornos depressivos - passando por

manifestações de agressividade, somatizações, - ao mais absoluto silenciamento, o que compromete a qualidade do atendimento dispensado aos pacientes, muitas vezes culminando com o afastamento temporário ou permanente do trabalhador de saúde, que se mostra incapaz de lidar com as especificidades de seu ambiente de trabalho.

Deste modo, este estudo teve como objetivo apresentar os resultados obtidos no programa denominado “Cuidando de quem cuida”, com relação à causa atribuída pelo colaborador ao sofrimento psíquico, visando subsídios para implantação de programas de atendimento psicológico voltados à promoção de saúde mental e qualidade de vida dos trabalhadores.

II. MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório transversal com amostra não probabilística por conveniência.

Foram convidados a participar do Programa “Cuidando de quem cuida” todos os colaboradores não médicos do ICHC-FMUSP. O convite se deu por meio de uma notificação informando sobre a possibilidade de se participar de entrevistas psicológicas na instituição, grampeada no holerite de todos os servidores. Também foi realizada divulgação acerca da abertura das inscrições na intranet. Aqueles que se interessaram se inscreveram na Divisão de Psicologia do ICHC-FMUSP.

As entrevistas foram divididas em duas etapas. Na primeira etapa inscreveram-se voluntariamente 100 colaboradores do ICHC-FMUSP, sendo 50% das unidades de apoio, 42% das unidades médicas e 8% das unidades

administrativas. Destes 100 inscritos, 25 não compareceram à primeira entrevista, totalizando 75 colaboradores.

Na segunda etapa foram inscritos 168 colaboradores, sendo que, quando convocados a participar da primeira entrevista, 45 pessoas desistiram. Dos 113 colaboradores que iniciaram no programa, 23 desistiram após a primeira entrevista, tendo sido acompanhados efetivamente 90 colaboradores.

A análise de dados utilizada foi Análise de Conteúdo, deste modo, os resultados foram categorizados e encontram-se apresentados por meio da estatística descritiva.

As entrevistas foram realizadas por 7 psicólogos devidamente treinados para atingir os objetivos do trabalho com os colaboradores. Foram realizadas reuniões semanais com os psicólogos e os supervisores deste trabalho.

Inicialmente foram realizadas 3 entrevistas individuais com cada colaborador. Em seguida, foram encaminhados para participação em grupos terapêuticos. No primeiro atendimento foram explicadas a finalidade e os procedimentos dos atendimentos.

III. RESULTADOS

A tabela 1 apresenta os dados de caracterização dos colaboradores que participaram do estudo. Constatou-se que 37,6% do total da amostra compreendia a faixa etária de 41 a 50 anos, conforme tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos dados de acordo com dados de caracterização dos 165 colaboradores que se inscreveram no programa

Dados Sociodemográficos	Primeira etapa n(%) n=75	Segunda etapa n(%) n=90	Total n(%) n=165
Faixa Etária			
De 23 a 30 anos	5(6,7)	17(18,9)	22(13,3)
De 31 a 40 anos	30(40,0)	21(23,3)	51(30,3)
De 41 a 50 anos	32(42,7)	30(33,3)	62(37,6)
De 51 a 60 anos	8(10,7)	20(22,2)	28(17,0)
De 61 a 70 anos	0(0)	2(2,2)	2(1,2)
Sexo			
Feminino	68(90,7)	80(88,9)	148(89,7)
Masculino	7(9,3)	10(12,2)	17(10,3)
Escolaridade			
1º grau incompleto/completo	2(2,7)	3(3,3)	5(3,0)
2º grau incompleto/completo	31(41,3)	37(41,1)	68(41,3)
3º grau incompleto/completo	42(56,0)	45(50,0)	87(52,7)
Pós-graduação	0(0)	5(5,6)	5(3,0)
Setor de trabalho			
Unidades de apoio	38(50,7)	15(16,7)	53(32,1)
Técnico e Enfermagem	31(41,3)	43(47,8)	74(44,8)
Unidades Administrativas	6(8,0)	32(35,6)	38(23,0)

A principal queixa apresentada pelos colaboradores dizia respeito à ansiedade (26,7%), seguido por conflitos familiares e amorosos (26,1%) no total da amostra, conforme os dados apresentados na tabela 2.

Dentre os 13,3% que se queixavam diretamente de dificuldades relativas ao trabalho, 57% indicaram questão referida ao modo de relação empreendido entre colegas e chefia, e os demais, faziam referência à dificuldade encontrada para relacionar-se com os pacientes.

Os profissionais que apresentaram queixas de depressão e ansiedade foram questionados sobre o motivo que teria desencadeado. Todos os profissionais, sem nenhuma exceção, referiam-se diretamente a problemas amorosos e familiares. Se somadas as categorias problemas pessoais/amorosos, depressão e ansiedade,

constata-se que 69,8% dos profissionais do total da amostra queixavam-se de problemas pessoais.

Tabela 2 - Distribuição dos dados de acordo com as queixas que levaram o colaborador a buscar atendimento psicológico

Queixas apresentadas	Primeira etapa n(%) n=75	Segunda etapa n(%) n=90	Total n(%) n=165
Conflitos familiares/amorosos	18(24,0)	25 (27,8)	43(26,1)
Sintomas depressivos	12(16,0)	16 (17,8)	28(17,0)
Ansiedade	11(14,7)	33 (36,7)	44(26,7)
Dificuldades no trabalho	10(13,3)	12(13,3)	22(13,3)
Esgotamento e estresse	9(12,0)	0(0)	9(5,5)
Sintomas fóbicos	5(6,7)	0(0)	5(3)
Problemas financeiros	5(6,7)	0(0)	0(0)
Somatizações	5(6,7)	0(0)	0(0)
Doença orgânica	0(0)	1(1,1)	1(0,6)
Alteração de consciência	0(0)	3(3,3)	3(1,8)

A hipótese diagnóstica mais frequente foi ansiedade (40,6%), seguida por depressão (40,0% do total da amostra), conforme os dados apresentados na tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos dados de acordo com a hipótese diagnóstica

Hipótese diagnóstica	Primeira etapa n(%) n=75	Segunda etapa n(%) n=90	Total n(%) n=165
Depressão	35(46,7)	31(34,4)	66(40,0)
Ansiedade	28(37,3)	39(43,4)	67(40,6)
Estresse	12(16,0)	17(18,9)	29(17,6)
Sintomas psicóticos	0(0)	3(3,3)	3(1,8)

IV. DISCUSSÃO

Diversos programas voltados para a questão da humanização dos serviços de saúde vêm sendo desenvolvidos ao longo do tempo no Brasil. A Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003, propõe um modelo de atenção à saúde baseado no conceito de saúde de forma ampla visando à valorização de todos os sujeitos

participantes no processo de produção da saúde, ou seja, usuários, trabalhadores e gestores (Brasil, 2010).

De acordo com Sato e Bernardo (2005), a saúde mental no trabalho, como campo de investigação e de práticas, tem acolhido diferentes correntes teórico-metodológicas, o que implica abordar a questão de diversas maneiras, desde a teoria do estresse até as que orientam suas leituras pela psicanálise.

Embora ainda polêmico, atualmente o termo estresse tem sido utilizado para explicar o surgimento de doenças laborais e índices de absenteísmo em instituições, inclusive de saúde, tomando o ambiente como responsável por seu surgimento ou exacerbação (Shader et al., 2001).

A partir do modelo de reação aos estímulos estressores proposto por Seyle (1936) – alerta, resistência e exaustão – ainda tem sido desenvolvida extensa produção científica voltada à identificação dos fatores de risco e à implementação de medidas preventivas do estresse crônico.

Modelos mais recentes trouxeram algum avanço à medida que passaram a considerar a interação entre os ambientes interno (aspectos subjetivos do funcionário) e externo (meio de trabalho), como responsáveis pelo surgimento do estresse. O paradigma da síndrome de Bounout, por exemplo, toma em consideração a influência dos fatores interpessoais a partir das demandas emocionais dos indivíduos no ambiente de trabalho (Happell, Pinikahana & Roper, 2003).

No entanto, embora se tenha obtido avanços no entendimento deste fenômeno, a maioria, sistematicamente, são trabalhos voltados a fatores do ambiente, externos ao indivíduo. Poucos trabalhos analisam características

individuais, fatores de personalidade ou mesmo a influência de variáveis da vida pessoal do trabalhador, independente de suas relações institucionais (Batista & Bianchi, 2006).

Especificamente em relação ao estresse do trabalhador, os estudos se resumem na identificação de grupos de risco e de variáveis institucionais geradoras de estresse, via de regra voltados ao grupo de funcionários da Enfermagem, considerados os mais intensamente afetados (Butterworth et al., 1999; Brown & Edelman, 2000; McVicar, 2003).

No Brasil, Batista e Bianchi (2006) aplicaram um questionário em 73 enfermeiros de uma unidade de emergência na cidade de São Paulo e identificaram variáveis institucionais que contribuem para os níveis de estresse, alertando para a necessidade de implementar melhores condições de trabalho neste ambiente.

Elias e Navarro (2006) também realizaram um estudo aplicando entrevistas semiestruturadas em dez mulheres, profissionais de Enfermagem, e identificaram variáveis que influem no surgimento do estresse e adoecimento dos profissionais. Entre elas, salientaram sobrecarga de trabalho, pressão das chefias, dos colegas e dos próprios pacientes, insatisfação e falta de reconhecimento pelo seu trabalho.

Observou-se que a maioria dos estudos tenta fazer o que aqui se denominou *localização causal do problema*, e a questão fica formulada da seguinte forma: o sofrimento psíquico decorre de fatores internos (subjetivos), de fatores externos a ele e ao trabalho, ou de fatores inerentes ao meio de trabalho?

Entende-se que, quando se privilegia os fatores do meio, a tendência é isentar o trabalhador de sua história e subjetividade, enxergando-o como produto adoecido pelo meio. E vice-versa: quando se privilegia levar em consideração a

história subjetiva de cada trabalhador, a tendência é minimizar a importância dos fatores do meio, isentando-o de estímulos insalubres.

Essa questão, embora bastante discutida, nos parece não minimizar significativamente o sofrimento dos trabalhadores, até porque é bem provável que esta preocupação etiológica termine por distanciar os pesquisadores da problemática da interação entre um sujeito e o meio no qual ele se insere para trabalhar.

Vários estudos têm demonstrado que as condições psicossociais dos trabalhadores estão intimamente relacionadas ao tipo de relação que ele estabelece com o trabalho, e vice-versa. Nos Estados Unidos, desde a década de 1920, documentam-se atividades englobadas sob o título de Saúde Mental Ocupacional (Shartle, 1950), que, como prática, privilegiam a oferta de assistência psicoterápica aos trabalhadores, sendo o trabalho, suas condições e sua organização tomados como pano de fundo dos problemas que demandavam assistência. No entanto, este estudo constatou que a história de vida do sujeito, assim como as particularidades de sua vida pessoal, se traduzem na mais intensa queixa de sofrimento psíquico estando, poucas vezes, a relação sofrimento psíquico e trabalho associadas.

Como referido anteriormente, por meio do programa de assistência psicológica aos funcionários implantado pela Divisão de Psicologia do ICHC, propusemo-nos a investigar a demanda que sustenta o pedido voluntário de inscrição dos funcionários num programa desta natureza e concluímos que a busca espontânea por assistência psicológica foi motivada, na maior parte dos casos, mais por demandas relacionais de cunho pessoal relacionando a queixa diretamente a problemas familiares e/ou amorosos.

Deste modo, tendo identificado a existência de motivações internas distintas das variáveis situacionais da instituição, desde as entrevistas preliminares temos trabalhado no sentido de intervir proporcionando aos pacientes recursos no sentido de facilitarem o enfrentamento de seu mal-estar, questionando a atitude fantasiosa de dirigir seu problema e suas expectativas de ordem pessoal em busca de soluções externas ao problema, muitas vezes na esperança de que as soluções sejam oferecidas apenas por mudanças institucionais.

Tal empreitada não indica a não consideração dos fatores ambientais externos, tal qual o ambiente insalubre do hospital de atenção terciária como comentamos, bem como a sociedade e seus problemas conjunturais e estruturais, variáveis importantes também. Mas aponta para a possibilidade do sujeito em responder de inúmeras formas a todas estas variáveis a partir de suas condições particulares, podendo, inclusive, à medida em que se diferencia do meio, transformá-lo.

Por fim, a partir da apresentação do programa de assistência psicológica aos trabalhadores de saúde e da exposição e discussão dos resultados obtidos acerca da questão investigada, conclui-se que os colaboradores inscritos voluntariamente no programa demandavam atendimento especificamente em razão das relações pessoais e não em função dos fatores ambientais, tal qual poderia supor-se.

Assim, desde que os indicados estejam em processo terapêutico, é possível que estes sujeitos passem a ter condições psíquicas de propor soluções para as próprias queixas, soluções que consideram tanto sua própria responsabilidade quanto a da instituição. Em suma, intervir no que concerne à responsabilidade do sujeito por seu sintoma é reapoderá-lo da condição de escolha: escolha essa que pode ser criativa e, portanto, menos sofrida.

Cuidar de quem Cuida tem sido a possibilidade de tratar das condições internas que determinam o modo como o profissional enfrenta os infortúnios do trabalho na instituição de saúde, trabalho este que depende profundamente da condição de saúde mental do trabalhador.

V. REFERÊNCIAS

Batista, K.M., Bianchi, E.R.F. (2006). Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 14 (4), 534-539.

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cadernos Humaniza SUS*.

São Paulo. Governo do Estado de São Paulo. (2012). Secretaria da Saúde. *Política Estadual de Humanização*. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/institucional/humanizacao-e-a-politica-estadual-de-humanizacao>

Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Portaria Nº 1.823*, de 23 de Agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

Brown, H., Edelman, R. (2000). Project 2000: a study of expected and experienced stressors and support reported by students and qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 857-864.

Butterworth, T., Carson, J., Jeacock, J., White, E. & Clements, A. (1999). Stress, coping, burnout and job satisfaction in british nurses: findings from the clinical supervision evaluation project. *Stress Medicine*, 15 (1), 27-33.

Cotta, R.M.M., Reis, R.S., Campos, A.A.O., Gomes, A.P., Antonio, V.E., Siqueira-Batista, R. (2013). Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? *Ciênc. saúde coletiva*, 18(1): 171-179.

Divisão de Psicologia do Instituto Central do HCFMUSP. (2005). Programa de Assistência Psicológica para os Colaboradores do Instituto Central HCFMUSP: *Cuidando de quem cuida*. São Paulo.

Elias, M.A. & Navarro, V.L. (2006). A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 14(4), 517-525.

Happell, B., Pinikahana, J., Roper, C. (2003). Changing attitudes: the role of a consumer academic in the education of postgraduate psychiatric nursing students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17, 67–76.

McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 633–642.

Pitta, A. (1994). *Hospital, dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.

Sato, L. & Bernardo, M.H. (2005). Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciênc. saúde coletiva*, 10(4), 869-878.

Seyle, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 196, 32.

Shader, K., Broome, M.E, Broome, C.D., West, M.E., Nash, M. (2001). Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in academic medical center. *Journal of Nursing Administration*, 31, 210–216.

Shartle, C.L. (1950). Industrial psychology. *Annual Review of Psychology*, 1:151-172.

CONTATO

E-mail: mliviatm@uol.com.br