

A PREVENÇÃO DO ADOECIMENTO PSÍQUICO DO TRABALHO*

Duílio Antero de Camargo**

É uma satisfação imensa estar no TST, com as autoridades a quem nos reportamos às vezes como perito, lá na pontinha da nossa cidade e dentro do nosso Estado, sem saber aonde o processo sobe. E às vezes sobe ao TST. Hoje estamos neste local.

Como o Dr. Paulo, vou fazer uma breve apresentação da questão prática do que estou trazendo ou dessa interface que tenho de ter sido assim, durante esses trinta e poucos anos, 60% psiquiatra e 40% médico do trabalho. Isso era um grande problema há uns 10 anos, porque muitas empresas contratavam um médico do trabalho e, depois de algumas semanas, falavam: “deve haver algum problema mental nessa empresa ou deve haver algum louco, porque contrataram um psiquiatra como médico do trabalho nessa empresa”. Falando nisso, trata-se de algo com que ainda lidamos, esse processo de discriminação.

O que vou falar hoje sobre prevenção está muito ligado a essa questão da discriminação e do nosso trabalho conjunto, de todos os profissionais, dessa equipe multidisciplinar e transdisciplinar que hoje tenta falar na mesma língua, para caminhar a um objetivo em comum, que é o mínimo de respeito à pessoa humana.

Vou passar, então, aos principais pontos que eu gostaria de abordar, começando com os principais transtornos mentais mais incapacitantes ao trabalho. Depois vamos falar um pouco tentando caracterizar esse espaço, essa área, a dimensão em que atualmente nos enquadramos, que é a área da saúde mental no trabalho. Essa é uma visão muito peculiar na medicina do trabalho ou uma denominação da medicina do trabalho. Dentro da área da parte médica da psiquiatria temos essa denominação “Psiquiatria do Trabalho”. São só divisões de campo, mas o objetivo é o mesmo.

Falaremos um pouquinho de prevenção e saúde mental em geral e de um dos programas de prevenção e saúde mental no trabalho. Eu gostaria de

* Este texto constitui uma degravação de exposição oral.

** *Coordenador e professor do Setor de Saúde Mental e Psiquiatria do Trabalho do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.*

II Seminário Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho

trazer algumas experiências que temos hoje em termos bem práticos em relação a esses problemas de prevenção. Essa tabela que tenho montada mostra a totalidade das enfermidades causadoras de incapacidade que percebemos no Brasil. São auxílios-doença previdenciários, mas podemos também citar os auxílios-acidente. Eles têm um pouco da mesma característica. Na parte de cima, vemos escrito “enfermidades”, desde 2007, esse marco histórico de 2007, após o Nexó Técnico e Epidemiológico Previdenciário. Começamos a observar uma grande incidência de doenças que já existiam, mas que ficaram mais claras após o advento do NTEP.

Vamos ver, nessas três primeiras linhas, as principais doenças que causam incapacidade para o trabalho no Brasil. Elas vão se intercalando. Em 2007, uma. Em 2009, 2010. Agora essa tabela chega muito próxima a 2012. Vamos falar das doenças do sistema ósseo-muscular às quais o Dr. Paulo se referiu e que são a especialidade do Dr. Hudson, justamente as questões da LER/DORT. Em segundo lugar, já aparecem as lesões, como os traumatismos de pescoço e membros. Isso vai se intercalando em primeiro e em segundo lugar ainda hoje. Em terceiro lugar, temos os transtornos mentais, nas quatro linhas de baixo.

Em primeiro lugar, como causas de afastamento do trabalho, não só no Brasil, mas no mundo todo, estão os transtornos chamados de humor. Em psiquiatria, os transtornos de humor são principalmente o episódio depressivo, que é o primeiro momento em que uma pessoa é diagnosticada clinicamente como tendo uma depressão. Em um segundo momento, por algum motivo, recuperando-se disso, com tratamento ou, às vezes, sem tratamento, ela tem um novo episódio depressivo, que tem o nome de transtorno depressivo recorrente. Essa é uma das principais causas de afastamento, dentre os transtornos mentais.

Em segundo lugar, vamos ver o que é mais prevalente na população mundial, que é a questão da ansiedade e os transtornos ansiosos. A denominação do CID-10 é relativa aos transtornos neuróticos, principalmente o transtorno do pânico. Temos também o transtorno do *stress* pós-traumático, que decorre de situações em que o indivíduo corre risco de morte e, a partir daquele momento, existe um *flashback*, uma revivência constante daquela cena em que ele foi exposto a uma agressão física violenta, a um risco de morte, e isso vai aniquilando sua vida total, porque vive em função daquilo, e sem tratamento isso tende a se agravar.

Há também os transtornos mentais devidos a substâncias psicoativas. Infelizmente, na divisão das substâncias psicoativas, temos o álcool, a cocaína e outras substâncias que também causam dependência. Em 2007, o que víamos era o álcool em primeiro lugar nesses tipos de transtornos. Depois vinha

II Seminário Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho

a cocaína e, em seguida, a associação do álcool com a cocaína. Infelizmente, nesses últimos anos, já vemos, em primeiro lugar, a associação álcool e cocaína. Então vem o álcool e depois a cocaína.

Esse é um diagnóstico clínico que o psiquiatra geralmente faz, identificando qual é a maior incidência da patologia, se são várias drogas, se é uma droga só ou se, no caso, por exemplo, é essa terceira droga, que poderia ser o álcool ou a cocaína. O grande problema são as associações de drogas.

Evidentemente não dá tempo de falar, mas isso vai limitar o tempo de vida ocupacional desse indivíduo. Se ele apenas bebesse o álcool, a partir dos 20 anos, depois de 10 ou 12 anos começaria a ter alterações no rendimento ocupacional, além dos problemas sociais. Mas quando entra com a cocaína, esse cérebro é detonado muito mais rápido e a incapacidade para o trabalho e para a vida social é muito maior.

Continuando, então, por final, há a clássica doença da esquizofrenia, também com outros transtornos psicóticos. Essas doenças já causam incapacidade definitiva para o trabalho, e não a incapacidade temporária, que é o nosso grande problema. O fato de o trabalhador ficar afastado algum tempo é o principal problema do médico do trabalho. Esse é o objetivo de que estamos falando na área de saúde mental. Trago alguma teoria e mais prática, para falarmos em comum, na medicina do trabalho e também no caso da área médica da psiquiatria.

Temos a enfermagem do trabalho, constituinte do SESMT, o técnico de segurança do trabalho, que é superimportante para as nossas ações na área de saúde mental e trabalho e principalmente para a prevenção. Também há a área da psicologia e a da fonoaudiologia, importantes em trabalhos em que se utiliza a voz e também em problemas relacionados à questão das perdas auditivas. O serviço social é muito importante. Dentro dessa equipe, não pode faltar a área da engenharia, porque faz parte do próprio PPRA, que vamos ver em seguida. E se não conhecermos, por exemplo, os riscos ambientais, saberemos um pouquinho só dessas empresas.

Os riscos ambientais são um processo de que vamos falar em seguida. E também há os profissionais da área de RH. A saúde mental, em uma definição assim mais teórica, é o estudo da dinâmica, da organização e dos processos do trabalho visando à promoção da saúde mental do trabalhador, por meio de ações diagnósticas, preventivas e terapêuticas. E colocamos muito disso nas atuações das áreas periciais também.

II Seminário Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho

Sempre costumo dizer que o programa de saúde mental no trabalho vai desde o não deixar incendiar até ao incêndio que já aconteceu. Infelizmente, as empresas sempre nos convocam depois que houve um incêndio. E então tentamos verificar quem causou esse incêndio, de quem é a responsabilidade do incêndio.

Continuando, vejamos alguns fundamentos muito rápidos da medicina do trabalho. Para quem não é dessa área, esclareço que a medicina do trabalho fundamenta suas ações por meio das NRs. Há duas NRs importantíssimas na área da saúde mental e trabalho. Uma delas é o PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Um dos seus pontos principais são as ações primárias de saúde, programas preventivos e educativos, e as ações secundárias, os exames ocupacionais, admissionais, periódicos e as mudanças de função. O outro é o PPRA, que é o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais.

No *slide* mostro o conjunto de riscos ambientais, que são os riscos químicos, físicos, biológicos e ergonômicos. Há, também, os riscos de acidentes, que são fundamentais, porque vamos estudar todos esses fatores como riscos psicossociais para o desenvolvimento ou agravamento dos transtornos mentais.

Continuando, temos essa área voltada para a medicina do trabalho. A área mais médica voltada para a área de psicologia e psiquiatria é a área da psiquiatria ocupacional ou do trabalho. Essa área estuda o TMRT, que são os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, nos seus aspectos preventivos, clínicos, diagnósticos, terapêuticos e periciais, estando inserida dentro da área da saúde mental e trabalho, que é o guarda-chuva, ficando agregado a ele todo o leque das demais especialidades.

O avanço mais significativo no tocante basicamente à prevenção, vigilância e saúde mental dos trabalhadores na área se deve à publicação, em maio de 1999, da nova – porque existia uma antiga – lista de doenças profissionais relacionadas ao trabalho. Nessa nova lista entra o capítulo 10, Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho. Outras doenças de outras especialidades também foram colocadas nessa lista, em 1999. E há o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário, agora, a partir de 2007. São os grandes avanços da área, fundamentais para a prevenção.

Não será possível entrar em detalhes, mas vou falar algumas coisas em que existe um destaque muito grande. Os professores Paulo e Hudson já disseram, em outras palavras, que analisamos na área de saúde mental e na área de psiquiatria, como fatores psicossociais de riscos do trabalho – o que já foi dito –, os considerados estressores psicossociais, definidos como todo

aquele aspecto do desenho e gerenciamento do trabalho e do contexto social e organizacional que tem potencial para causar dano físico e psicológico. Nesse caso, mais o dano psicológico ou o dano mental.

Os principais fatores de risco psicossociais da Organização Internacional do Trabalho estão resumidamente na Enciclopédia de Saúde e Segurança do Trabalho, publicada desde 1998 e baixada facilmente pela internet. Dentre esses fatores estão o excesso de atividades – já citado –, a pressão de tempo, o trabalho repetitivo e o conflito de papéis entre subordinados e superiores, quando passa a ser uma coisa altamente maléfica. Então se questionam todas as situações de assédio moral dentro desses conflitos. Há, também, a questão das metas inatingíveis, como colocou o Dr. Paulo. O excesso de competitividade e de metas de desempenho também são fatores de riscos psicossociais.

O grande problema dos riscos psicossociais é justamente a questão do apoio social, da família, de onde o trabalhador e todos nós vamos recarregar a nossa bateria, para, no dia seguinte ou na semana seguinte, voltarmos ao trabalho. A falta desse apoio social por parte da família, de colegas e, principalmente, da empresa é fator de risco que temos de analisar.

Resumidamente, não adianta eu só perguntar, ou só a pessoa chegar ao exame médico e falar: “Olha, estou deprimido. A minha depressão é tão grande que estou pensando em suicídio”. Tenho de entender o entorno dessa pessoa, a história dela, lembrando sempre que um diagnóstico psiquiátrico não é um diagnóstico pontual, mas um diagnóstico biográfico dessa pessoa. É difícil, muito difícil. Fica mais fácil falarmos: “Os transtornos mentais, as doenças mentais, são muito subjetivos”. É claro, se não fizermos um estudo profundo, coisa muito difícil hoje em dia, em um determinado momento é muito difícil conseguirmos fazer esse diagnóstico.

Há grandes problemas também quanto à questão do trabalho: o trabalho em turno, o trabalho noturno, os trabalhadores com riscos químicos, os trabalhadores que se intoxicam – neurointoxicações por chumbo, por mercúrio, que ainda hoje vemos em algumas situações. Tudo isso é considerado os estressores psicossociais do trabalho, está tudo elencado. É um capítulo muito extenso, de 1998, da Enciclopédia da OIT, mas é um capítulo que, quem o ler hoje, tem a impressão de que foi escrito no ano passado, de tão atual. Grandes especialistas escreveram nessa área fazendo toda uma previsão, e com certeza fazem uma previsão de 1998 quase que para 2020. E as coisas condizem diante dessa questão, desse prognóstico, desses problemas atuais, em todo o mundo, não só no Brasil.

II Seminário Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho

Quanto aos transtornos mentais relacionados ao trabalho, trago apenas um resumo, algumas patologias, como os quadros demenciais. Citei agora as neurointoxicações ocupacionais, por exemplo, a intoxicação por mercúrio. Estamos embaixo das lâmpadas de mercúrio. Ainda hoje, infelizmente, alguns trabalhadores ainda se intoxicam. Depois temos a grande polêmica do diagnóstico do alcoolismo relacionado ao trabalho; a depressão, como já falei; o transtorno *stress* pós-traumático.

São quadros em que temos a questão da organicidade; podemos fazer exames, como é o caso da demência, do alcoolismo. Na demência temos tomografias, ressonâncias, eletroencefalogramas, chegando a coisas muito subjetivas, como, por exemplo, a Síndrome de Burnout, a síndrome do esgotamento profissional, uma coisa extremamente subjetiva. Nesse caso, é só mesmo com muito esforço, em termos de conhecer essa pessoa, a biografia, seu ambiente de trabalho, que vamos poder chegar a um diagnóstico preciso, lembrando que Burnout não é doença, mas envolve fatores de riscos que expõem essas pessoas à doença. É um passo para se chegar à doença e à depressão, principalmente, que acompanha essa síndrome.

E há o nexa técnico-epidemiológico, no qual não vou entrar em detalhes, porque acredito que todos tenham esse conhecimento: a transferência, principalmente do ônus da prova, para o empregador provar que não causou a doença, e as formas de pagamento por meio do FAT e tal. Todas aquelas coisas relacionadas a essa questão do nexa técnico.

Coloquei alguns *slides* para falarmos da prevenção e saúde mental global, não só do trabalho. Isso é fundamental, porque as ações não podem ser só pontuais, no trabalho. Têm de ser realizadas na sociedade geral. Não dá para fazer só articulando os médicos ou os profissionais da parte social, tudo tem de ser realmente articulado, para que possa ser um programa geral.

Então, a prevenção primária em saúde mental objetiva eliminar os fatores de risco ou causais antes que se desenvolva a doença. Ela deve ser estabelecida por meio de uma abordagem educativa e reguladora. Os exemplos gerais são essas campanhas de saúde pública, esclarecimentos sobre transtornos mentais e alguns cuidados que temos nas doenças psiquiátricas ou mentais gerais, como dar atenção especial a grupos de alto risco, por exemplo, usuários de drogas, pessoas com probabilidade a situações psicóticas.

A prevenção secundária deve ser realizada por meio da detecção precoce dos transtornos mentais e da realização de diagnósticos diferenciais dos pacien-

tes. As abordagens preventivas devem ser conduzidas no âmbito das unidades básicas de saúde e ambulatório.

Estamos falando do geral, do Brasil todo. Nas cidades maiores existem ambulatórios de saúde mental, mas, evidentemente, pela demanda, é sempre um ambulatório de doença mental e não ambulatório de saúde mental para fazer prevenção. Esse é o grande problema. Prevenção, detecção e tratamento precoce, por exemplo, dos transtornos psicóticos considerados mais graves em termos de população.

Na prevenção terciária, o objetivo é evitar ou reduzir a progressão das doenças, suas complicações, incapacidades e sequelas e promover a adaptação do paciente. Lembro que, em muitos quadros esquizofrênicos de pessoas afastadas do trabalho, com a reabilitação e a readaptação é possível colocá-las em alguns ambientes de trabalho supervisionados. Isso é importante, porque há doentes mentais totalmente segregados, e, às vezes, eles têm grande capacidade intelectual. O grande problema dessas pessoas é a incidência de algum tipo de delírio, de alucinação, mas, hoje em dia, é possível controlar isso com medicamento. Mas o quadro persiste, o estigma persiste. E temos muita dificuldade de fazer com que haja esse retorno ao trabalho. Promover adaptação de pacientes assim é importante. É preciso prevenir recorrências de doenças, e isso é realizado, de uma maneira geral, em centros, hospitais psiquiátricos, centros de reabilitação, residências temporárias, etc.

Vou falar de programas de prevenção de saúde mental. Como o objetivo é falar a uma plateia transdisciplinar, vou mostrar algumas sequências do que temos feito. É claro que cada setor, cada área, tem formas diferentes de fazer esse tipo de trabalho de prevenção.

Aspectos gerais do programa de prevenção e saúde mental. Primeiro, é a fase de implantação, que seria a avaliação, o estudo prévio das áreas que necessitam da intervenção, reuniões gerenciais para apresentação do projeto. Outra etapa seria fazermos o diagnóstico. A empresa normalmente, nos contratos, diz: “Naquele setor há muito atestado de depressão”. Então, parece que é o setor que está com depressão. Às vezes, vamos verificar e constatamos que é a organização do trabalho que está levando àquela situação – problemas com chefia, essa coisa toda. O diagnóstico não pode ser só da pessoa, tem de ser do setor, da organização, da empresa. Há o diagnóstico, entrevistas individuais ou em grupos, aplicações de instrumentos de avaliações, inventários, questionários. Isso em determinados setores.

II Seminário Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho

E há a fase de intervenção, na qual vamos colocar todos esses aspectos primários, secundários e terciários: a detecção dos casos que necessitam de atendimento, ações visando evitar o agravamento do problema, encaminhamentos para tratamentos, se necessários, campanhas educativas e informativas, que acredito ser uma das coisas mais importantes, e os programas de capacitação da equipe transdisciplinar, que mostrei, referentes à saúde mental, para que todos tenham um mesmo olhar, dentro de sua especialidade, dentro de suas características profissionais, a fim de trazer, então, uma forma de atuar melhor na prevenção desses transtornos.

Na fase de avaliação, o objetivo é identificar os principais problemas existentes, os aspectos que precisam ser modificados. Essa fase envolve a coleta de indicadores do problema, a análise de fatores e os grupos de risco. As ações preparatórias. Primeiro, começar de cima para baixo. O que vemos e o que mostra a experiência de muitos anos é que sempre se começa de baixo para cima. É um programa que começa, às vezes, com o trabalhador, com o gerente, e morre, porque à direção, como foi falado pelo Dr. Hudson e pelo Dr. Paulo, não interessa fazer isso.

Mas a mentalidade está mudando. Hoje há o Nexa Técnico Epidemiológico. As empresas procuram uma consultoria, principalmente por causa dos problemas de depressão, para ver o que pode ser feito, porque depois, na ponta do lápis, o que se vai gastar em termos de FAP é um valor altíssimo. Então, a alta direção aparentemente está começando a se comprometer mais, diretores e gerentes.

E temos de levar em consideração a participação de todos os trabalhadores do SESMT, os cipeiros, principalmente – trabalhadores da própria empresa e do sindicato –, porque estamos tentando sempre caminhar para o objetivo comum, que é a área de saúde e segurança do trabalho, no caso dos transtornos mentais.

Estudo prévio das áreas que necessitam da intervenção. Reuniões com a participação de representantes da diretoria, gerência, para apresentação do projeto. Estratégia de implantação, que não adianta ser uma estratégia só técnica. É preciso todo o aval da filosofia da própria empresa em relação a essa implantação.

E volto àquela tabela inicial. Estes são os grandes problemas que encontramos nas empresas pelas quais somos chamados, por exemplo, LER/DORT e doenças ocupacionais. Muitas empresas já percebem que o que começa primeiro é todo um estado de tensão emocional, de muita pressão que se faz. O trabalhador desenvolve quadros de ansiedade, quadros depressivos. E, a partir

daí, seis meses, sete meses, começa a lesão física, mas já existia, por trás, “a lesão” emocional, o problema emocional que acarretou isso. Então, hoje em dia, cada vez mais, vemos essa questão do começo. Falamos sempre do CID que começa: se o CID F, que é o da doença mental, ou o CID M, que é o da LER/DORT. Não sabemos. E a discussão é quem começa primeiro, se o CID F, o CID M, ou, às vezes, um F/M, porque não é possível separar.

Há também os transtornos depressivos em si, que têm alta prevalência, os transtornos ansiosos, alcoolismos, outras drogas, assédio moral, Síndrome de Burnout, que, atualmente, são os pontos mais emblemáticos, mais problemáticos e que mais são visíveis dentro da empresa, que tenta buscar uma orientação para combater essa situação. Na fase de diagnóstico, fazemos entrevistas individuais ou em grupo sobre a área problema. Há a aplicação de instrumentos de avaliação para transtornos mentais, para o *stress*. Esses instrumentos são preenchidos, geralmente, de forma voluntária e anônima dentro da empresa. Vou mostrar rapidamente alguns. Por exemplo, os testes psicológicos, como o MPI e o TAT. Não vou falar de cada um. Não há necessidade. É mais para mostrar que as coisas não são tão subjetivas assim. Temos muitos instrumentos para fazer a “medição” desse sofrimento psíquico.

Há outros instrumentos de avaliação coletiva, que são questionários, inventários, que mostram a percepção subjetiva dos trabalhadores, pontos e situações a serem melhorados, conflitos pessoais. Esses questionários e inventários são questões abertas ou fechadas.

Nesse outro *slide* há uma série de escalas e avaliações. Não vou entrar em detalhes. Eu trouxe só para mostrar o número de recursos. Há essas escalas para a avaliação da depressão, da ansiedade, do alcoolismo, do *stress* ocupacional, que é diferente do *stress* comum, da qualidade de vida, há questionários de morbidade, protocolos de investigação donexo causal, que é fundamental hoje, até para a questão do NTEP; e há outros tipos de diagnósticos também. Então temos um instrumental, um arsenal, não só perguntaremos se a pessoa tem ou não um problema, mas poderemos associar toda a história clínica a esses instrumentos de avaliação, tanto individual quanto coletiva. Fazemos um diagnóstico para o programa de prevenção. Fazemos um diagnóstico geral da situação da empresa, pontual, tanto de determinadas áreas de conflito dentro da empresa quanto da própria empresa em si.

Nas fases de intervenção, há a detecção dos casos que necessitam de avaliação ou tratamento, casos que já desenvolveram a doença. O acompanhamento, às vezes, é pela psicoterapia, pelo uso de medicamentos da área da psiquiatria, que são medicamentos psicofarmacológicos. Também, nessa fase de intervenção, há o apoio nas questões psicossociais fundamentais, os problemas

II Seminário Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho

familiares e sociais desse indivíduo, e há ações visando evitar o agravamento dos problemas emocionais. Também temos campanhas educativas e informativas, capacitação de equipes e treinamento de chefias. A capacitação é justamente para atuar de uma forma global nesses tipos de transtornos.

Essa detecção dos casos que necessitam de avaliação, tratamento psicoterápico e psicológico é feita dentro dessa parte do programa. Também há o apoio nas questões psicossociais, é praticamente uma repetição do outro, e a atuação de muitas empresas nesse programa de qualidade de vida. Temos ações visando inibir o agravamento do problema emocional e reduzir o índice de absenteísmo e de uma palavra que escutei muito pouco aqui – hoje em dia, objeto de estudo e preocupação: a questão do presenteísmo dentro das empresas. O presenteísmo já é a fumacinha sinalizando que há um incêndio, que provavelmente vem logo em seguida.

O presenteísmo, em termos médicos, significa a pessoa estar trabalhando, porém com alguma doença, alguma coisa muito leve. Pesquisas feitas até mundialmente apontam os quadros de dor no corpo e os problemas emocionais. Dentro dos problemas emocionais, a ansiedade e a depressão aparecem muito nesses casos de presenteísmo, sob o aspecto médico. Há o presenteísta que será demitido da empresa e que vai deixando de fazer as coisas, etc. Mas o termo da parte médica é superimportante.

Temos que chegar à empresa, avaliar tudo quanto é atestado, situações das pessoas dentro da enfermaria, enfim, estudar esse perfil de adoecimento daquela empresa em relação à questão que está sendo desenvolvida.

Também fornecemos, o que é importante, o apoio ao trabalhador enfermo, mantendo contato com profissionais externos, fazendo esta interligação, por exemplo, com médicos assistentes, e o apoio no retorno ao trabalho desses trabalhadores. Servimos de apoio a essas pessoas que já passaram pela reabilitação – estou usando o termo reabilitação como se fosse o tratamento – e elas têm de ser readaptadas ao trabalho.

Esse treinamento da equipe dentro da empresa é para que ela possa também fazer o trabalho de reabilitação, e não apenas chegar, colocar o funcionário no setor e deixar que o chefe se vire com ele. Essa equipe faz então toda uma ligação de acompanhamento, tanto do enfermo, do trabalhador que está retornando, quanto da chefia, para uma melhor adaptação ao trabalho.

Não vou conseguir falar desse exemplo, mas fazemos isso em um grande hospital em São Paulo, onde temos essa equipe, treinada há três ou quatro anos, conseguindo um bom índice de readaptação, fazendo toda uma supervisão do retorno ao trabalho e treinando também as chefias para receber o funcionário.

II Seminário Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho

Passemos agora às campanhas educativas que visam elucidar os trabalhadores a respeito da importância do esclarecimento sobre os transtornos mentais, combatendo o estigma – isso é superimportante – e a discriminação das doenças mentais, com informações educativas. Temos campanhas, por exemplo, da Associação Brasileira de Psiquiatria com o *slogan*: “A Psicofobia é um crime”, tentando tirar este estigma. E também temos, na Organização Mundial de Saúde, campanhas como a chamada “Cuidar sim, excluir não”, ressaltando a importância de termos um olhar mais preventivo sobre a saúde mental.

Terminando os programas de capacitação dos profissionais, temos esses programas em que atuamos com uma equipe transdisciplinar, abordando médicos, psicólogos, fonoaudiólogos e engenheiros, para a apresentação de programas em duas abordagens: dos transtornos mentais e dessas questões psicossociais relacionadas ao trabalho. Esse programa de capacitação visa abordar sucintamente os aspectos conceituais, diagnósticos e epidemiológicos preventivos, incluindo reabilitação e readaptação, também donexo causal e do nexotécnico epidemiológico, incapacidade laboral, questões previdenciárias e jurídicas dos transtornos mentais. Isso é feito em um pacote dentro das empresas, e uma coisa superimportante é também fazer o treinamento das questões psicossociais relacionadas ao gerenciamento de situações de risco para a saúde mental do trabalhador em todos os aspectos, inclusive lidar com as questões das atividades externas, problemas familiares e situações conflituosas. Foi um programa desenvolvido em 2012, em uma grande empresa brasileira, com o treinamento de equipes em várias capitais do Brasil. A diretoria tinha esse nível de participação, então, evidentemente, é outro olhar sobre o problema dos transtornos mentais.

Falarei bem rapidamente sobre boas práticas e fatores de sucesso nas iniciativas de prevenção da Agência Europeia para a Segurança e Saúde do Trabalhador. Uma coisa importantíssima é o planejamento. Eu queria só mostrar a participação dos órgãos públicos nesses problemas, a combinação de medidas dirigidas ao trabalho, ao trabalhador, priorizando intervenções coletivas e organizacionais. Há soluções desses programas de acordo com o contexto, usando o saber do trabalhador, especialistas fora da organização, intervenções baseadas em evidências e o envolvimento de todos os atores, garantindo o suporte e o comprometimento da gerência superior com a participação dos trabalhadores em todos os níveis hierárquicos. Então há uma participação geral. Não é possível fazer o programa com duas ou três pessoas, tem que estar dentro de um contexto das empresas. Essa é uma orientação da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho.