

Richardson Warley Siqueira Luzia

RELATÓRIO TÉCNICO DA PESQUISA
ABSENTEÍSMO POR MOTIVO DE DOENÇA: Estudo de Caso de Unidades de
Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica do Estado de Minas Gerais

Relatório técnico-científico apresentado à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e ao Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Tecnologias Gerenciais de Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Adriane Vieira

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Márcia Mascarenhas Alemão

Belo Horizonte

2020

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste relatório é apresentar um diagnóstico dos os motivos de absenteísmo de uma unidade de terapia intensiva adulta e pediátrica de um hospital público estadual de urgência e emergência, no período entre de 2014 a 2018, atendendo a uma demanda local e apontando ações para a mitigação do problema.

Bolela e Carvalho (2006) caracterizam as unidades de terapias intensivas (UTI) como locais de oferta de cuidados especializados a paciente internados para observação ou em estado crítico, com necessidades de assistência de controle rigoroso dos parâmetros vitais, de forma contínua e permanente. Este é um ambiente permeado por tecnologias de ponta e que requer das equipes agilidade nas emergências iminentes. Apesar da estrutura tecnológica avançada e da qualificação da equipe multiprofissional, convive-se com alto índice de mortalidade. Tal fato, aumenta o medo entre familiares e pacientes pela permanência na UTI, uma vez que relacionam a unidade com a morte ou pouca chance de recuperação, resultando em sobrecarga emocional das equipes multiprofissionais (BACKES; ERDMANN; BUSCHER, 2015; LEMOS; ROSSI, 2002).

O desenvolvimento das atividades laborativas da equipe multiprofissional dentro da UTI, requer mais atenção quanto à organização das rotinas e a comunicação entre os membros da equipe, porque o tratamento de pacientes críticos exige grande complexidade de todos que trabalham nesse setor. Portanto, todos esses profissionais lidam com o sofrimento no âmbito hospitalar, e que podem levar a quadros de somatização devido a esse ambiente estressor, sendo que alguns profissionais chegam a desencadear processos que envolvem o afastamento, quadro de transtornos mentais, ansiedade e depressão, aumentando o absenteísmo (LUCCHESI; MACEDO; MARCO. 2008).

O absenteísmo se caracteriza entre a frequência e/ou ausência do tempo de trabalho perdido. Isso acontece quando o trabalhador não comparece ao serviço, sendo o motivo de falta, atraso e/ou por doença mediante a licença médica (FURLAN; STANCATO 2013).

Inoue et al. (2008) e Furlan e Stancato (2013) indicam cinco tipos de absenteísmo que podem levar a ausência ao trabalho: por motivo de doença; por acidente de trabalho e/ou doença do trabalho; absenteísmo legal (nojo, gala, doação de sangue e de serviços militares); o absenteísmo compulsório (atribuído pelo patrão, por prisão e/ou outro impedimento de não comparecer ao trabalho); e o absenteísmo voluntário (motivado pelo trabalhador de ordem particular não justificada). Nesta pesquisa, explora-se o absenteísmo motivado pela doença, buscando o entendimento do fenômeno no cenário a ser estudado.

Vasconcelos et al. (2017) afirmam que o custo dessa ausência dos trabalhadores no ambiente de trabalho é considerado onerosa nas organizações, no sentido de capacitar, substituir e gerar horas extras, para compensar o trabalho não realizado pelo trabalhador ausente. Contudo, essa situação gera também um custo indireto que é a sobrecarga dos profissionais do setor e a redução da qualidade prestada da produtividade na organização.

Na pesquisa realizada por Machado et al. (2011) em uma unidade de terapia intensiva, nota-se que a exposição prolongada a fatores de riscos ocupacionais e de um ambiente de trabalho estressor, facilita que a equipe de enfermagem a desenvolva a síndrome de *Burnout*.

O objetivo deste diagnóstico foi identificar os motivos de absenteísmo de uma unidade de terapia intensiva adulta e pediátrica de um hospital público estadual de urgência e emergência, no período entre de 2014 a 2018, bem como propor ações de melhorias das condições de trabalho e de saúde do trabalhador.

2 METODOLOGIA

O método adotado foi o estudo de caso de um hospital público, referência em urgência e emergência, localizado no estado de Minas Gerais, denominado neste estudo de Hospital Estadual Alfa (HEA), para que sua identidade seja preservada.

A unidade de análise foi o absenteísmo dos profissionais de saúde da UTI, que engloba a UTI adulto e pediátrica. Observou-se que nas unidades de terapia intensiva adulto e pediátrico atuam 366 trabalhadores. As descrições dos cargos e funções estão apresentadas na Figura 1.

Figura 1 – Cargos e funções da unidade de terapia intensiva

CARGO	FUNÇÃO
Profissionais da Enfermagem	Enfermeiro e Técnicos de Enfermagem
Profissionais Médicos	Médico
Profissionais de Nível Superior da Área da Saúde	Fisioterapeuta, Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista
Profissionais de Nível Técnico e Médio na Saúde	Técnico de Farmácia e Auxiliar Administrativo
Profissionais de Nível Fundamental na Saúde	Circulante de Enfermagem

Adaptado pelo pesquisador através da fonte: Sistema de Apuração de Ponto – (SAPT) e Sistema Integrado de Administração de Pessoal - (SISAP)

Existem cinco cargos que englobam 13 funções, sendo nove de nível superior, dois de nível técnico (enfermagem e farmácia), um de nível médio (auxiliar administrativo) e um de nível fundamental (circulante de enfermagem).

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os sujeitos selecionados, analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo do tipo categorial temática.

2 RESULTADOS

As análises do banco de dados revelaram um registro de 16.419 dias de falta ao trabalho por licença médica na UTI adulto e pediátrica, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018. A quantidade média de dias de afastamento por ano é de 3.284, o que corresponde a 274 dias de afastamentos por mês e nove por dia.

Os dados também demonstram a redução de 23,82% no quantitativo de dias de ausência por licença médica no período analisado. Ao apurar quantidade de licenças por categoria profissional, observou-se que a função com maior número foi do técnico de enfermagem, com 11.757 dias, representando 71,59% das ausências no período. O enfermeiro/enfermeiro intensivista é a segunda categoria profissional com maior número de ausências, 1.790 dias, cujo valor percentual é de 11,42%. O técnico de enfermagem e o enfermeiro representam 70% da força de trabalho da UTI adulto e pediátrico, por isso, representa a maior concentração de ausências. A terceira categoria profissional com maior número de ausência foi do fisioterapeuta respiratório, com 1.418 dias, cujo valor percentual é de 8,64%.

Ao relacionar o CID-10 com a categoria profissional, observou-se que as doenças relacionadas ao grupo (F00- F999) são responsáveis por 14,95% das ausências do técnico de enfermagem e, 6,43%, das ausências do enfermeiro. Na categoria dos médicos, a maior prevalência foram as doenças do grupo O00 – O99, gravidez, parto e puerpério, com 3,45% e, do grupo com uma representação de 2,49% - S00 – T98 -, lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.

Ao agrupar os dias de ausências por CID-10 da doença, observou-se, que as doenças relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99) representam 26,25% das ausências no período. O segundo motivo que levou o afastamento do trabalhadores foram as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 – M99), cujo percentual foi de 15,26%.

2.1 Ambiente e condições de trabalho

Em relação ao ambiente e às condições de trabalho, vários condicionantes têm gerado insatisfação, o barulho é um deles, além das demandas variadas e as interrupções do

atendimento em andamento, que podem prejudicar a qualidade do serviço prestado e tiram a concentração aumentando o desgaste físico e emocional.

Outras fragilidades mencionadas foram: falta de comprometimento dos membros das equipes; condições ergonômicas desfavoráveis; questões políticas como o mal uso do dinheiro público, quando o dinheiro que deveria ser destinado ao paciente é utilizado para outro fim; falta de comprometimento profissional; gravidade do paciente; sobrecarga de trabalho comprometendo as relações interpessoais; falta de insumos; qualificação profissional inadequada; e despreparo dos supervisores.

2.2 Cansaço e desânimo

Os participantes relataram que o cansaço está relacionado aos plantões, em função do número de horas de trabalho ininterrupto e, principalmente, os noturnos, porque trabalham sozinhos ou com um quadro bastante reduzido.

A jornada e o plantão dentro da UTI são puxados e desafiadores e o trabalho no período noturno impõe ainda mais sobrecarga e dificuldade de descanso. Outras situações relatadas foram cansaço maior no período final do plantão ou da semana, tendo, ainda, as questões familiares como a criação de filhos que exigem atenção e cuidado.

A instituição não apresenta uma regulamentação que define o cumprimento da carga horária semanal. Por ser pública, a carga horária está de acordo com edital do concurso. O cumprimento da jornada é estabelecido em acordo celebrado entre chefia e servidor, por meio de escala de trabalho ou de plantão, sendo comum a troca entre os trabalhadores com a permissão da chefia imediata. Por isso, é comum o cumprimento das 24 horas interruptas ou mais para as categorias profissionais nesta instituição.

2.3 Prazer e realização

O ambiente familiar, estar com os filhos, marido e aproveitar os momentos com eles é fonte de prazer. Mas, ele, também está relacionado com os resultados do trabalho que, no caso, é a melhora do paciente: chegar grave na UTI e sair conversando e andando, receber alta, contribuir para com a boa evolução e recuperação desse paciente.

Essa sensação de prazer foi relatada por todas as categorias profissionais, como um sentimento de emoção com o trabalho realizado. O prazer está relacionado à identidade profissional e à realização pessoal, quando existe o reconhecimento por parte dos pacientes. Da

mesma forma, as conversas entre os membros da equipe amenizam a carga e dão um estímulo para seguir o plantão. A atividade física, a aula de música e a família completam esse quadro emocional.

2.4 Sono, lazer e atividades físicas

Em relação ao sono, a maioria dos entrevistados relata que tem dificuldades para dormir e/ou não dorme bem. Foi observado nos relatos que o plantão e outras situações fora do hospital contribuem para isso. Quanto ao lazer, foi identificado que os entrevistados não têm muitas oportunidades, a não ser no fim de semana, aproveitando os momentos de folga na escala para ficar com família, filhos e maridos. Alguns profissionais tiveram contato com o uso de medicações para estimular o sono e, outros, nunca fizeram o uso.

Em relação à atividade física, os entrevistados relataram que se esforçam para praticar. Muitos citaram que tem preferência pela caminhada, musculação, natação e pilates. Foram pontuadas as dificuldades de não conseguir fazer atividade física, em função do regime de plantão, dos cuidados com os filhos e o próprio cansaço pós plantão.

2.5 Fatores predisponentes do adoecimento

Observou-se que várias situações que contribuem para o adoecimento, entre elas: sobrecarga de trabalho em função do perfil assistencial do paciente, acúmulo das atividades durante o plantão, mais de um vínculo de trabalho, comunicação entre a equipe multiprofissional, risco biológico e fatores externos como familiares. Todos eles favorecem o adoecimento.

O cenário de trabalho da UTI apresenta dificuldades, principalmente nos quesitos de comunicações efetivas, estrutura física, formas de gestão do trabalho e de pessoas e interação entre membros da equipe.

2.6 Consequências do absentéismo

Os entrevistados mencionaram o fato de se sentirem sobrecarregados e, que isso, seria uma motivação para a ausência. Informam que os profissionais da UTI estão adoecendo e, eles, não aceitam que estão doentes devido a questão financeira, pois a licença médica geraria uma

queda no salário. Relataram que não há absenteísmo entre a equipe delas, mas citam que já vieram trabalhar doentes, para não desfaltar a escala de trabalho.

Neste estudo, observou-se que os CID F00 – F99 e M00 – M99 obtiveram o quantitativo de ausências maior nas categorias profissionais da enfermagem e da fisioterapia.

2.7 Reação da chefia e colegas ao adoecimento

As reações ao absenteísmo são diversas e, às vezes, ambíguas. Nem sempre existe compreensão sobre o fato do absenteísmo ter sido motivado pelo adoecimento do trabalhador, porque o ritmo de trabalho é intenso que nem mesmo as chefias têm tempo para conversa e analisar cada caso. O trabalhador que adocece, em especial repetidamente, ainda é rotulado como pouco produtivo e desleal com os colegas e, isso, gera sobrecarga para a equipe.

O presenteísmo também foi apontado como um dos problemas vivenciados no ambiente de trabalho. No ano de 2017, o hospital começou a pagar um adicional por dia efetivamente trabalhado. Durante as entrevistas surgiram relatos de que, às vezes, os trabalhadores comparecem ao trabalho mesmo doentes, justamente para não perderem o benefício financeiro, estimulando o presenteísmo.

2.8 Motivação para trabalhar no hospital

Apesar de todas as dificuldades e situações estressantes geradas, todos os entrevistados demonstraram que se identificam com o setor e com o hospital. Afirmaram ter prazer e orgulho de trabalhar neste local e se sentem realizados com o que fazem. Por essa razão, o ambiente da UTI, por ser complexo, possibilita a geração de fontes estressoras no ato de cuidar, comunicar, interagir com família, mas, também, de entrega à profissão, de retorno do trabalho realizado com a cura ou sobrevida do paciente.

Dois participantes relataram que seria importante se houvesse um serviço de acompanhamento psicológico dos trabalhadores para atuarem no início do adoecimento, de forma preventiva, desenvolvendo ações que possam minimizar os agravos à saúde, além de se realizar treinamentos e capacitações para facilitar o entendimento para evitar o adoecimento.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A UTI adulto e pediátrica, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, teve 16.419 dias de falta ao trabalho por licença médica. A média de dias de afastamento por ano foi de 3.284, o que corresponde a 274 dias de afastamentos por mês e nove por dia.

A categoria profissional que mais se afastou foi a do técnico de enfermagem, 11.757 dias, o que representa 71,59% das ausências no período. O enfermeiro/enfermeiro intensivista é a segunda categoria profissional com maior número de ausências, 1.790 dias, correspondendo a 11,42%. O técnico de enfermagem e o enfermeiro representam 70% da força de trabalho da UTI adulto e pediátrica, por isso, representa a maior concentração de ausências. A terceira categoria profissional com maior número de ausência foi do fisioterapeuta respiratório, 1.418 dias, ou seja, 8,64%.

Ao agrupar os dias de ausências por CID-10 da doença, observou-se, que as doenças relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99) representam 26,25% das ausências no período. O segundo motivo que levou o afastamento do trabalhadores são as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 – M99), cujo percentual é de 15,26%.

A análise qualitativa dos dados obtidos por meio das 13 entrevistas realizadas demonstraram que a sobrecarga, o estresse, acúmulo de atividades, o plantão, os relacionamentos entre a equipe, o perfil e a demanda do paciente, podem ocasionar o adoecimento e o afastamento do trabalho.

Considera-se possível e necessário realizar intervenções que busquem melhoria das condições de trabalho e da saúde do trabalhador, principalmente das categorias profissionais da enfermagem e da fisioterapia, devido à quantidade de pessoal e de afastamentos por adoecimento, para garantir uma melhor saúde ocupacional.

Com os resultados que a pesquisa revelou, foi possível elencar recomendações para que a instituição encontre caminhos para o reconhecimento, entendimento e organização das ações para enfrentamento do absenteísmo institucional:

- . Construir políticas em gestão de pessoas;
- . Realizar capacitação dos gestores e das chefias imediatas;
- . Avaliar os processos de trabalho, bem como avaliar a gestão das horas extras e das férias, para não sobrecarregar os profissionais;
- . Melhorar a comunicação efetiva da equipe;
- . Realizar pesquisas de clima organizacional com frequência; e
- . Oferecer acolhimentos preventivos (antes do adoecimento).

A instituição onde foi realizada a pesquisa, passou por uma reforma administrativa de toda a sua estrutura organizacional. Essa mudança importante foi o convite de chefiar o Núcleo de Estatística de Gestão e Força de trabalho (NEGFT). Este setor será responsável por monitorar e gerar informações estratégicas, ações em gestão de pessoas. Sendo assim, foi realizada a publicação da Portaria Presidencial Nº 1.667, de 20 de fevereiro de 2020, que instituiu o Núcleo de Estatística de Gestão da Força de Trabalho, que realizará também entre outras atribuições, o monitoramento do absenteísmo institucional.

Além disso, no ano de 2018, foi criado um indicador para absenteísmo com o eixo estratégico em faltas injustificadas e licenças médicas. Este indicador passou a ser monitorado no primeiro trimestre de 2019. Este pesquisador foi indicado pela Gerência de Saúde e Segurança do Trabalho para ser o representante da área, em função da pesquisa de mestrado que estava sendo desenvolvida na instituição.

O grupo formado para discutir inicialmente o absenteísmo na instituição foi composto pelo: Assessor Estratégico da Diretoria de Gestão de Pessoas (Diretoria de Gestão de Pessoas), Analista Coordenador, do setor de Coordenação de Quadros Carreiras e Competências (CQCC), Analista de Gestão de Pessoas, que pertence ao setor de Coordenação de Quadros Carreiras e Competências, e o Enfermeiro do Trabalho da Gerencia de Saúde e Segurança do Trabalhador (GSST).

A partir da inserção deste pesquisador no grupo, o indicador foi rediscutido e iniciou-se nova trajetória. Primeiramente, foi construído um plano de ação de curto, médio e longo prazos para que a instituição avaliasse quais caminhos seguir para enfrentar o absenteísmo. Este plano foi encaminhado para a Diretoria de Gestão de Pessoas. Das medidas adotadas neste plano de ação, foram consolidadas, até o momento presente, apenas a publicação do boletim estatístico mensal e a publicação institucional de conscientização do absenteísmo na *intranet*. As demais propostas, ainda não foram executadas.

Em 2020, foi definido que este pesquisador seria o responsável pelo indicador institucional. Assim, foi criado um grupo de trabalho, em nível central, composto por: representantes da GSST, representantes do Gerencia de Ensino e Pesquisa, da Gerência de Pessoal e da Diretoria Assistencial. Este grupo favorecerá um diálogo entre as áreas envolvidas no absenteísmo, na tentativa de construir caminhos e ações que favorecerão a instituição e o trabalhador, refletindo em melhor assistência ao paciente.

No primeiro trimestre de 2020, conforme definido no indicador do primeiro trimestre de 2020, a DIGEPE, por intermédio do grupo central formado pelos representantes mencionado, terão que construir critérios para avaliação das boas práticas, para serem repassadas para as

unidades e, assim, inserir caso tenha realizado alguma boa prática. Se for esse o caso e escolhida entre o grupo, será apresentada em seminário em março de 2020.

Dessa maneira, foi repassado via *e-mail* para que as unidades de toda a rede que compõem a instituição, enviassem as boas práticas identificadas na unidade até o dia 12 de março, para que sejam avaliadas pelo grupo de trabalho formado pela administração central e, conforme critério definido por ele, escolhidas cinco boas práticas que serão apresentadas no seminário do absenteísmo no dia 31.03.2020.

Neste seminário houve a devolutiva do grupo central repassando os avanços da instituição frente ao absenteísmo, bem como a apresentação das gerências de ensino e pesquisa e de saúde e segurança do trabalhador. Como resultado foi elaborado um projeto de intervenção, denominado Acompanhar, que será apresentado na sequência.

**DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS – DIGEPE
NÚCLEO DE ESTATÍSTICA E GESTÃO DA FORÇA DE TRABALHO - NEGFT
GERÊNCIA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR - GSST**

“ACOMPANHAR”: Programa de Saúde Mental aos servidores da FHEMIG

Coordenação:

Richardson Warley Siqueira Luzia

Equipes:

Alice Guelber Melo Lopes

Ana Paula Penna de Simone

Jair Alves Pereira Filho

Kelly Cristina Silva Welsch

Lourenço Evangelista Damazo

Nádia Alves Antunes

Mara Alice Figueiredo

Marcos Aurélio Fonsêca

Scheilla Mara Mattar Xavier

**Belo Horizonte
2020**

1. INTRODUÇÃO

A crise humanitária mundial causada pela pandemia do novo Coronavírus tem gerado esforços dos profissionais de diversas áreas, entre elas saúde, educação e segurança pública. No Brasil e no mundo, para proteger a população e evitar a disseminação, além de medidas de combate da doença causada pela contaminação – COVID-19, têm sido adotadas medidas radicais cujo principal objetivo é garantir o distanciamento social, o que em contrapartida tem elevado a carga de estresse e, ainda, provocado sofrimentos e mesmo adoecimentos mentais.

Os profissionais da saúde que exercem suas funções nos ambientes hospitalares já estão sujeitos às várias situações estressoras no seu dia a dia, tais como: exposição a longas jornadas de trabalho, número insuficiente de profissionais na escala devido às faltas e licenças médicas e o baixo reconhecimento profissional (ROSA; CARLOTTO, 2005).

Devido ao alto nível de exigência e responsabilidade, os profissionais da área hospitalar podem ser mais vulneráveis ao adoecimento mental, quando lidam com as várias angústias e sofrimento dos pacientes e seus acompanhantes. Essas situações geradas no ambiente de trabalho propiciam experiências que podem gerar consequências psicológicas e somáticas negativas.

O processo de estresse pode ser caracterizado pelo desgaste gerado por uma exposição prolongada do indivíduo ao fator estressor e está relacionado também com a capacidade desse indivíduo de suportar a fonte geradora. Pessoas mais calmas e passivas são mais resistentes ao estresse, enquanto pessoas mais agitadas e tensas apresentam o estresse de forma mais aparente, proporcionando experiências que podem levar a agravamentos dos riscos em sua saúde (COUTO, 2007).

Além das situações estressoras comuns ao trabalho em saúde, o mundo vivencia, na atualidade, a emergência de uma nova doença, o COVID-19, que culminou por se declarada pandemia pela Organização Mundial de saúde (OMS), ocasionada por um vírus altamente contagioso e com taxa de letalidade relativamente alta em alguns grupos específicos da população, nomeados grupos de risco. Os profissionais de saúde também podem ser considerados um grupo de risco, em especial aqueles que têm atuação de forma direta com os pacientes, na linha de frente da assistência.

Diante do exposto, a Diretoria de Gestão de Pessoas – DIGEPE e a FHEMIG perceberam a necessidade de oferecer suporte na área de saúde mental para os servidores, visando à prevenção de agravos que possam comprometer a saúde do trabalhador nesse cenário desafiador. Poderão ser incluídos no bojo deste projeto os servidores que estejam atuando

diretamente com pacientes da COVID-19, mas também os demais servidores que estejam enfrentando dificuldades para o enfrentamento do fenômeno social gerado pela eclosão da pandemia.

2. OBJETIVO GERAL

Realizar ações imediatas de informação, prevenção do sofrimento e/ou adoecimento e intervenções com foco no cuidado em saúde mental para os servidores da FHEMIG, visando à melhoria das condições de trabalho.

2.1 Objetivos específicos

- Levantar as demandas dos servidores relativas à saúde mental, em decorrência do trabalho, durante o período da pandemia;
- Divulgar orientações e compartilhar informações, para favorecer a prevenção do adoecimento e ajudar na solução de conflitos nas equipes;
- Realizar acolhimento e oferecer intervenções multiprofissionais aos servidores em sofrimento e/ou adoecimento mental durante a pandemia;
- Auxiliar gestores e demais interessados na melhoria das condições de trabalho, para minimizar os efeitos gerados no trabalho e cotidiano dos servidores.

3. JUSTIFICATIVA

Em um contexto inédito da vivência da pandemia e com tantos desafios a serem superados, a FHEMIG se destaca ao reconhecer a necessidade de promover ações e desenvolver intervenções multiprofissionais em saúde mental para os servidores, de modo que o trabalhador encontre na própria instituição um ponto de apoio para expor e superar as suas dificuldades pessoais ante ao enfrentamento da pandemia da COVID-19.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, que será desenvolvido em todas as Unidades da FHEMIG, em quatro frentes de trabalho, a saber:

4.1. Informação e divulgação de orientações: A Assessoria de Comunicação Social (ACS) será a responsável pelo compartilhamento do material de informação, com todas as orientações atualizadas dos órgãos oficiais, a todos os servidores e Unidades da FHEMIG. Serão utilizadas todas as ferramentas de comunicação disponíveis: INTRANET, sítio da INTERNET, grupos de Whatsapp, Instagram, quadros de avisos, cartazes e folders, SEI, e-mail, telefone fixo e celular. Assim que o projeto for aprovado, a Coordenação do projeto definirá um plano de divulgação junto à ACS, visando ao amplo conhecimento da proposta por todos os servidores.

4.2. Mapeamento local das demandas: o projeto contará com a sensibilização de cada gestor local das Unidades (Diretor) que indicará um, dois ou três servidores, de acordo com o porte da Unidade, da seguinte forma: porte I e II: um participante indicado; porte III: dois servidores indicados e porte IV: três servidores indicados para: divulgar o projeto na Unidade; comunicar aos servidores as possibilidades de atuação do projeto; levantar demandas não espontâneas, fazer o acolhimento inicial; e dar o direcionamento posterior.

Trata-se de uma proposta multiprofissional e os indicados poderão ter formações diversas, embora seja desejável que seja graduado em Psicologia ou formação em saúde mental (médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e outros). Esse profissional poderá atuar de modo integrado ao Núcleo de Saúde e Segurança do Trabalho na Unidade.

Em seguida, o profissional indicado deverá mapear as demandas (sofrimento ou adoecimento mental) da Unidade, acolher ao colega e conduzir o caso no âmbito da Unidade ou externamente, sob as orientações da Coordenação, repassadas na videoconferência (a ser agendada). Se a intervenção no nível local não for suficiente para solucionar a queixa apresentada e/ou identificar que se trata de um quadro que inspira escuta mais aprofundada, o mesmo poderá contar com o apoio das instâncias descritas a seguir, sem prejuízo de continuar monitorando o trabalho do colega no período subsequente. O profissional deverá elaborar um relatório e, deverá encaminhar via e-mail para ser arquivado em prontuário do servidor na GSST. Na situação dos casos de acolhimentos que não houver necessidade de

encaminhamentos para a GSST, deverá ser registrado em impresso próprio para controle estatístico e arquivamento do NSST.

4.3. Acolhimento e Direcionamento das demandas: Neste projeto, estão previstas duas possibilidades de acesso pelos servidores aos serviços disponibilizados, sendo um deles direto, de forma presencial na Unidade e depois na GSST, e o outro de forma virtual, através da ferramenta a ser disponibilizada pela área de tecnologia da informação, como descrito abaixo:

4.3.1. Acolhimento presencial:

O (s) participante (s) escolhido (s) na Unidade fará (ão) o acolhimento direto da demanda do servidor. Embora esteja sendo caracterizado como presencial, podem ser utilizados equipamentos como telefone e e-mail. O Núcleo de Saúde e Segurança do Trabalhador - NSST servirá como apoio aos participantes, fornecendo orientações e esclarecimentos ao servidor, quando houver encaminhamentos.

A partir da demanda apresentada pelo profissional indicado localmente será estabelecida agenda entre os psicólogos da equipe GSST e realizada uma avaliação inicial a fim de especificar melhor o caso e delinear eventuais encaminhamentos ou intervenções. Serão oferecidos inicialmente atendimentos psicológicos e, eventualmente, atendimentos médicos.

4.3.2. Acolhimento virtual:

O servidor poderá apresentar a sua demanda de modo virtual, através da ferramenta escolhida para esta finalidade. A partir do registro, quando será garantido o sigilo, a demanda será analisada pelos servidores designados nos serviços e o retorno será dado em um prazo de até 48 horas, quando ocorrerá as seguintes situações diversas, a partir das avaliações: orientação, encaminhamento a outro profissional ou serviço ou monitoramento do caso.

4.4. Grupo de Referência da DIGEPE/NEGFT/GSST (Coordenação): foi definido pela DIGEPE e pela Presidência que um grupo de servidores com formações diversas seria indicado para gerir este projeto e atuar como referência, tanto para os profissionais do nível local quanto para a equipe da GSST.

Gestores e líderes do projeto (Coordenação):

- Ana Paula Penna de Simone - Gerente da Saúde e Segurança do Trabalhador - GSST
- Marcos Aurélio Fonsêca - terapeuta Ocupacional indicado pela Presidência para suporte ao NEGFT
- Richardson Warley Siqueira Luzia - Chefe do Núcleo de Estatística e Gestão da Força de Trabalho - NEGFT

Equipe de construção e apoio ao projeto:

- Alice Guelber Melo Lopes
- Jair Pereira Filho
- Kelly Cristina Silva Welsch
- Lourenço Evangelista Damazo
- Nádia Alves Antunes
- Mara Alice Figueiredo
- Scheilla Mara Mattar Xavier
- Núcleos de Saúde e Segurança do Trabalhador (NSST)
- Profissionais indicados pelos diretores.

A principal atribuição deste grupo é centralizar as informações, planejar as ações, avaliar a implantação do projeto e redefinir estratégias, a partir do desenvolvimento do trabalho.

5. FASES DO PROJETO E AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS

Fase I: Sensibilização dos gestores e participantes, constituição do polo local e acolhimento das demandas dos servidores

5.1 Divulgação do projeto:

A divulgação deste projeto e das ações contempladas no mesmo será feita por meio de memorando via SEI, pela Presidência ou a quem for por ela delegado. Foi incluído um modelo deste memorando no ANEXO I. Após a devida validação pela Diretoria competente e indicação dos participantes no nível local, será enviado também e-mail com as orientações para cada

NSST das Unidades. Ficou definido que o polo local será constituído junto ao NSST, com a integração dos participantes a este núcleo. Os contatos da Unidade com os líderes do projeto será periódico.

As estratégias de divulgação e a escolha dos ferramentas de comunicação apropriadas serão realizadas pela da Assessoria de Comunicação Social, em um plano a ser elaborado conjuntamente por todos os envolvidos no projeto.

5.2 Definição dos participantes locais e alinhamento das intervenções propostas:

A coordenação do projeto definirá datas para a realização de reuniões de alinhamento das intervenções propostas, através de videoconferência, com os participantes locais. Estima-se que serão elucidadas as eventuais dúvidas e que todos possam ser habilitados a conduzir o projeto. Serão apresentados os fluxos, formulários a serem utilizados e os serviços e contatos a serem acionados em cada tipo de caso.

5.3 Constituição da equipe de trabalho para recebimento das demandas na GSST:

Para que sejam recebidos os encaminhamentos dos servidores pelas Unidades, a GSST deverá contar com uma equipe dimensionada para responder presencial ou virtualmente às demandas apresentadas. Para esta finalidade, o serviço deverá dispor dos profissionais, conforme quadro apresentado no ANEXO II.

5.4 Recebimento e triagem da demanda:

Pelo menos um profissional da equipe de Psicologia estará presente nas dependências da GSST, recebendo as demandas dos servidores e prestando orientações via telefone ou e-mail. Quando verificado que o servidor apresenta um quadro mais severo e que exigirá intervenções por um período maior de tempo, será verificada a possibilidade de atendimento especializado na rede de atenção psicossocial.

O psicólogo que estiver presente nas dependências da GSST fará a organização da agenda e distribuirá a demanda de atendimentos conforme a disponibilidade dos profissionais, de forma presencial ou utilizando ferramentas on-line.

O agendamento poderá ser feito pelo telefone 3239-9611 ou pelo e-mail específico para o projeto, a ser criado pela área de Tecnologia da Informação.

5.5 Entrevista inicial e delineamento do plano de atendimento individual:

O psicólogo designado realizará a entrevista inicial com o servidor, visando esclarecer e definir a queixa e, a partir do diagnóstico, estabelecer a condução do caso. Nesse primeiro atendimento, o psicólogo informará ao servidor como o trabalho será desenvolvido, construindo com ele um contrato verbal, em que as partes se comprometem com o processo, referente ao sigilo, o número e a frequência de atendimentos, o horário estabelecido e o local adequado para o servidor receber a tele chamada, se for o caso.

Com base na entrevista inicial, será traçado um plano de atendimento individualizado. A equipe de psicologia reservará horário na agenda, com frequência semanal, para avaliação de resultados e discussão de casos, com o propósito de mitigar riscos de exposição e contaminação ao corona vírus.

Os atendimentos da equipe poderão ser realizados de forma híbrida: presencial, ou virtualmente, utilizando o recurso de videoconferência da Rede, por exemplo o **GOOGLE MEET**, ou aplicativos de vídeo chamada gratuitos e amplamente disponíveis, como WhatsApp, Hangouts, **GOOGLE DUO**, entre outros. Em caso de atendimento por meio de vídeo chamada, os recursos necessários para a execução são: computador ou celular, conexão com a internet e aplicativos de vídeo chamada, bem como ambiente apropriado para esse tipo de atendimento. Os servidores serão orientados no momento do agendamento sobre como utilizar os aplicativos.

Será criado um e-mail de acesso ao **GOOGLE DRIVE** para registro, comunicação e compartilhamento de informações entre equipe de Psicologia da GSST, em tempo real, sobre as demandas recebidas.

Caso seja percebida a necessidade de atendimento médico, preferencialmente o médico psiquiatra, o servidor acolhido na Unidade e/ou na GSST poderá ser encaminhado para a avaliação deste profissional. Para atender a essas necessidades, deverão ser disponibilizados os servidores médicos psiquiatras conforme quadro de dimensionamento do ANEXO III. Sugere-se o aproveitamento dos servidores que se encontram em tele trabalho ou em “reserva técnica”, decorrente das medidas restritivas por comporem os grupos de riscos.

Nos casos das Unidades: Casa de Saúde São Francisco de Assis, Casa de Saúde Santa Fé e Casa de Saúde Padre Damião, se for necessária intervenção médica, o servidor deverá ser encaminhado à Rede de Atenção Psicossocial do município.

5.6 Registro dos atendimentos:

Após os atendimentos, os profissionais responsáveis deverão proceder com o registro do atendimento em documento de controle gerencial e em relatório para evolução no prontuário do servidor na GSST.

Fase II: Definição e aquisição da Plataforma Digital a ser priorizada como instrumento de intervenção

Considerando o alcance, a efetividade e os baixos custos, será adotada, em uma segunda fase, o uso de uma Plataforma Digital como principal instrumento de intervenções do projeto. Nesta direção, a médio prazo, deverão ser realizadas as seguintes ações:

5.7 Definição da Plataforma Digital:

Estima-se que a possibilidade de abertura de um canal virtual para atendimento às demandas irá potencializar o alcance do projeto. Será realizado um estudo junto à área de Tecnologia da Informação para identificar se a FHEMIG conta com tecnologias que poderiam ser disponibilizadas e atingiriam os objetivos do projeto.

Serão sugeridas ferramentas utilizadas com sucesso em outras experiências, tais como: salas de bate-papo (chats), canais de registro de solicitações (nos moldes do Fale conosco, SAC, por exemplo), reuniões virtuais, entre outras. O objetivo principal será atender o mais brevemente possível à solicitação do servidor, em um prazo máximo de 48 horas. O dimensionamento de pessoal para responder em tempo real ou atendendo ao prazo, está contemplado no escopo do projeto.

Deverão ser garantidos o sigilo das informações e o registro dos atendimentos pelos profissionais. A Coordenação será responsável por treinar e alinhar as recomendações com os servidores atuantes nos atendimentos virtuais.

5.8 Utilização de Plataformas Digitais externas à FHEMIG:

Poderão ser incluídas no projeto outras plataformas disponíveis no mercado, com destaque para aquelas de acesso livre ou patrocinado, como a CONEXA, por exemplo.

Se esta for a melhor opção, a partir da avaliação dos participantes e da Coordenação, caberá à área de Tecnologia da Informação validar a decisão e orientar a implementação.

Fase III: Promoção da saúde mental dos servidores e as práticas integrativas e complementares

Em um terceiro momento, baseando-se inclusive nos dados, informações e resultados das fases anteriores, este projeto terá como objetivo a ampliação do seu escopo no sentido de propor e promover nas Unidades a promoção da saúde mental dos servidores. Pela previsão de encontros presenciais e atividades em grupo, essa fase deve ser implementada definitivamente após a remissão da pandemia.

Partindo das experiências das práticas integrativas e complementares em curso na FHEMIG, algumas iniciadas antes da pandemia, a Coordenação completará um amplo levantamento de todas elas e identificará possíveis parceiros e multiplicadores.

Até o momento, foram identificadas iniciativas de sucesso em ao menos três Unidades: Hospital Eduardo de Menezes, Hospital Alberto Cavalcante e Hospital Júlia Kubitscheck. Nestas Unidades, foram desenvolvidas atividades como: aromaterapia, constelação familiar, Reiki, meditação, alongamento e rodas de conversa. Durante a pandemia, as atividades presenciais foram modificadas (e algumas interrompidas) para respeitar o distanciamento mínimo, mas foram mantidas nas três Unidades. Foi adotada, ainda, a possibilidade de encontros remotos, para que não se perca totalmente o contato entre os servidores que estavam comprometidos com o trabalho.

Como estas iniciativas foram compreendidas como fortemente potenciais para promover a saúde mental no ambiente de trabalho, o projeto propõe ampliá-las e multiplica-las às demais Unidades. Foram feitos contatos com os coordenadores locais e visitas às Unidades para conhecer os detalhes de cada uma.

Em visita da Coordenação ao Hospital Eduardo de Menezes, em 08/05/2020, foi apresentado o projeto em desenvolvimento naquela Unidade. A convite da Coordenação, as servidoras que implantaram as PIC's no HEM aceitaram ser referência na Rede e ajudar na multiplicação e implantação das práticas nas demais Unidades. O projeto apresentado a título de exemplo a ser multiplicado, nomeado ANIMUS, compõe o anexo IV.

Na GSST também foram identificadas propostas que poderão ser expandidas para toda a Rede. Nos ANEXOS V e VI são apresentados exemplos de propostas que estão sendo desenvolvidas e que poderão ser incluídas no bojo desta terceira fase.

REFERENCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Thomson, 1999.

BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L. BÜSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 411-8, maio-jun., 2015.

BOLELA, F.; JERICO, M. C. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 301-309, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 9-16. (Série B. Textos básicos de saúde) (Cadernos Humaniza SUS, v.3)

CAMPELO, C. L. et al. Absenteísmo na enfermagem: análise do estado da arte. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 9, n. 1, p. 207-215, jan./mar. 2016.

COUTO, H. A; VIEIRA, F. L. H; LIMA, E. G. Estresse ocupacional e hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira Hipertensão**, Campinas, v. 14, n. 2, p. 113-115, 2007.

Decreto nº 47.886/2020. Dispões sobre medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento em saúde do COVID-19, no âmbito do Poder Executivo.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Líber Livro, 2008.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

FURLAN, J. A. S.; STANCATO, K. Fatores geradores do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital público e um privado. **Rev. Adm. Saúde**; v. 15, n. 60, p. 111-120, 2013.

INOUE, K. C. et al. O absenteísmo-doença de uma equipe de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 209-214, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2019.

LEMOS, R. C. A.; ROSSI, L. A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 345-357, 2002.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 abr. 2019.

LORENZETTI J.; LANZONI G. M. M. ASSUITI, L. F. C.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. Gestão em saúde no Brasil: Diálogo com Gestores Públicos e Privados. **Rev Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-25, 2014.

LUCCHESI, F.; MACEDO, P. C. M.; MARCO, M. A. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 19-30, 2008 . Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 abr. 2019

LÜDKE, M. ; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LAUTERT, L; CHAVES, E. H. B; MOURA, G. M. S. S. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. **Revista Panamericana Saúde Pública**, Ribeirão Preto, v, 6, n. 6, p. 415-25, 1999.

MACEDO, M. A. **Nível de estresse em fisioterapeutas que atuam na UTI de hospitais públicos no município de Campina Grande/PB**. 2011. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.

MACHADO, R. M. Síndrome de Burnout em centro de terapia intensiva infantil da região centro-oeste de Minas Gerais. **R. Enferm. Cent. O. Min.** Minas Gerais, v. 1, n. 2, p. 201-209, abr/jun. 2011.

MARTINS, B. R. **O Processo de trabalho do enfermeiro na unidade de urgência e emergência de um hospital público**. 2016. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem): Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

PRIMO G. M. G.; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E. Absenteísmo por doença em trabalhadores de uma organização hospitalar pública e universitária. **Rev Med Minas Gerais**. Belo Horizonte, v.20, n.2, supl 2, p. 47-58, 2010;

Portaria Presidencial nº 1681/2020. Dispões sobre a adoção de regime especial de teletrabalho como medida temporária de prevenção, de enfrentamento e contingenciamento em saúde do COVID-19, no âmbito da FHEMIG.

ROSA, C.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 1-15, dez. 2005. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 08 de maio de 2019.

SOUSA, K. H. J. F. et al. **Risco de adoecimento e custo humano no trabalho em um hospital psiquiátrico**. Esc. Anna Nery., Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 2018.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, D. V. et al.. Absenteísmo em dois hospitais públicos de Minas Gerais: perfil epidemiológico. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte v. 27, (supl 1): p. 4 -10, 2017.

YIN, R. K. **Estudo de Caso - Planejamento e Métodos** 2. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.