

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM



DISSERTAÇÃO

**Fatores associados à satisfação no trabalho em Centros de
Atenção Psicossocial do sul do Brasil**

Sonia Regina da Costa Lapischies

Pelotas, 2013

SONIA REGINA DA COSTA LAPISCHIES

**Fatores associados à satisfação no trabalho em Centros de
Atenção Psicossocial do sul do Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Prática de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vanda Maria da Rosa Jardim

Pelotas, 2013

Sonia Regina da Costa Lapischies

Fatores associados à satisfação no trabalho em Centros de Atenção Psicossocial do sul do Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências: Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Banca examinadora:

Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim
Universidade Federal de Pelotas

Profª Drª Anaclaudia Gastal Fassa
Universidade Federal de Pelotas

Profª Drª Luciane Prado Kantorski
Universidade Federal de Pelotas

Profª Drª Valéria Cristina Christello
Coimbra
Universidade Federal de Pelotas

Profª Drª Michele Mandagará de
Oliveira
Universidade Federal de Pelotas

Dedico este estudo aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde e, especialmente, àqueles que tornaram este trabalho possível.

Agradecimentos

À Prof^a Dr^a Vanda Maria da Rosa Jardim, pela orientação e indispensáveis contribuições, desde a opção pelo mestrado até seu produto final.

À Prof^a Dr^a Luciane Prado Kantorski, pelo incentivo e pelas discussões nas disciplinas e no Núcleo de Pesquisa, fundamentais para a construção deste trabalho.

À Prof^a Dr^a Anaclaudia Gastal Fassa, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação e na Pró-forma.

À Prof^a Dr^a Valéria Cristina Christello Coimbra, pelo acolhimento e contribuições no projeto de pesquisa.

À Prof^a Dr^a Michele Mandagará de Oliveira, pelo incentivo e pelas relevantes contribuições na Pró-forma.

Aos meus pais, Leonora e Armindo, pelo apoio e compreensão das ausências neste período do mestrado.

Às minhas filhas Olívia, Sofia e Helena, motivação para tudo que faço, o carinho e a tentativa em entender o processo do mestrado.

Ao meu companheiro de vida Gilberto, pelo apoio e grande ajuda.

Aos colegas da Unidade Básica da Balsa, pela compreensão e incentivo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, pela liberação parcial concedida durante o ano de 2011.

À todos os trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial que aceitaram participar e viabilizaram o estudo.

Aos bolsistas do Projeto CAPSUL II, em especial à Bruna Madruga Pires e Mariana Luchese Vasem, pela disponibilidade no trabalho com o banco de dados.

Por fim a todos os professores e funcionários da Faculdade de Enfermagem da UFPel que contribuíram de alguma forma para que este trabalho se concretizasse.

O trabalho é um espaço de construção do sentido e, portanto, de conquista da identidade, da continuidade e historicização do sujeito.

DEJOURS & ABDOUCHELI, 2011

Resumo

LAPISCHIES, Sonia Regina da Costa. **Fatores associados à satisfação no trabalho de trabalhadores de CAPS do sul do Brasil**. 2013. 117f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, 2013.

Orientadora: Vanda Maria da Rosa Jardim

A investigação da repercussão do trabalho em serviços de base comunitária por meio de estudos epidemiológicos abrangentes com a utilização de escalas padronizadas e validadas, a exemplo da SATIS-BR e da IMPACTO-BR, fornece subsídios para avaliar a sustentabilidade das equipes de saúde mental de cuidados na comunidade. Este é um subestudo do Projeto CAPSUL II, financiado pelo Ministério da Saúde, com objetivo de avaliar os Centros de Atenção Psicossocial da região sul do Brasil. Consiste em um estudo transversal com 546 indivíduos que trabalham em 40 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O objetivo deste foi analisar satisfação e sobrecarga de trabalho em serviços da Região Sul do Brasil, aferidas por meio das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR e também testar suas associações com variáveis demográficas, tipo de serviço, de condições de trabalho, organização do trabalho, faltas ao trabalho e condições de saúde. Entretanto os resultados aqui apresentados referem-se a análise da satisfação no trabalho. A prevalência de satisfação encontrada na amostra estudada foi de 66,4% e a média da satisfação global foi de 3,6 (para valores de 1 a 5). Após ajuste mostraram-se associados à maior satisfação: função no CAPS de nível superior (excetuando médicos e psicólogos); tempo de trabalho em CAPS de 6 meses ou menos; boa supervisão pela equipe; realizar maior número de visitas domiciliares; possibilidade de fazer escolhas coletivas e cursos; e com menor satisfação: falta de ferramentas para o trabalho e presença de sobrecarga de trabalho. Os resultados mostram associação da satisfação com fatores relacionados ao conteúdo do trabalho e às condições de trabalho no CAPS e também que um terço dos trabalhadores está insatisfeito em seu trabalho. Estes fornecem elementos para direcionar a busca por estratégias de organização dos serviços que contemplem as necessidades e aspirações dos segmentos envolvidos, pois mostram a necessidade de investir em supervisão pela equipe do serviço, em processos que democratizem os serviços e também na formação de seus trabalhadores.

Descritores: Satisfação no Trabalho; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental Comunitários; Trabalho.

Abstract

LAPISCHIES, Sonia Regina da Costa. **Factors associated with job satisfaction of Psychosocial Care Centers workers in Southern Brazil.** 2013. 120p. Thesis (Master's degree) – Nursing Post Graduate Program. Federal University of Pelotas, 2013.

Advisor: Vanda Maria da Rosa Jardim

The investigation of the repercussion of work in communitarian based services through extensive epidemiological studies with the use of standardized and validated scales, such as the Brazilian Mental Health Services' Staff Satisfaction Scale (SATIS-BR) and Brazilian Mental Health Services' Staff Burden Scale (IMPACTO-BR), provides subvention to assess the sustainability of mental health teams in the community care. This is a substudy of CAPSUL II Project, supported by the Health Ministry, aiming to evaluate the Psychosocial Care Centers in Southern Brazil. It consists in a cross-sectional study with 546 individuals that work in 40 Psychosocial Care Centers (CAPS). The goal of this study was to analyze satisfaction and work overload in services in Southern Brazil, as measured by the scales and SATIS-BR and IMPACTO-BR and also to test their associations with demographic variables, type of service, working conditions, work organization, absenteeism and health conditions. However the results presented here refer to the analysis of job satisfaction. The prevalence of satisfaction found in the studied sample was 66.4% and the average of global satisfaction was 3.6 (for values of 1 to 5). After adjustment they were associated with satisfaction: CAPS function in superior level (except physicians and psychologists) with greater satisfaction; working time in CAPS for 6 months or less to greater satisfaction; satisfactory team supervision to greater satisfaction; doing more number of home visits to greater satisfaction; lack of tools to work with to lower prevalence of satisfaction; possibility of making collective choices to greater satisfaction; opportunity to take courses to greater satisfaction; presence of work overload with less satisfaction. The results show an association of satisfaction with factors related to job content and working conditions in CAPS and also that one third of worker is dissatisfied in their work. These provide elements to direct the search for strategies of services organization that contemplate the needs and aspirations of the segments involved, because they show the necessity to invest in supervision by the service team, in processes that democratize the services and also in the training of their workers.

Describers: Job Satisfaction; Mental Health; Community Mental Health Services; Work.

Lista de Figuras

Figura 1 -	Fluxograma da busca nas bases de dados	20
Figura 2 -	Modelo teórico	31
Figura 3 -	Cálculo da Amostra	33
Figura 4 -	Variáveis dependentes	35
Figura 5 -	Variáveis independentes	37
Figura 6 -	Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa	40

Lista de Abreviaturas e Siglas

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial – infantil
CPNSQ - 48	Community Psychiatric Nursing Stress Questionnaire - 48
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
GHQ – 12	General Health Questionnaire -12
IC	Intervalo de Confiança
IMPACTO-BR	Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental
JDS	Job Diagnostic Survey
JSS	Job Satisfaction Survey
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBI – GS 16	Maslach Burnout Inventory General Survey – 16
MBI – HSS 22	Maslach Burnout Inventory Human Services Survey – 22
MHSDS – 15	Maslach Human Services Demographic Sheet – 15
MSS -18	Minnesota Satisfaction Scale – 18
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNMCQ -35	PsychNurse Methods of Coping Questionnaire – 35
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
RSES	Rosemberg Self-Esteem Scale
SATIS-BR	Avaliação da Satisfação de Profissionais em Serviços de Saúde Mental
SRQ 20	Self Report Questionnaire 20
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
WHO	World Health Organization

Definição de Termos

1. **Trabalhadores de Saúde:** São todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde em estabelecimentos de saúde ou nas atividades de saúde, podendo ter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor (MACHADO, 2008).
2. **Avaliação:** Mensuração da qualidade do serviço de saúde baseada na tríade "estrutura-processo-resultado"; sendo que a "estrutura" corresponde aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais; o "processo" corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os "resultados" são as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes atribuídas a um cuidado prévio (DONABEDIAN, 1984).
3. **Satisfação:** “Sentimento agradável ou estado emocionalmente positivo do trabalhador, resultante da percepção/avaliação de sua experiência de trabalho, conforme suas metas e valores pessoais perante a vida, podendo ser modificado ou influenciado por forças internas ou externas ao trabalho” (LINO, 2004).
4. **Sobrecarga:** O conceito de sobrecarga se refere à percepção de demandas excessivas para o indivíduo e ao sentimento de ter um peso a carregar em consequência destas demandas (MAURIN & BOYD, 1990).

Sumário

1.	Introdução.....	13
1.1	Justificativa.....	15
2.	Revisão de literatura.....	17
3.	Objetivos.....	26
3.1	Objetivo geral.....	26
3.2	Objetivos específicos.....	26
4.	Hipóteses.....	27
5.	Marco teórico.....	28
6.	Metodologia.....	32
6.1	Delineamento.....	32
6.2	População.....	33
6.3	Amostra.....	33
6.4	Coleta de dados.....	34
6.5	Variáveis coletadas.....	34
6.5.1	Variáveis dependentes.....	34
6.5.2	Variáveis independentes.....	35
6.6	Logística.....	37
6.7	Controle de qualidade.....	38
6.8	Processamento e análise de dados.....	38
6.9	Aspectos éticos.....	39
6.10	Divulgação.....	39
7	Cronograma.....	40
8	Referências.....	41
9	Relatório do Trabalho de Campo.....	48
10	Artigo.....	52
	Apêndices	71
	Anexos.....	82

1. Introdução

Com a mudança no perfil epidemiológico brasileiro as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se tornaram a principal fonte de carga de doença na população e entre elas os transtornos neuropsiquiátricos contribuem com a maior parcela (SCHMIDT et al., 2011). O referido panorama reflete na necessidade de uma rede complexa de cuidados aos portadores de agravos crônicos, e dentre esses, peculiarmente, os indivíduos em sofrimento psíquico.

Uma rede de atenção integral à saúde mental que confira maior resolubilidade, reduza a necessidade de internação e promova inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico emerge a partir de um processo de coresponsabilização entre trabalhadores, usuários, familiares e gestores (SCHEREN, 2009). Nesse contexto os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são equipamentos que integram a rede de atenção psicossocial e elementos cruciais do cuidado em liberdade, pois além de prestar cuidado ao usuário, promovem a articulação entre os serviços integrantes da rede de atenção psicossocial (BRASIL, 2004).

Na dinâmica do CAPS, o trabalhador se torna polivalente, na medida em que suas atividades transcendem sua área específica de atuação, rompendo com o aspecto meramente técnico. Para tanto, o profissional assume a responsabilidade individual no acompanhamento do caso e trabalha a aproximação do usuário com a rede social, o que se traduz em uma intervenção comprometida e afetiva, evitando a fragmentação do processo terapêutico (FERRER, 2007).

Para alcançar o objetivo de cuidado integral nos serviços de saúde é imprescindível a incorporação de práticas inovadoras, as quais superem a perspectiva de cada profissão e sejam marcadas pela interação de múltiplos saberes. Merhy e Franco (2003) afirmam que a mudança do modelo assistencial

para a saúde depende menos de normas gerais e mais da produção da saúde que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho.

O modelo assistencial sempre se constitui a partir de pactos entre os atores sociais e políticos envolvidos, e tem como produto a organização da assistência. No cotidiano dos serviços os trabalhadores constroem suas relações e fluxos alternativos de conexão com suas equipes, com outras unidades de saúde e, principalmente, com os usuários (FRANCO, 2006).

Como consequência da Reforma Psiquiátrica Brasileira e das novas políticas de saúde instituídas pelo Ministério da Saúde, a partir da Lei Federal nº 10.216, de 2001, a Rede de Atenção em Saúde Mental de Base Comunitária, em especial a rede de CAPS, sofreu grande expansão. A rede que em 2004 era composta por 689 serviços, chegou ao final de 2010 a 1.620 serviços implantados no Brasil, dos quais 1.234 CAPS representam os serviços das modalidades I, II e III (BRASIL, 2011).

A Região Sul no final de 2010 contava com 308 CAPS em sua Rede de Atenção em Saúde Mental, dos quais 224 divididos em CAPS I, II e III; constituindo a região brasileira com a melhor cobertura de CAPS do Brasil, com um indicador de 0,87 CAPS/100.000 habitantes, sendo que o indicador nacional é de 0,66 CAPS/100.000 habitantes (BRASIL, 2011).

Novos postos de trabalho foram criados para os profissionais de saúde do campo da atenção psicossocial, com o advento da expansão física da rede, no entanto, a disponibilidade de trabalhadores com perfil profissional e formação para atuar nestes serviços está aquém das necessidades (DE MARCO, 2008). Outro fator, também preocupante, é constituído pelas relações trabalhistas estabelecidas entre gestores e trabalhadores sob a forma de contratações temporárias, admissões sem concurso, trabalho terceirizado, voluntário e por meio de cooperativas profissionais acarretando insegurança, descontentamento e interferência no vínculo com o usuário (MACHADO; KOSTER, 2011, REBOUÇAS, 2007).

Fragilidades dos serviços são identificadas em todo o país e podem estar presentes, também, na estrutura, na gestão, no processo e na organização do trabalho, entre outros e devem ser enfrentadas no cotidiano da prática, pelos próprios trabalhadores do SUS, pelas universidades e centros de pesquisa parceiros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Processos avaliativos que identifiquem, além das fragilidades, as potencialidades dos serviços da rede de atenção em saúde

mental e seu impacto sobre os atores envolvidos são fundamentais na consolidação do modo de cuidado em liberdade aos indivíduos em sofrimento psíquico.

Os trabalhadores são solicitados continuamente a superar as fragilidades e arquitetar formas singulares de organizar seu trabalho em rede e no território do usuário. Para Brito (2010) o trabalho em saúde mental é construído a partir das relações, as quais no modo psicossocial de cuidado se pautam pela liberdade, inventividade e criatividade produzidas em seu cotidiano.

O desafio de construção de algo novo com infinitas possibilidades de acerto e de erro pode desencadear satisfação, gratificação e prazer no trabalhador de saúde mental como também pode acarretar sobrecarga de trabalho, insatisfação, exaustão emocional, esgotamento e falta de realização profissional. Desta maneira, emerge a necessidade de conhecer melhor esses serviços e a repercussão do trabalho neles desenvolvidos, na sobrecarga e satisfação de seus trabalhadores.

Para tanto, este estudo pretende determinar a prevalência de satisfação e sobrecarga no trabalho em trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial da região sul do Brasil e suas associações com variáveis sociodemográficas de inserção no trabalho, características do serviço e de saúde.

1.1 Justificativa

A Organização Pan-Americana de Saúde, em publicação intitulada *Condições de Saúde e Trabalho no Setor Saúde*, manifesta a necessidade de analisar os determinantes e gerar indicadores para o monitoramento e avaliação da situação de trabalho e saúde dos trabalhadores de saúde (OPAS, 2008).

Assim, realizar avaliações constantes dos serviços de saúde mental com a participação de todos os envolvidos: usuários, familiares e trabalhadores é recomendação da Organização Mundial de Saúde (2001). No entanto, pacientes e suas famílias tem recebido atenção privilegiada, em detrimento do estudo sobre as repercussões sentidas pela equipe de profissionais (OMS, 1996).

Pitta et al. (1995) considera fundamental para a avaliação dos serviços de saúde mental investigar os níveis de realização e/ou sofrimento promovidos nos trabalhadores envolvidos na atenção psicossocial, pois trabalhadores satisfeitos e motivados costumam qualificar os serviços. No entanto, poucos estudos brasileiros

quantitativos se dedicaram a estudar a repercussão do cuidado em liberdade dos trabalhadores de serviços comunitários de saúde mental.

Apesar da importância dos construtos satisfação e sobrecarga para estabelecer um panorama do trabalho no modo psicossocial, sua quantificação oferece limitações em face da subjetividade de seus conceitos. A sobrecarga de trabalho se refere à percepção de demandas excessivas para o indivíduo e ao sentimento de ter um peso a carregar em consequência destas demandas (MAURIN; BOYD, 1990), e relaciona-se com a satisfação no trabalho, pois esta é considerada um estado emocional agradável resultante da avaliação que o indivíduo faz de seu trabalho (LOCKE, 1969).

Em estudo multicêntrico da OMS, foram desenvolvidas escalas para avaliar quantitativamente a satisfação e o impacto do trabalho em serviços de saúde mental (WHO, 1996). As escalas que avaliam satisfação e sobrecarga em trabalhadores foram submetidas a processos de adaptação e validação no Brasil (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 1999; BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000) e desde então tem sido usadas em estudos brasileiros (REBOUÇAS, 2007; POLISOLI; MOREIRA; KRISTENSEN, 2007; REBOUÇAS, 2008; DE MARCO, 2008; ISHARA; BANDEIRA; ZUARDI, 2008; CAMILO et al., 2012).

A investigação da satisfação e da sobrecarga entre trabalhadores de saúde mental, particularmente de serviços de base comunitária, por meio de estudos epidemiológicos abrangentes com a utilização de escalas padronizadas e validadas, a exemplo da SATIS-BR e da IMPACTO-BR (BANDEIRA, 2000), fornece subsídios para avaliar a sustentabilidade das equipes de saúde mental de cuidados na comunidade. As informações provenientes destas investigações contribuem também para o planejamento em saúde e elaboração de políticas públicas que atendam esta parcela da força de trabalho em saúde.

Nessa perspectiva pretende-se responder a seguinte questão:

Quais fatores estão associados à satisfação e sobrecarga entre trabalhadores de CAPS nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná?

2. Revisão de literatura

Foi realizada uma revisão sistemática sobre satisfação e sobrecarga em trabalhadores de saúde mental comunitária. Para nortear a revisão, a seguinte questão de pesquisa foi formulada: qual a repercussão do trabalho em saúde mental comunitária na sobrecarga e na satisfação do trabalhador?

A busca efetivou-se nos meses de agosto a outubro de 2011 e rastreou estudos publicados no período de 15 anos – de janeiro de 1997 a julho de 2011 – no Brasil ou exterior, em que a sobrecarga ou a satisfação foram variáveis independentes na análise da repercussão do trabalho em trabalhadores de saúde mental comunitária. As bases de dados utilizadas para rastreamento dos artigos foram Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e PubMed (Publisher Medline), já os descritores empregados foram “*job satisfaction*” or “*burnout*” and “*mental health services*” e suas respectivas versões em português, limitados a publicações em português, inglês, espanhol e italiano.

A primeira fase da análise foi realizada com base nos títulos e resumos de todos os artigos rastreados, que preenchiam os critérios de inclusão, quais foram: serviços comunitários de saúde mental; trabalhadores como sujeitos; metodologia quantitativa. Permaneceram também entre os artigos selecionados aqueles, nos quais não apresentavam elementos suficientes para determinar sua exclusão, definida a partir de apresentar metodologia qualitativa, estudo de revisão, análise de dados em bloco, quando apresentava mais de um tipo de serviço de saúde mental.

Após a avaliação dos resumos, todos os artigos selecionados foram obtidos na íntegra e as informações relevantes coletadas em instrumento próprio. O instrumento foi constituído das seguintes informações: autoria; título; ano de publicação; local de publicação; objetivos; caracterização dos sujeitos; taxa de resposta; metodologia; instrumentos utilizados e principais resultados. Desta

maneira, um quadro inicial foi preenchido com as informações metodológicas relevantes de todos os artigos incluídos na revisão.

A análise crítica dos estudos foi realizada a partir de leitura, por dois revisores independentes, a fim de identificar os elementos estabelecidos nos critérios de inclusão com auxílio do instrumento elaborado para coleta de dados e as divergências entre os autores foram dirimidas para obter consenso dos artigos que permaneceriam na revisão.

Um total de 275 artigos foi obtido por meio do primeiro rastreamento, 272 estudos no PubMed e 3 no Lilacs.

A partir de uma primeira avaliação foram excluídos artigos que não se relacionavam ao tema trabalhadores em saúde mental comunitária (171), e duplicado (1) restando assim 101 artigos do PubMed e 2 artigos do Lilacs, conforme Figura 1. Uma leitura mais acurada dos resumos identificou outros artigos para exclusão em razão de se tratarem de: serviços hospitalares, centros de moradores de rua, conselheiros comunitários, redutores de danos, avaliação de qualidade da atenção prestada pelo serviço, descrição de processos de implementação de serviço, serviços para idosos, serviços para crianças e centros de atendimento a vítimas de violência, revisões de literatura e os estudos que utilizaram exclusivamente metodologias qualitativas, totalizando 41 excluídos e 62 estudos considerados relevantes ao contexto da revisão.

Através da leitura dos artigos completos, foram excluídos aqueles cuja temática não atendia ao objetivo estabelecido, tais como: serviços comunitários e hospitalares de saúde mental, analisados em conjunto (10); trabalhadores de serviços hospitalares de saúde mental (6); serviços para idosos (3); conselheiros conjugais e para usuários de drogas (3); situações de suicídio (2); avaliação de curso e de supervisão (6); serviços residenciais terapêuticos (1); constrangimento de psiquiatras (1) e estudos com metodologias pouco claras (4). Foram identificados 26 estudos para análise e síntese.

A maioria dos 26 estudos selecionados utilizaram escalas para medir os construtos satisfação e sobrecarga, constituindo um conjunto com grande variedade de instrumentos – o que dificulta a comparação entre os resultados dos estudos. Muitos dos artigos selecionados não apresentam informações sobre a construção da escala e/ou sua validação.

Entre os instrumentos empregados para avaliar burnout está o *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, utilizado em 21 estudos, sendo que 17 estudos usaram a versão *Maslach Burnout Inventory Human Services Survey – 22 (MBI – HSS 22)* (BLANKERTZ; ROBINSON, 1997a; BLANKERTZ, 1997b; PROSSER et al., 1997; WYKES; STEVENS; EVRITT, 1997; MARTIN; SCHINKE, 1998; PROSSER et al., 1999; EDWARDS et al., 2000; FOTHERGILL et al., 2000; HANNIGAN et al., 2000; EDWARDS et al., 2001; SALYERS; BOND, 2001; GALEAZZI et al., 2004; EVANS et al., 2005; PRIEBE et al., 2005; EDWARDS et al., 2006; EVANS et al., 2006; NELSON; JOHNSON; BEBBINGTON, 2009) e 3 estudos usaram a *Maslach Burnout Inventory General Survey – 16 (MBI – GS 16)* (LASALVIA et al., 2009; ACKER, 2010; SORGAARD; RYAN; DAWSON, 2010). Na maioria dos estudos o MBI foi combinado a outros instrumentos e em apenas uma situação o MBI foi o único instrumento avaliado (CRAWFORD et al., 2010).

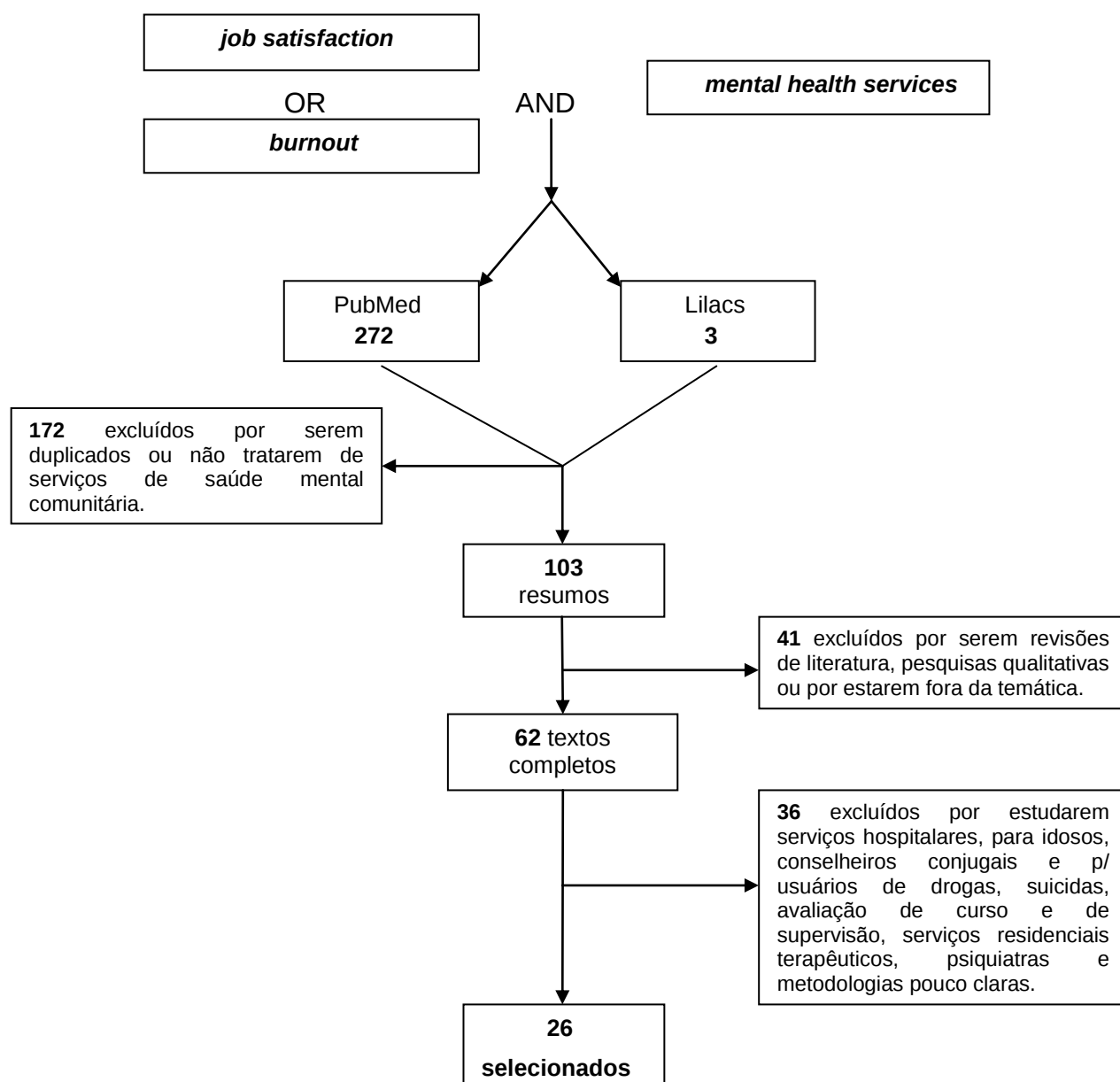


Figura 1 - Fluxograma da busca nas bases de dados, da exclusão e seleção dos artigos.

A segunda escala mais utilizada nos estudos foi a *General Health Questionnaire – 12* (GHQ – 12), empregada para medir o bem estar psicológico, que foi aplicada em 9 dos estudos selecionados, sempre combinada a outras escalas (PROSSER et al., 1997; WYKES; STEVENS; EVERITT, 1997; PROSSER et al., 1999; EDWARDS et al., 2000; FOTHERGILL et al., 2000; HANNIGAN et al., 2000; EDWARDS et al., 2001; EVANS et al., 2005; EVANS et al., 2006).

Quatro estudos ingleses utilizaram os mesmos quatro instrumentos, os quais foram *Maslach Human Services Demographic Sheet – 15*, *Community Psychiatric Nursing Stress Questionnaire – 48*, *PsychNurse Methods of Coping Questionnaire – 35* e *Rosemberg Self-Esteem Scale* (EDWARDS et al., 2000; FOTHERGILL et al., 2000; HANNIGAN et al., 2000; EDWARDS et al., 2001), e utilizados em 3 estudos o *Job Diagnostic Survey* (PROSSER et al., 1997; PROSSER et al., 1999; NELSON; JOHNSON; BEBBINGTON, 2009); o *Minnesota Satisfaction Scale* (GALEAZZI et al., 2004; PRIEBE et al., 2005; NELSON; JOHNSON; BEBBINGTON, 2009); e em dois estudos a escala de *Avaliação da Satisfação de Profissionais em Serviços de Saúde Mental* (SATIS-BR), a escala de *Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental* (IMPACTO-BR) (DE MARCO et al., 2008; REBOUÇAS et al., 2008) e a *Job Satisfaction Survey* (JOBSAT)) (GELLIS; KIM; HWANG, 2004 e GELLIS; KIM, 2004).

Um grande número de diferentes escalas foi utilizado em apenas um estudo, mostrando multiplicidade nas percepções dos construtos, que se adaptavam ao contexto e ao enfoque adotado pelo pesquisador.

Os artigos selecionados apresentaram amostras com variação de 60 sujeitos, menor amostra, a 1328 sujeitos, maior amostra, sendo que a maior concentração de artigos (18) utilizou amostras, as quais variaram de 100 a 300 indivíduos; com diversidade em suas taxas de resposta sendo que a maioria, 11 estudos, apresentaram taxas de resposta iguais ou superiores a 70% (BLANKERTZ; ROBINSON, 1997b; PROSSER et al., 1997; WYKES et al., 1997, SALYERS; BOND, 2001; GALEAZZI et al., 2004; NELSON; JOHNSON; BEBBINGTON, 2009; LASALVIA et al., 2009; ACKER, 2010; DE MARCO et al., 2008; ISSET, 2009; SORGAARD; RYAN; DAWSON, 2010) 5 estudos obtiveram taxas de resposta inferiores a 70% (MARTIN; SCHINKE, 1998, PROSSER et al., 1999; LASALVIA et al., 2009; REBOUÇAS, 2008), 9 estudos inferior a 50% (BLANKERTZ; ROBINSON, 1997; EDWARDS et al., 2000; FOTHERGILL et al., 2000; HANNIGAN et al., 2000; EDWARDS et al., 2001; EVANS et al., 2005; PRIEBE et al., 2005; EDWARDS et al., 2001; GELLIS; KIM; HWANG, 2004) e 1 estudo não informou sua taxa de resposta (PRIEBE et al., 2005).

Em relação ao período de publicação de 15 anos dos estudos analisados, houve a seguinte distribuição: 11 estudos do período 1997 a 2001; 7 estudos do período 2002 a 2006 e 8 estudos do período mais recente, 2007 a 2011. Dos

estudos selecionados 14 são do Reino Unido, 7 dos Estados Unidos, 2 do Brasil, 2 da Itália e 1 da Noruega, sendo que os estudos brasileiros em língua portuguesa e os demais inglesa.

O local e o período de publicação dos estudos refletem o percurso das reformas psiquiátricas nestes países: os países com maior número de publicações (Reino Unido e Estados Unidos) realizaram mudanças no modelo de atenção em saúde mental a partir das décadas de 60 e 70 do século passado, passando do cuidado asilar para um sistema de serviços de cuidados na comunidade (AMARANTE, 2000). E, em função da estruturação consolidada desses serviços é investigada sua repercussão nos trabalhadores sob a forma de dificuldades para recrutamento e retenção de profissionais (BLANKERTZ, 1997; BLANKERTZ, 1997b; GELLIS; KIM, 2004).

Os estudos brasileiros que avaliam a repercussão nos trabalhadores, do cuidado em comunidade aos indivíduos em sofrimento psíquico são mais recentes e refletem o processo de desospitalização, a qual iniciou contemporaneamente à Reforma Sanitária brasileira, na década de 1980, e posterior à Inglaterra e aos Estados Unidos.

No Brasil foram identificados escores médios de satisfação global (3,30; 3,59) com pontuações mais elevadas na subescala de relacionamento no serviço e um nível de satisfação mais baixo na subescala condições de trabalho, sendo que a satisfação aumentou com a idade, diminuiu com a elevação da escolaridade e não apresentou diferenças entre as profissões (DE MARCO et al., 2008; REBOUÇAS et al., 2008). A comparação da satisfação entre trabalhadores de saúde mental de serviços hospitalares e comunitários não demonstrou diferenças significativas entre os escores globais: 3,26 ($\pm 0,68$) dos trabalhadores hospitalares e 3,43 ($\pm 0,53$) dos trabalhadores comunitários (REBOUÇAS et al., 2008).

Quanto ao impacto do trabalho, foram identificados escores globais baixos, 1,85 (DE MARCO et al., 2008) a médios, 2,08, (REBOUÇAS et al., 2008) considerando que a subescala com maior nível de impacto foi a referente as repercussões emocionais do trabalho e com menor escore a de impacto sobre a saúde física (DE MARCO et al., 2008; REBOUÇAS et al., 2008). Também, foi observado que o impacto reduziu com a idade e apresentou maiores escores entre os trabalhadores com vínculo público, do sexo feminino e não diferiu entre as profissões (DE MARCO et al., 2008). Comparados os escores médios de impacto

global em trabalhadores de serviços comunitários ($2,01 \pm 0,64$) e hospitalares ($2,09 \pm 0,83$), estes não apresentaram diferenças significativas.

A repercussão da desospitalização na atenção à Saúde Mental da Inglaterra, em trabalhadores de serviços comunitários e equipes de resolução de crise foi avaliada através dos construtos satisfação e burnout, e identificou que equipes comunitárias experimentaram menor satisfação no trabalho do que equipes de resolução de crise e as duas modalidades de equipes apresentaram escores médios de exaustão emocional, com menor despersonalização e maior realização pessoal para equipes de resolução de crise (NELSON; JOHNSON; BEBBINGTON, 2009).

Os estudos que avaliaram e compararam a repercussão do trabalho em saúde mental comunitária, entre as diferentes profissões, encontraram maior exaustão emocional em psiquiatras e assistentes sociais, e despersonalização maior em psiquiatras e enfermeiros (LASALVIA et al., 2009). Sendo que assistentes sociais apresentaram maior burnout e menor satisfação e o sexo masculino apresentou menor burnout e maior identidade de equipe no estudo no Reino Unido (PRIEBE et al., 2005).

O estudo realizado nos Estados Unidos, em 2009 (ISSET, 2009), identificou enfermeiros e psiquiatras com níveis médios de burnout e altos escores de exaustão emocional assim como despersonalização e a satisfação no trabalho não apresentaram diferenças significativas entre as profissões e entre profissionais de ambulatório e internação.

A pesquisa realizada na Inglaterra, com 260 enfermeiros de serviços comunitários de saúde mental, revelou altos níveis de exaustão emocional em 36% dos enfermeiros, altos níveis de despersonalização em 12% e baixos níveis de realização profissional em 10% dos enfermeiros. Detectada correlação negativa entre os escores de supervisão clínica e exaustão emocional e despersonalização (EDWARDS et al., 2006).

No País de Gales, estudo realizado em 2000 (EDWARDS et al., 2000), identificou 51% dos enfermeiros de saúde mental comunitária com altos índices de exaustão emocional, 24% com alta despersonalização e 14% com baixa realização pessoal, que não foram relacionados ao trabalho com pacientes portadores de sofrimento psíquicos e sim aos fatores organizacionais do serviço. Na mesma população foi encontrada correlação positiva entre anos trabalhados e autoestima, entre autoestima e exaustão emocional ($r=0,41$, $p<0,01$), e despersonalização e

escore total de estresse ($r=0,32$, $p<0,32$); correlação negativa entre realização pessoal e autoestima (FOTHERGILL et al., 2000).

Cabe destacar que a maior parte dos estudos avaliou sobrecarga e satisfação no trabalho de forma descritiva ou transversal, mostrando carência de estudos com outros delineamentos – coorte, caso-controle e intervenção.

Estudos identificaram os seguintes fatores de proteção para exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal, ou seja, burnout: presença de supervisão clínica (EDWARDS et al., 2006); forte trabalho em equipe, liderança clara (LASALVIA et al., 2009; CRAWFORD et al., 2010) e oportunidade para refletir a prática (CRAWFORD et al., 2010); auto percepção de competência (ACKER, 2010) e satisfação profissional (ACKER, 2010).

Foram considerados preditores de burnout ser psiquiatra e viver conflitos de equipe (GALEAZZI et al., 2004), ser assistente social e do sexo feminino (EVANS, 2005), desvalorização no trabalho, demandas excessivas de trabalho, limitada tomada de decisões e insatisfação quanto ao local de trabalho (EVANS, 2006), cuidado direto e diário com usuário, trabalhar há mais de 12 anos no serviço (LASALVIA et al., 2009) e trabalhar em instituição pública (ACKER, 2010).

Os fatores relacionados com maior satisfação no trabalho identificados foram maior autonomia, observação de mudanças no serviço acontecendo rapidamente, benefícios do trabalho em equipe e manter os clientes fora do hospital (NELSON; JOHNSON; BEBBINGTON, 2009); oportunidade de promoção e elogio dos supervisores (PROSSER et al., 1999), já a baixa satisfação foi relacionada aos encargos administrativos e ao grande número de casos sob responsabilidade do profissional e não foi associada com relacionamento com pacientes e recompensa financeira (ISSET, 2009); e falta de estrutura física e recursos humanos e materiais (ACKER, 2010).

Limitações metodológicas dificultaram a comparação entre os estudos, tornando a padronização de instrumentos essencial para o avanço das análises a fim de avaliar a repercussão do trabalho em serviços de saúde mental comunitários, principalmente no Brasil, onde ainda são em pequeno número as publicações sobre esta temática.

A partir desta revisão sistemática foi possível chegar as seguintes conclusões: (1) os trabalhadores de saúde mental comunitária apresentam escores médios a altos de burnout e/ou sobrecarga no trabalho; (2) apresentam escores

médios de satisfação no trabalho; (3) sobrecarga e baixa satisfação estão relacionados à organização do trabalho, relações intraequipe, apoio institucional e quantidade de pacientes, sendo que os estudos brasileiros referem a falta de recursos materiais e humanos e precárias condições de trabalho; (4) as características da clientela para a qual prestam cuidados, ou seja, indivíduos em sofrimento psíquico, não é identificada pelos trabalhadores como um dos elementos principais, no desencadear de sobrecarga e menor satisfação; (5) o contato direto com o usuário é fonte de satisfação dos trabalhadores.

Considerando os achados da revisão, os serviços de saúde mental comunitária necessitam discutir, projetar e avaliar mudanças que qualifiquem o processo de trabalho e as relações entre os trabalhadores dos serviços; promover a capacitação profissional e gerencial, com objetivo de diminuir a sobrecarga e aumentar a satisfação nestes trabalhadores e dessa forma qualificar o cuidado prestado aos usuários.

3. Objetivos

3.1. Objetivo geral:

Analisar satisfação e sobrecarga de trabalho e suas associações com variáveis sociodemográficas, condições de trabalho, organização do trabalho e condições de saúde em trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil.

3.2. Objetivos específicos

- 3.2.1 Estimar a prevalência de satisfação no trabalho em trabalhadores de CAPS da região sul do Brasil.
- 3.2.2. Estimar a prevalência de sobrecarga em trabalhadores de CAPS.
- 3.2.3. Identificar as associações entre satisfação e sobrecarga e as variáveis sociodemográficas, condições de trabalho, organização do trabalho e condições de saúde dos trabalhadores de CAPS.

4. Hipóteses

A prevalência de satisfação é maior em trabalhadores com níveis fundamental e médio de escolaridade, do sexo masculino e que estão no serviço há mais tempo.

A prevalência de sobrecarga é maior em trabalhadores do sexo feminino, com nível universitário de escolaridade e com carga horária superior a 20 horas semanais.

A maior prevalência de satisfação está associada a menor prevalência de sobrecarga em trabalhadores de serviços comunitários de saúde mental.

A satisfação no trabalho está relacionada, preponderantemente, as variáveis de organização do trabalho.

5. Marco teórico

O ser humano e a sociedade se constituíram, principalmente, por meio do trabalho: a forma pela qual o homem se adapta à natureza e a transforma pelo trabalho e também através dos arranjos sociais pelos quais o trabalho é mobilizado, distribuído e alocado (HOBBSAWM, 1998).

Esta concepção de centralidade do trabalho é buscada em Karl Marx, que considera o trabalho como a “essência da humanidade dos homens” e é estudada e debatida em várias áreas do conhecimento. Marx em O Capital afirma que

o trabalho é um processo do qual participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza (MARX, 2011, p.211).

O processo de trabalho é entendido como o cenário primário da exploração e da confrontação de classe e neles estão envolvidos a força de trabalho, o objeto de trabalho e os meios de trabalho que entre si estabelecem determinadas relações. Os meios de trabalho são os elementos mais significativos do processo de trabalho, pois assinalam o tipo de relação que é estabelecida entre o trabalhador e os meios de produção (MARX, 2011).

As relações estabelecidas no processo de trabalho, as quais podem ser relações de colaboração e ajuda mútua, relações de exploração, ou relação de transição entre as ambas, são as que determinam o caráter que este processo assume em uma sociedade historicamente determinada (MARX, 2011).

As repercussões do processo de trabalho sobre o trabalhador são derivadas tanto das condições de trabalho (pressões físicas, mecânicas, químicas e biológicas do posto de trabalho) como da organização do trabalho que compreende o modo operatório prescrito, a distribuição das responsabilidades, a hierarquia, as

modalidades de comando e as relações socioprofissionais entre outros (DEJOURS, & ABDOUCHELI, 2011). A insatisfação no trabalho é uma das formas fundamentais de sofrimento do trabalhador e está relacionada ao conteúdo da tarefa desempenhada (DEJOURS, 1988).

Contudo, a relação do trabalhador com a organização do trabalho não acontece apenas de forma negativa, mas o trabalho poderá favorecer o equilíbrio mental e saúde do corpo. Ainda a forma como se constitui a organização do trabalho poderá conferir resistência maior contra a fadiga e a doença (DEJOURS, 2011).

Para Dejourns & Abdoucheli (2011) quando o sofrimento pode ser transformado em criatividade para superá-lo traz benefícios à instituição, aumenta resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática. O trabalho então funciona como um mediador para a saúde, proporcionando prazer pelo reconhecimento.

Nos últimos anos as discussões sobre a centralidade da categoria trabalho apontam para um outro tipo de trabalho, o imaterial. Sendo este caracterizado por não resultar em bens duráveis e materiais, mas em informação (produção de conhecimento), serviços (produção de relações) e afeto. O trabalho imaterial é então uma recomposição do trabalho material e do intelectual, ultrapassando as duas visões (SODRÉ, 2011).

O trabalho imaterial é produtor de relações sociais que se manifestam baseadas em relações afetivas e só pode ser realizado em comum, cada vez mais inventando redes de cooperação para sua produção (SODRÉ, 2011). O trabalho na saúde, especialmente na saúde mental, tem reconhecidamente este forte caráter relacional, envolve um encontro entre o trabalhador e o usuário (BRITO et al., 2011).

A posição central que o afeto ocupa no trabalho imaterial vem ao encontro da concepção de cuidado no modo psicossocial, proposto pela reestruturação dos serviços de saúde mental do Brasil e que tem como foco central o estabelecimento de vínculos entre os envolvidos no processo, a fim de tecer uma rede de cuidados aos indivíduos em sofrimento psíquico. Os vínculos construídos no trabalho em equipe superam especialidades e agregam profissionais de campos de saber variados, os quais realizam intercâmbio das suas visões teórico-técnicas e de suas práticas (AMARANTE, 2006).

A reorganização da atenção em saúde mental implica em mudança do paradigma da psiquiatria para o modo psicossocial de cuidado à saúde mental, que

deve ser determinante nas desconstruções de saberes e práticas institucionais e profissionais no cotidiano do cuidado (COSTA-ROSA, 2000). Assim, concretizar a arquitetura de um novo paradigma que construa espaços produtores de vida e de subjetividade é um desafio apresentado aos trabalhadores em serviços substitutivos às pessoas em sofrimento psíquico (SCHEREN; PIRES; SCHARTZ, 2009).

De forma contraditória são observadas fragilidades do apoio institucional ao cuidado em liberdade na saúde mental, que apesar da forte referência ao trabalho em equipe, muitos trabalhadores referem solidão e falta de respaldo em decisões importantes, necessárias no cotidiano do seu trabalho (BRITO et al., 2011). As dificuldades apresentadas no dia a dia do trabalho podem levar ao sentimento de estar sobrecarregado e a insatisfação no trabalho e, em consequência, afetar a prática profissional e influenciar diretamente a forma de atendimento e o contato com os usuários dos serviços.

Portanto, a satisfação dos profissionais de saúde mental está relacionada com: condições de trabalho, relacionamento com colegas, qualidade do tratamento oferecido aos pacientes, participação e envolvimento na equipe; enquanto que a sobrecarga relaciona-se com a percepção de demandas excessivas e ao sentimento de ter um peso a carregar em consequência dessas demandas (WHO, 1996). Percepção esta, para os profissionais de saúde mental, resultante do contato contínuo com portadores de distúrbios psiquiátricos e que engloba sentimentos negativos, frustração com os resultados do trabalho, cansaço, medo de ser agredido e desejo de mudar de emprego (BANDEIRA, 2000).

Para estudar os desfechos satisfação e sobrecarga em trabalhadores de CAPS da região sul do Brasil serão analisadas associações com variáveis independentes de forma hierarquizada em seis níveis: no nível mais distal ao desfecho estão colocadas as variáveis demográficas e tipo de serviço; a seguir estão as variáveis de inserção do trabalhador no serviço e no nível subsequente estão colocadas as características comportamentais e de organização do trabalho. O quarto nível do modelo é formado por avaliação da supervisão, características do trabalho e avaliação do atendimento prestado; as condições de saúde compõem o quinto nível e a sobrecarga de trabalho o sexto nível de análise.

Considerando o trabalho em saúde mental como coletivo e agregador de diversos campos de saber, a inserção do trabalhador no serviço e sua participação na dinâmica do CAPS determinarão efeitos sobre a carga e satisfação no trabalho.

Entretanto, as características demográficas, condição de saúde e características do comportamento do trabalhador poderão estar associados à satisfação e sobrecarga de trabalho.



Figura 2 - Modelo Teórico

6. Metodologia

6.1 Delineamento

Para investigar satisfação e sobrecarga no trabalho em trabalhadores de serviços de saúde mental de base comunitária, optou-se por um estudo transversal com equipes de CAPS I, II e III dos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná.

Este trabalho é um recorte do estudo CAPSUL II, realizado em 2011, com o objetivo de avaliar a atenção em saúde mental da região sul do Brasil (APÊNDICE B). O projeto é constituído de um estudo qualitativo e de um estudo quantitativo de abordagem epidemiológica.

O estudo qualitativo desenvolveu-se por meio de avaliação de quarta geração, construtivista, responsiva e com abordagem hermenêutica dialética, desenvolvida por Guba e Lincoln (1985 – 1988 – 1989) e adaptada por Wetzel (2005), foi conduzido com entrevistas para trabalhadores, usuários e familiares e observação de campo. Foram avaliados qualitativamente 3 CAPS, um de cada modalidade, CAPS I, CAPS II e CAPS III, localizados em estados diferentes, os quais foram: no Rio Grande do Sul (Alegrete), em Santa Catarina (Joinville) e no Paraná (Foz do Iguaçu).

A abordagem epidemiológica do estudo quantitativo com delineamento transversal, do Projeto CAPSUL II teve como objetivo avaliar a estrutura, o processo e o resultado (Donabedian, 1984) da atenção em saúde mental desenvolvida pelos CAPS da região sul do Brasil. Dessa maneira, foram identificadas as condições da área física, dos recursos humanos e materiais disponíveis nos serviços estudados.

6.2 População alvo

Trabalhadores, independente de formação e função desempenhada, que atuam em CAPS nos estados da região sul.

6.3 Amostra

Para determinar a amostra, utilizaram-se as medidas de prevalência identificadas na literatura, obtidas por instrumentos diversos, apresentadas a seguir:

	Prevalência	Margem de Erro	90% I C	95% IC
Satisfação	31	3,5	472	670
	31	4,0	362	513
	59	3,5	534	758
	59	4,0	409	580
Sobrecarga	51	3,5	552	783
	51	4,0	422	600
	51	4,5	334	478
	57	3,5	541	768
	57	4,0	414	588

Figura 3 – Cálculo da amostra

A fim de calcular de associações utilizou-se um valor de alfa igual a 5%, um poder estatístico de 80% para detectar risco relativo mínimo de 1,5 nas exposições e razão entre não exposto/exposto 2:1, com diferentes medidas e indicadores de variabilidade, encontrados na literatura, no sentido de obter valores com menor possibilidade de erro, obteve-se amostra de 432 indivíduos. As variáveis de exposição foram definidas com base na revisão de literatura sobre a sobrecarga e satisfação em trabalhadores de saúde mental comunitária, acrescidas à disponibilidade do banco de dados.

A amostra de trabalhadores foi obtida a partir da amostra de CAPS, que em razão das diferenças regionais, foi estruturada com base na oferta de serviços nos três estados da região, na concentração populacional dada por capital X interior e na distribuição geográfica, além dos diferentes modelos de CAPS (I, II, III e excluídos

CAPSi e CAPSad), chegando-se a amostra de 40 serviços definidos por sorteio. Partindo de uma média de 15 trabalhadores por serviço, foi obtida uma amostra de 600 trabalhadores de CAPS da região sul do Brasil.

6.4 Coleta dos dados

A coleta de dados foi precedida por seleção e capacitação dos entrevistadores, escolhidos entre estudantes de graduação e pós-graduação, preferencialmente da Faculdade de Enfermagem da UFPel. Os coletadores selecionados formaram vinte duplas, cada dupla responsável pela coleta em dois serviços.

Os dados foram coletados com a utilização de questionário autoaplicado dirigido a todos os trabalhadores (excetuando os que estavam em férias ou licença) dos CAPS (I, II e III) inseridos nos serviços da amostra. O instrumento foi entregue pessoalmente no local de trabalho pelo entrevistador capacitado, o qual prestou os esclarecimentos necessários, sanou as possíveis dúvidas, recolheu e codificou o questionário, o qual está completo no anexo II.

6.5 Variáveis coletadas

6.5.1 Variáveis dependentes

A OMS realizou estudo multicêntrico para avaliar Serviços de Saúde Mental, quando foram elaboradas as escalas SATIS e IMPACTO, validadas no Brasil por Bandeira et al (2000). As duas escalas globais apresentam boa homogeneidade de itens e elevada consistência interna, para a escala de satisfação $\alpha=0,89$ e para a escala de impacto $\alpha=0,87$.

A Escala de Avaliação da Satisfação da Equipe em Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR) foi utilizada para avaliar o desfecho satisfação. Essa escala é autoadministrada, contém 32 itens qualitativos, cada questão com respostas dispostas em escala *Likert* de cinco pontos, em que 1 = muito insatisfeito, 2 = insatisfeito, 3 = indiferente, 4 = satisfeito e 5 = muito satisfeito. Os itens são agrupados em quatro fatores: qualidade dos serviços oferecidos aos participantes; participação da equipe no serviço; condições de trabalho e relacionamento no

serviço. Além dos itens quantitativos, três questões qualitativas estão incluídas no questionário.

O desfecho sobrecarga será avaliado a partir da Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental (IMPACTO-BR). A IMPACTO-BR é autoadministrada, contém 18 itens, cada um com respostas dispostas em escala *Likert* de cinco pontos, na qual 1 = de forma alguma, 2 = não muito, 3 = mais ou menos, 4 = muito, 5 = extremamente. Os itens são agrupados em três fatores: efeitos sobre a saúde física e mental; efeitos no funcionamento da equipe e repercussões emocionais do trabalho.

Variáveis Dependentes	Característica	Tipo
SATIS-BR		
Satisfação Global	1-5	Categórica Ordinal
Qualidade do Serviço	1-5	Categórica Ordinal
Participação no Serviço	1-5	Categórica Ordinal
Condições de Trabalho	1-5	Categórica Ordinal
Relacionamentos	1-5	Categórica Ordinal
IMPACTO-BR		
Impacto Global	1-5	Categórica Ordinal
Efeitos sobre a saúde física e mental	1-5	Categórica Ordinal
Efeitos sobre o trabalho	1-5	Categórica Ordinal
Sentimento de estar sobrecarregado	1-5	Categórica Ordinal

Figura 4 - Variáveis Dependentes: Satisfação e Sobrecarga

6.5.2 Variáveis independentes

Variáveis Independentes	Características	Tipo
Demográficas		
Sexo	Masculino/feminino	Categórica Dicotômica
Cor da pele	Branca Preta Parda Outra	Categórica Nominal
Idade	Anos completos	Numérica Discreta
Situação Conjugal	Solteiro Casado Separado Divorciado Viúvo Outro	Categórica Nominal
Escolaridade	Sem escolaridade Fundamental completo Fundamental incompleto	

	Médio completo Médio incompleto Técnico completo Técnico incompleto Superior completo Superior incompleto Pós-graduação completa Pós-graduação incompleta	Categórica Nominal
Inserção no Trabalho		
Tipo de serviço	CAPS I CAPS II CAPS III	Categórica Nominal
Tempo de Trabalho em CAPS	Tempo em meses	Numérica Contínua
Função no CAPS	Médico Enfermeiro Psicólogo Assistente Social Pedagogo Terapeuta Ocupacional Técnico/Aux. Enfer. Técnico Administrativo Técnico Educacional Artesão Artista Plástico/A. Educador Educador Físico Técnico Superior em Música Outros	Categórica Nominal
Salário no último mês	Salário em reais	Numérica Contínua
Carga Horária no CAPS	Tempo em horas	Numérica Contínua
Carga horária outro local	Tempo em horas	Numérica Contínua
Tipo de vínculo	CLT Emergencial/Temporário Estatutário Outro	Categórica Nominal
Conteúdo do trabalho		
Visitas Domiciliares (VD)	Número de VD realizadas	Numérica Contínua
Atendimentos Individuais (AI)	Número de AI realizados	Numérica Contínua
Atendimentos em Grupo (AG)	Número de AG realizados	Numérica Contínua
Reuniões de Equipe (RE)	Número de RE participadas	Numérica Contínua
Supervisão		
Supervisão pela SMS	0 a 10	Categórica Ordinal
Supervisão pela equipe	0 a 10	Categórica Ordinal
Supervisão pela Comunidade	0 a 10	Categórica Ordinal
Condições de trabalho		
Falta de Ferramentas	Não/Sim	Categórica Dicotômica
Falta de Segurança	Não/Sim	Categórica Dicotômica
Pode fazer escolhas	Não/Sim	Categórica

coletivas		Dicotômica
Pode fazer cursos	Não/Sim	Categórica Dicotômica
Mudanças nas condições de Trabalho	Melhoraram Muito Melhoraram Pouco Não Mudaram Pioraram	Categórica Nominal
Avaliação do atendimento		
Avaliação do Atendimento	0 a 10	Categórica Ordinal
Comportamento e saúde		
Frequência bebe álcool	Nunca Uma vez/mês ou menos 2 a 4 vezes/mês 2 a 3 vezes/semana 4 ou mais vezes/semana	Categórica Nominal
Tabagismo	Não/Sim/Ex-fumante	Categórica Nominal
Transtornos Psíqu. Menores	Não/Sim	Categórica Dicotômica
Problemas de saúde	Não/Sim	Categórica Dicotômica
Falta nos últimos 6 meses	Não/Sim	Categórica Dicotômica

Figura 5 – Variáveis Independentes: demográficas, inserção no trabalho; conteúdo do trabalho, e condições de saúde.

6.6 Logística

Os entrevistadores foram escolhidos através de processo de seleção, sendo posteriormente capacitados em um curso de 40 horas, incluindo aplicação de instrumentos. Após o treinamento os entrevistadores realizaram um “estudo piloto”, em junho/2011, em serviços não incluídos na amostra, com objetivo de avaliar seu desempenho e os instrumentos selecionados.

A coleta de dados foi realizada após contato prévio com os serviços, desenvolvendo-se no mês de agosto de 2011, excetuando nos serviços localizados nas três capitais, onde aconteceu no mês de novembro do mesmo ano. Foram responsáveis pelo trabalho de campo: 40 entrevistadores, dois supervisores de campo e pesquisadores coordenadores.

Ressalta-se que os trabalhadores não foram entrevistados, pois o questionário a eles destinado era autoaplicado, ou seja, os entrevistadores entregaram, orientaram o preenchimento, esclareceram dúvidas e recolheram o instrumento preenchido para proceder à codificação.

6.7 Controle de qualidade

As questões fechadas dos questionários foram codificadas pelos entrevistadores após o recebimento, de acordo com manual próprio. As questões abertas foram tabuladas e agrupadas, seguidas de codificação.

O controle de qualidade foi realizado no recebimento dos instrumentos de coleta com checagem de cada entrevistador; na revisão realizada pelos supervisores ao receber os questionários; na replicação de 5% das entrevistas realizadas e na correção da codificação. Também, a fim de garantir a qualidade dos dados foi realizada dupla digitação, checagem conforme indicado no item processamento e análise de dados.

6.8 Processamento e análise de dados

Os dados sofrerão dupla digitação por seis digitadores independentes no software EPI-INFO. A limpeza dos dados ocorrerá por comparação dos dois arquivos e avaliação de erros de consistência. A base de dados será utilizada para as correções necessárias.

As análises serão realizadas no software STATA, incluindo análise univariada e bivariada. A análise univariada deverá fornecer a descrição das variáveis quantitativas através de medidas de tendência central e de dispersão e no caso de variáveis categóricas serão utilizadas medidas de proporção com intervalo de confiança.

A identificação de associação, inicialmente deverá ocorrer através da análise bivariada entre os desfechos de interesse e cada variável independente, conforme modelo hierárquico. Utilizando-se um ponto de corte de 0.2 para a seleção de variáveis a serem incorporadas na análise multivariada. Com vistas ao controle dos fatores de confusão o mesmo ponto de corte será considerado para a manutenção das variáveis no modelo (valor $p=0.2$). A associação será considerada significativa para $p<0,05$.

6.9 Aspectos éticos

O protocolo do estudo foi submetido e aprovado, sob ofício de nº 176/2011 (Anexo A), pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da UFPel seguindo as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução CNS 196/96. Os princípios éticos foram assegurados através de: consentimento livre e esclarecido (Anexo B); garantia do direito de não participação na pesquisa e sigilo das informações prestadas.

6.10 Divulgação dos resultados

Os resultados na forma de artigos irão integrar a dissertação de mestrado no Programa de Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Os achados serão apresentados em periódicos de divulgação científica de circulação nacional e internacional, além da divulgação em eventos científicos da área e na imprensa local.

7. Cronograma

Ano/Semestre	2011	2011	2012	2012
	1ºSemestre	2ºSemestre	1ºSemestre	2ºSemestre
Revisão bibliográfica	X	X	X	X
Construção do projeto	X	X		
Preparação p/ campo	X			
Coleta de dados		X		
Construção do banco de dados		X		
Digitação de dados		X		
Limpeza de dados			X	
Qualificação do projeto			X	
Análise dos dados			X	X
Redação de artigos			X	X
Organização do volume da dissertação				X
Defesa da dissertação				X

Figura 6 - Cronograma

8. Referências

ACKER, G. M. The challenges in providing services to clients with mental illness: managed care, burnout and somatic symptoms among social workers. **Community Ment Health Journal**. Jamaica/ EUA, v. 46, n. 6, p. 591-600, dec; 2010.

AMARANTE, P. O modo psicossocial: paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: _____. (Org). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 316p. 2000.

AZEVEDO, D. M. de. Evaluation of health services current perspectives of mental health research. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. 2011 oct [cited 2012 sept 19]; v. 5, n. 8, oct; 2011. Disponível em:
http://www.ufpe.brevistaenfermagem/index.php/article/view/2162/pdf_673

BANDEIRA, M.; PITTA A. M.; MERCIER, C. Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental: qualidades psicométricas da versão brasileira. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 48, n. 6, p. 233-244, 1999.

_____; _____. Escalas Brasileiras de Avaliação da Satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.49, n.4, p. 105-115, 2000.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. O processo de adoecer pelo trabalho. In: _____. (org.). **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. S. Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BEZERRA JUNIOR, B. É preciso repensar o horizonte da Reforma Psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p.4590-4602, 2011.

BLANKERTZ, L. E.; ROBINSON, S. E. Turnover intentions of community mental health workers in psychosocial rehabilitation services. **Community Mental Health Journal**, n. 33, p. 517-29, 1997.

_____; _____. Recruitment and retention of psychosocial rehabilitation workers. **Adm Policy Mental Health**, EUA, v. 24, n. 3, p. 221-34, jan; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010.** Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011, 106p.

BRITO, J.; MUNIZ, H. P.; SANTORUM, K.; RAMMINGER, T. O trabalho nos serviços públicos de saúde: entre a inflação e ausência de normas. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Orgs). **Trabalhar na Saúde; experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 216p.

BRITO, M. J. M.; VIANNA, P. C. M.; SILVA, T. C.; COSTA, A. S. S. M.; SANTOS, F. X. O significado do trabalho para profissionais de saúde mental. **Journal Health Science Institute**, v. 28, n. 2, p. 165-8, 2010.

CAMILO, C. A.; BANDEIRA, M.; LEAL, R. M. A. C.; SCALON, J. D. Avaliação da satisfação e da sobrecarga em um serviço de saúde mental. **Caderno Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 82-92, 2012.

COSTA-ROSA, A. O modo Psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P. (org). **Ensaio-subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, 316p.

CRAWFORD, M. J.; ADEDEJI, T.; PRICE, K.; RUTTER, D. Job satisfaction and burnout among staff working in community-based personality disorder services. Reino Unido, **International Journal of Social Psychiatry**, p. 56-196, 2010.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-oboré, 1988, 163p.

_____. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. (Orgs). **Psicodinâmica do trabalho, contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** 1. ed. 12. reimp. São Paulo: Atlas, 2011, 145p.

DEJOURS, C; ADBDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI E.; JAYET, C. (Orgs). **Psicodinâmica do trabalho, contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** 1ed. 12 reimp. São Paulo, Atlas, 2011, 145p.

DELGADO, G. G. D. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4701- 706, 2011.

DE MARCO, P. F.; CITERO, V. A.; MORAES, E.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, v. 57, n. 3, p. 178-183, 2008.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica – definición y métodos de evaluación**. La Prensa Médica Mexicana, S. A. México, DF, 1984.

EDWARDS, D.; BURNARD, P.; COYLE, D.; FOTHERGILL, A.; HANNIGAN, B. Stressors, moderators and stress outcomes: findings from the All-Wales Community Mental Health Nurse Study. **Journal Psychiatric Mental Health Nursing**, v. 7, n. 6, p. 529-37, dec; 2000.

_____; _____. A stepwise multivariate analysis of factors that contribute to stress for mental health nurses working in the community. **Journal of Advanced Nursing**. v. 36, n. 6, p. 805-13, 2001.

EDWARDS, D.; BURNARD, P.; HANNIGAN, B.; COOPER, L.; ADAMS, J.; JUGGESSUR, T.; et al. Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. **Journal of Clinical Nursing**, n. 15, p. 1007-1015, 2006.

EVANS, S.; HUXLEY, P.; WEBBER, M.; KATONA, C.; GATELY, C.; MEARS, A.; et al. The impact of 'statutory duties' on mental health social workers in the UK. **Health and Social Care in the Community**, v. 13, n. 2, p. 145–154, 2005.

EVANS, S.; HUXLEY, P.; GATELY, C.; WEBBER, M.; MEARS, A.; PAJAK, S.; et al. Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. **British Journal of Psychiatry**, n. 188, p. 75-80, 2006.

FERRER, A. L. **Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos centros de atenção psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura** Dissertação (Mestrado). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2007.

FOTHERGILL, A.; EDWARDS, D.; HANNIGAN, B.; BURNARD, P.; COYLE, D. Self-esteem in community mental health nurses: findings from the all-Wales stress study. **Journal Psychiatric Mental Health Nursing**, v. 7, n. 4, p. 315-21, 2000.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Gestão em Redes**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

FRANCO, T. B. **Gestão do trabalho em saúde mental**. 2008. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/publicacoes.html>

GALEAZZI, G. M.; DELMONTE, S.; FAKHOURY, W.; PRIEBE, S. Morale of mental health professionals in Community Mental. Health Services of a Northern Italian Province. **Epidemiologia e Psichiatria Sociale**, v. 13, n. 3, 2004.

GELLIS, Z. D.; KIM, J. C. Predictors of depressive mood, occupational stress, and propensity to leave in older and younger mental health case managers. **Community Mental Health Journal**, v. 40, n. 5, p. 407-21, oct; 2004.

GELLIS, Z. D.; KIM, J.; HWANG, S. C. New York State case manager survey: urban and rural differences in job activities, job stress, and job satisfaction. **Journal of Behavioral Health Services & Research**, v. 31, n. 4, p. 430-40, oct./dez; 2004.

HANNIGAN, B.; EDWARDS, D.; COYLE, D.; FOTHERGILL, A.; BURNARD, P.; Burnout in community mental health nurses: findings from the all-Wales stress study. **Journal Psychiatric Mental Health Nursing**, v. 7, n. 2, p. 127-34, 2000.

HOBBSAWN, E. **Sobre história**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998, 336p.

ISETT, K. R.; ELLIS, A. R.; TOPPING, S.; MORRISSEY, J. P. Managed care and provider satisfaction in mental health settings. **Community Mental Health Journal**, New York, v. 45, n. 3, p. 209-21, jun; 2009.

ISHARA, S.; BANDEIRA, M.; ZUARDI, A.W. Public psychiatric services: job satisfaction evaluation. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 30, n. 1, p. 36-41, 2008.

LASALVIA, A.; BONETTO, C.; BERTANI, M.; BISSOLI, S.; CRISTOFALO, D.; MARRELLA, G.; et al. Influence of perceived organisational factors on job burnout: survey of community mental health staff. **British Journal Psychiatry**, Verona/Itália, v. 195, n. 6, p. 537-44, dez; 2009.

LINO, M. M. **Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de unidades de terapia intensiva**. 2004. 223 p. Tese (Doutorado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2004.

LOCKE, E. A. What is job satisfaction? **Organizational behavior and human performance**, v. 4, n. 4, p. 309-36, 1969.

MACHADO, M. H. Trabalho e Emprego em saúde. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p 309-330.

MACHADO, M. H.; KOSTER, I. Emprego e trabalho em saúde no Brasil: as políticas de despreciação do Sistema Único de Saúde. In: ASSUNÇÃO, A. A. (Org.) **Trabalhar na saúde; experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2011. 216p.

MARX, K. **O capital: a crítica da economia política**; livro I/ Karl Marx; tradução de Reginaldo Sant'Anna. 29. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, v. 2, 2011. 966p.

MASLACH, C.; JACKSON, S. **Maslach Burnout Inventory Manual**. Palo Alto: University of California. Consulting Psychologists, 1986.

MAURIN, J. T.; BOYD, C. B. Burden of mental illness on the family : a critical review. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 4, n. 2, p. 99-107, 1990.

MEYER, D. Technology, job satisfaction, and retention: rural mental health practitioners. **Journal Rural Health Spring**, EUA, v. 22, n. 2, p. 158-63, 2006.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 189p.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v. 27, n. 65, Rio de Janeiro, set/dez; 2003.

_____; _____. Trabalho em saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – FIOCRUZ. Dicionário de educação do profissional de saúde. Rio de Janeiro; 2005. Disponível em:

<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/#indexados>

NELSON, T.; JOHNSON, S.; BEBBINGTON, P. Satisfaction and burnout among staff of crisis resolution, assertive outreach and community mental health teams. A multicentre cross sectional survey. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Devon, v. 44, n. 7, p. 541-9, jul; 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Divisão de Saúde Mental da OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Condiciones de Salud y Trabajo en el Sector Salud**. Serie Nescon de Informes Técnicos N. 2. Brasília: OPAS, 2008. 38p.

_____. Reunião Regional dos observatórios de Recursos Humanos em Saúde (2005: Brasília, DF). **Chamado a ação de Toronto, 2006-2015: rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas**. Brasília: MS, 2006. 12p.

PARIS, M. Jr.; HOGE, M. A. Burnout in the mental health workforce; a review. **Journal of Behavioral Health Services & Research**, v. 37, n. 4, p. 519-528, 2010.

PELISOLI, C.; MOREIRA, A. K.; KRISTENSEN, C. H. Avaliação da satisfação e do impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais de saúde mental. **Mental**, v. 5, n. 9, p. 63-78, 2007.

PERKINS, D.; LARSEN, K.; LYLE, D.; BURNS, P. Securing and retaining a mental health workforce in Far Western New South Wales. **Australian Journal of Rural Health**, Austrália, v. 15, n. 2, p. 94-8, abr; 2007.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT; Annablume; 2008. 254p.

PITTA, A. M. F.; SILVA FILHO, J. F.; SOUZA CAMPOS, G. W.; LANCMAN, S.; KINOSHITA, R. T.; CAVALCANTI, M. T.; et al. Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros – Estudo da satisfação com os

resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores de serviços. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, v. 44, n. 9, p. 441-452, 1995.

PRIEBE, S.; FAKHOURY, W. K. H.; HOFFMANN, K.; POWELL, R. A. Morale and job perception of community mental health professionals in Berlin and London. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, n. 40, p. 223-232, 2005.

PROSSER, D.; JOHNSON, S.; KUIPERS, E.; SZMULKER, G.; BEBBINGTON, P.; THORNICROFT, G. Perceived sources of work stress and satisfaction among hospital and community mental health staff, and their relation to mental health, burnout and job satisfaction. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 43, n. 1, p. 51-59, 1997.

PROSSER, D.; JOHNSON, S.; KUIPERS, E.; DUNN, G.; SZMUKLER, G.; REID, Y.; et al. Mental health, "burnout" and job satisfaction in a longitudinal study of mental health staff. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 34, n. 6, p. 295-300, 1999.

REBOUÇAS, D.; LEGAY, L. F.; ABELHA, L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 244-50, 2007.

REBOUÇAS, D.; ABELHA, L.; LEGAY, L. F.; LOVISI, G. M. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto Brasil, **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 624-632, mar, 2008.

SALYERS, M. P.; BOND, G. R. An exploratory analysis of racial factors in staff burnout among assertive community treatment workers. **Community Mental Health Journal**, v. 37, n. 5, p. 393-404, 2001.

SALYERS, M. P.; HUDSON, C.; MORSE, G.; ROLLINS, A. L.; MONROE-DEVITA, M.; WILSON, C.; et al. BREATHE: a pilot study of a one-day retreat to reduce burnout among mental health professionals. **Psychiatric Service**, Indianápolis, v. 62, n. 2, p. 214-7, fev; 2011.

SCHEREN, M. D. A.; PIRES, D.; SCHARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 721-25, 2009.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Doenças crônicas não Transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet** - Saúde no Brasil, maio/2011.

SODRÉ, F. O trabalho e as Redes. In: MINAYO GOMES, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Orgs). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2011, 540p.

SORGAARD, K. W.; RYAN, P.; DAWSON, I. Qualified and Unqualified (N-R C) mental health nursing staff-minor differences in sources of stress and burnout. A

European multi-centre study. **BMC Health Services Research**, Norway, n. 14, p. 10-163, jun; 2010.

WORD HEALTH ORGANIZATION. WHO-SATIS **Consumer's and Caregivers' satisfaction with Mental Health Services – A Multisite Study**. Geneva: Division of Mental Health. WHO; 1996.

WYKES, T.; STEVENS, W.; EVERITT, B. Stress in community care teams: will it affect the sustainability of community care? **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, n. 32, p. 398-407, 1997.

9. Relatório do Trabalho de Campo

O presente estudo foi elaborado como parte do Mestrado em Enfermagem desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico em Enfermagem (PGEN-UFPeI) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPeI), com área de concentração em Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: Enfermagem em saúde mental e saúde coletiva. O mestrado teve início no mês de março do ano de 2011, com uma duração máxima prevista de 24 meses.

Os dados para realização do estudo são provenientes do Projeto CAPSUL II, pesquisa de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná) do Brasil (Apêndice B). O projeto é constituído de um estudo qualitativo e de um estudo quantitativo de abordagem epidemiológica.

A participação da presente autora no processo de execução do Projeto CAPSUL II aconteceu no estudo quantitativo: na coleta de dados, na limpeza do banco de dados e na construção do relatório do estudo. Antecedendo a etapa de coleta de dados, a participação na capacitação dos entrevistadores por meio de oficinas de sensibilização e estudo piloto com aplicação dos instrumentos, realizado em serviços não incluídos na amostra, no período de 20 a 30 de junho de 2012.

Os dados foram coletados no período de 01 a 13 de agosto de 2011, em dois municípios diferentes do Rio Grande do Sul, sendo em CAPS II na primeira semana e em CAPS I na segunda semana. Usuários e familiares de usuários foram entrevistados nos serviços, em ambiente disponibilizado por sua coordenação; e os trabalhadores eram orientados para o autopreenchimento do questionário no local de trabalho, esclarecidas possíveis dúvidas e conferidos na entrega. As três

modalidades de questionários foram codificadas ao final do dia de entrevistas pelos coletadores.

Além dos três segmentos mencionados, em ambos os serviços os coordenadores não haviam preenchido o questionário a eles enviado por e-mail, cabendo aos coletadores solicitar e estimular o preenchimento de exemplar impresso disponibilizado, recolhido e entregue aos coordenadores da pesquisa. O não preenchimento do questionário eletrônico foi motivado por dificuldades com o arquivo enviado, em um serviço e pela troca de coordenação devido a licença de saúde, entre outros.

Os trabalhadores do CAPS II haviam participado de outras pesquisas, talvez por isso, não apresentaram questionamentos em relação ao estudo, e responderam o questionário sem resistências, excetuando uma trabalhadora da higienização que protelou o preenchimento até o final da semana. As coletadoras ofereceram auxílio a esta trabalhadora para leitura e interpretação das questões, mas foi recusado, e ela não o respondeu, acarretando uma perda nesse serviço.

No CAPS I, do outro município, os trabalhadores manifestaram muitas dúvidas em relação ao estudo e convidaram os coletadores para participar da reunião de equipe a fim de dirimir as dúvidas coletivamente. Durante a reunião foram feitos questionamentos sobre o estudo, seus objetivos, cuidados quanto ao sigilo das informações, pois na primeira página do questionário era solicitado nome e telefone do trabalhador. Foram dados os esclarecimentos solicitados e justificada a necessidade dos dados de identificação para realização do controle de qualidade. A equipe do serviço solicitou retorno dos resultados da pesquisa de seu serviço, se possível.

Neste serviço, um dos trabalhadores, o que mais levantou questionamentos durante a reunião, não devolveu o questionário. Na tentativa de devolução do questionário respondido, foi realizado contato telefônico para localizar o trabalhador em outros locais de trabalho, pois o mesmo não tinha presença diária no serviço. Inicialmente, ele ficou de voltar ao CAPS para deixá-lo, mas não o fez e a partir de um segundo telefonema, o mesmo comprometeu-se de enviar o questionário respondido pelo correio, mas, também, não o fez.

A participação na limpeza do banco de dados ocorreu após a codificação das questões abertas e dupla digitação dos questionários por digitadores independentes no software Epi-Info 6.04, por meio de comparação dos arquivos e

avaliação dos erros de amplitude e consistência. O banco com dados de trabalhadores foi revisado, as dúvidas foram dirimidas com consulta aos questionários e as correções necessárias efetuadas no banco de dados.

Para elaboração do relatório do estudo quantitativo do projeto CAPSUL II procedeu-se análises uni e bivariadas, conforme a qualidade das variáveis, realizadas no software Stata 9.0. A análise univariada descreveu as medidas de tendência central e de dispersão, e para as variáveis categóricas foram utilizadas medidas de proporção e intervalo de confiança. A amostra foi composta por 546 trabalhadores dos serviços sorteados no Projeto CAPSUL II.

O projeto de dissertação foi submetido ao exame de qualificação em 26 de abril de 2011. Com sua aprovação e incorporação de sugestões da banca examinadora o processo deu seguimento com a revisão e limpeza do banco de dados referente ao questionário quantitativo de trabalhadores.

O recorte de análise apresentado neste volume, atendendo o preconizado pelo programa de Pós Graduação, refere-se a identificação dos fatores associados à satisfação dos trabalhadores. Os demais objetivos continuam sendo trabalhados e serão divulgados posteriormente.

O procedimento de análise de dados teve início com a verificação da distribuição dos casos em cada variável. A análise bivariada examinou o comportamento do desfecho de acordo com variáveis sociodemográficas e variáveis relacionadas à inserção e a organização do trabalho. As associações foram testadas por meio da comparação das proporções com teste qui-quadrado, sendo consideradas significativas as diferenças com o valor inferior a 0,05. A análise ajustada avaliou a distribuição de satisfação para as variáveis independentes estatisticamente associadas na análise bivariada de acordo com modelo hierarquizado proposto.

Além do estudo desenvolvido para a dissertação, durante o mestrado, na disciplina de Redação de Artigo Científico, foi construído um manuscrito com a temática de trabalho em serviços comunitários de saúde mental, o qual utilizou dados oriundos do banco do Projeto REDESUL: Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL, 2011). O manuscrito foi publicado em dezembro de 2012, em periódico Qualis B2, sob o título *O trabalho em serviços da rede de atenção psicossocial: dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores*.

Também, em fase de análise por periódico indexado, está o manuscrito construído a partir da revisão sistemática elaborada para o projeto da dissertação e encaminhado para periódico Qualis B2. O manuscrito tem como título: *Satisfação e sobrecarga em trabalhadores de serviços de saúde mental comunitária: uma revisão sistemática*.

A partir do banco de dados do Projeto CAPSUL II, está em fase de elaboração, estudo de caracterização do perfil sociodemográfico e de inserção no trabalho dos trabalhadores da amostra do projeto.

Para o 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Porto Alegre, novembro de 2012) foram elaborados e apresentados oralmente dois trabalhos, os quais foram: *Vínculo, remuneração e carga horária de trabalhadores de CAPS e SRT do Rio Grande do Sul* e *Faltas ao trabalho entre trabalhadores de SRT e CAPS do Rio Grande do Sul*. Ambos os trabalhos foram desenvolvidos a partir do banco de dados do Projeto REDESUL: Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL, 2011).

10. Artigo - Fatores associados à satisfação no trabalho em Centros de Atenção Psicossocial do sul do Brasil

Resumo:

Os trabalhadores de serviços comunitários de saúde mental são solicitados a arquitetar formas singulares de organizar seu trabalho. Os desafios do cotidiano do trabalho estimulam o trabalhador, mas podem gerar sofrimento e falta de satisfação no trabalho.

Objetivo: Analisar a prevalência de satisfação no trabalho e identificar fatores associados em trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Método: Estudo transversal com 546 indivíduos que trabalham em 40 Centros de Atenção Psicossocial, da região sul do Brasil. A satisfação foi definida a partir da Escala de Avaliação da Satisfação da Equipe de Saúde Mental (SATIS-BR). Dados sobre potenciais fatores associados à satisfação no trabalho foram coletados em questionário autoaplicado. Empregou-se modelo de regressão logística na análise ajustada.

Resultados: A prevalência de satisfação no trabalho na amostra estudada foi de 66,4%. Após ajuste mostraram-se associados à maior satisfação: função no CAPS de nível superior (excetuando médicos e psicólogos), tempo de trabalho em CAPS de 6 meses ou menos, realizar maior número de visitas domiciliares, boa supervisão pela equipe, possibilidade de fazer escolhas coletivas e cursos; e à menor satisfação: falta de ferramentas para o trabalho e presença de sobrecarga de trabalho.

Conclusões: Os resultados mostram associação da satisfação com fatores relacionados ao conteúdo do trabalho e às condições de trabalho no CAPS e também que um terço dos trabalhadores está insatisfeito em seu trabalho. Estes fornecem elementos para direcionar a busca por estratégias de organização dos serviços que contemplem as necessidades e aspirações dos segmentos envolvidos, pois mostram a necessidade de investir em supervisão pela equipe do serviço, em processos que democratizem os serviços e também na formação de seus trabalhadores.

Descritores: Satisfação no Trabalho; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Trabalho.

Factors associated with job satisfaction in Psychosocial Care Centers in Southern Brazil

Abstract:

Workers in communitarian mental health services are required to architect unique ways to organize their work. The challenges of daily work stimulate the worker, but they can cause suffering and lack of job satisfaction.

Objective: To analyze the prevalence of job satisfaction and identify factors associated with workers in Psychosocial Care Centers.

Method: Cross-sectional study with 546 individuals that work in 40 Psychosocial Care Centers (CAPS), in southern Brazil. The satisfaction was defined from the Brazilian Mental Health Services' Staff Satisfaction Scale (SATIS-BR). Data on potential factors associated with job satisfaction were collected in a self applied questionnaire. It was applied a logistics regression model in adjusted analysis.

Results: The prevalence of job satisfaction in the studied sample was 66.4%. After adjustment, they were associated with greater satisfaction: CAPS function in superior level (except physicians and psychologists), working time in CAPS for 6 months or less, doing more number of home visits, good team supervision, possibility of making collective choices and opportunity to take courses; and with less satisfaction: lack of tools to work and presence of work overload.

Conclusions: The results show an association of satisfaction with factors related to job content and working conditions in CAPS and also that one third of workers is dissatisfied in their work. These provide elements to direct the search for strategies of services organization that contemplate the needs and aspirations of the segments involved, because they show the necessity to invest in supervision by the service team, in processes that democratize the services and also in the training of their workers.

Descriptors: Job Satisfaction; Mental Health; Community Mental Health Services; Work.

Introdução

A Saúde Mental é mundialmente uma prioridade de saúde pública para o século XXI. Diferentes ações são necessárias para consolidar modelos de atenção que resgatem a cidadania dos indivíduos em sofrimento psíquico. Para tanto os serviços brasileiros para o cuidado em liberdade, no território do usuário, estruturados a partir da Reforma Psiquiátrica, expandiram numericamente e apresentam peculiaridades nas diferentes regiões do território nacional.

A expansão é verificada especialmente na rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que em 2004 era composta por 689 serviços e ao final de 2010 alcançou a soma de 1.620 serviços implantados no Brasil, dos quais 1.234 CAPS representam os serviços das modalidades I, II e III (BRASIL, 2011). Entre as regiões brasileiras, a região sul, é a que apresenta melhor cobertura de CAPS do Brasil, pois ao final de 2010 contava com 308 CAPS em sua Rede de Atenção em Saúde Mental, dos quais 224 nas modalidades I, II e III, com um indicador de 0,87 CAPS/100.000 habitantes, superior à média brasileira de 0,66 CAPS/100.000 habitantes (BRASIL, 2011).

Na expansão e consolidação de serviços substitutivos que promovam o cuidado em conjunto com as famílias e a comunidade, apoiem iniciativas na busca de autonomia e ofereçam atendimento multidisciplinar aos seus usuários, os trabalhadores são solicitados continuamente a superar fragilidades e arquitetar formas singulares de organizar seu trabalho. Os desafios do cotidiano do trabalho estimulam o trabalhador, mas podem gerar sofrimento, sobrecarga e falta de satisfação no trabalho.

As repercussões do trabalho são derivadas tanto das condições de trabalho (pressões físicas, mecânicas, químicas e biológicas do posto de trabalho) como da organização do trabalho que compreende o modo operatório prescrito, a distribuição das responsabilidades, a hierarquia, as modalidades de comando e as relações socioprofissionais entre outros (DEJOURS & ABDOUCHELI, 2011). Em saúde mental, a estes fatores, é acrescido o contato diário com pessoas em sofrimento psíquico, formando um conjunto que reflete na satisfação e, conseqüentemente, no bem-estar e na saúde mental do trabalhador, com influência percebida na qualidade do cuidado prestado aos usuários e, portanto dos serviços (BANDEIRA, 2007).

Na sociedade contemporânea, na qual o trabalho ocupa cada vez mais espaço na vida das pessoas, a satisfação no trabalho é considerada um importante aspecto da saúde mental dos trabalhadores. Este tema tem sido estudado por profissionais de várias áreas e interessado, particularmente, aos profissionais de saúde (MARTINEZ; PARAGUAY, 2003).

Estudos quantitativos brasileiros adotam concepções que relacionam satisfação e insatisfação no trabalho como fenômenos opostos e operacionalizam suas medidas por meio de escalas, sendo que a utilização de instrumentos validados favorece a operacionalização de avaliação da satisfação no trabalho (BANDEIRA, 1999; BANDEIRA, 2000). Contudo os estudos brasileiros não avaliaram a prevalência de satisfação no trabalho em serviços comunitários de saúde mental. Nos EUA, esta foi de 59% com o Job Satisfaction Survey, em amostra de 176 técnicos de referência (GELLIS, 2004) e de 90% com o Minnesota Job Satisfaction Questionnaire, em 98 profissionais (MARTIN, 1998).

Entre os fatores relacionados com maior satisfação no trabalho em serviços de saúde mental comunitários estão: maior autonomia (EVANS, 2006; NELSON, 2009), observação de mudanças rápidas no serviço, benefícios do trabalho em equipe, manter os clientes fora do hospital (NELSON, 2009); apoio organizacional (GELLIS, 2004b); oportunidade de promoção (MARTIN, 1998; PROSSER et al., 1999). E menor satisfação foi associada com encargos administrativos e grande número de casos (ISSET, 2009), estrutura física inadequada, falta de recursos humanos e materiais (ACKER, 2010; DE MARCO, 2008), desvalorização no local de trabalho (EVANS, 2006) e maior sobrecarga no trabalho (DE MARCO, 2008; REBOUÇAS, 2008; EVANS, 2006; PRIEBE, 2005).

No sentido de conhecer as repercussões do trabalho em serviços de saúde mental comunitários, este estudo tem como objetivos analisar a prevalência e identificar os fatores a ela associados em trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial nos três estados da região sul do Brasil.

Metodologia

Estudo transversal, constitui um recorte da pesquisa CAPSUL II (2011), realizada em 2011 com o objetivo de avaliar a atenção em saúde mental desenvolvida nos CAPS da região sul do Brasil, sob financiamento do Ministério da

Saúde. Os dados aqui estudados foram coletados por meio de questionário autoaplicado aos trabalhadores de 40 serviços, sorteados para o estudo. A amostra de CAPS foi estruturada de acordo com a oferta de serviços nos três estados da região, a concentração populacional dada por capital X interior e a distribuição geográfica dos serviços, além dos diferentes modelos de CAPS (I, II, III e excluídos CAPSi e CAPSad).

Nos 40 CAPS incluídos no estudo todos os trabalhadores em atividade foram convidados a participar e 546 responderam o questionário, constituindo amostra que permitiu estimar uma prevalência de satisfação de 66%, com margem de erro de 4,0 e Intervalo de Confiança de 95%. A fim de calcular de associações utilizou-se um valor de alfa igual a 5%, um poder estatístico de 80% para detectar risco relativo mínimo de 1,5 nas exposições e razão entre não exposto/exposto 2:1.

O desfecho satisfação foi definido a partir da aplicação da *Escala de Avaliação da Satisfação da Equipe em Serviços de Saúde Mental* (SATIS-BR) que é autoadministrada, contém 32 itens quantitativos e cada questão apresenta respostas dispostas em escala *Likert* de cinco pontos, em que 1 = muito insatisfeito, 2 = insatisfeito, 3 = indiferente, 4 = satisfeito e 5 = muito satisfeito. A referida escala foi desenvolvida em projeto multicêntrico pela OMS, validada no Brasil por Bandeira et al (2000), a partir de estudo canadense e apresenta elevada consistência interna ($\alpha=0,89$). Os itens são agrupados em quatro fatores: qualidade dos serviços oferecidos aos participantes; participação da equipe no serviço; condições de trabalho; relacionamento no serviço. Além dos itens quantitativos, três questões qualitativas estão incluídas na SATIS-BR.

Para definir a prevalência de satisfação entre os trabalhadores dos serviços foi calculada a média de satisfação global, dos 32 itens da escala; esta média foi produzida excluindo-se do N da média os dados faltantes (*“missing data”*). As médias foram estratificadas em cinco segmentos, onde 1 = 1,0 - 1,5 (muito insatisfeito); 2 = 1,51 - 2,5 (insatisfeito); 3 = 2,51 - 3,5 (indiferente); 4 = 3,51 - 4,5 (satisfeito); 5 = 4,51 - 5,0 (muito satisfeito), e calculadas as proporções em cada estrato (DE MARCO, 2007; CAMILO, 2012). Considerando opção pelo desfecho dicotômico para avaliar a influência das variáveis independentes na prevalência de satisfação no trabalho, foram identificados os estratos 4 e 5 como presença de satisfação.

As demais variáveis estudadas foram organizadas de acordo com seis níveis hierárquicos, segundo modelo teórico de determinação para controlar fatores de confusão distais na cadeia; onde o nível mais distal ao desfecho foi constituído por variáveis demográficas e tipo de serviço: sexo, idade (contínua e categorizada em 16/30, 31/45 e 46/70 anos), situação conjugal (solteiro, com companheiro e separado/divorciado/viúvo), escolaridade (ensino fundamental, ensino médio, graduação e pós-graduação) e tipo de CAPS (CAPS I, CAPS II e CAPS III). O segundo nível foi constituído por variáveis de inserção no trabalho quais foram: salário (contínua categorizada em ≤ 2 , > 2 a 5 e > 5 salários mínimos nacionais), carga horária no CAPS (contínua categorizada em 1/20, 21/30, 31/60 horas de trabalho semanais), carga horária em outro local (contínua categorizada em 0, 1/18, 20/28 e 30/135 horas de trabalho semanais); função no CAPS (psicólogo/médico, outras de nível superior e funções de nível médio e elementar), vínculo trabalhista (estatutário/celetista e não estável) e tempo de trabalho no CAPS (contínua categorizada em 1/6, 7/24 e 25/250 meses).

O terceiro nível foi composto por variáveis comportamentais, de organização do trabalho e avaliação do atendimento prestado, representadas por: tabagismo (não fumante, fumante e ex-fumante); consumo de bebida alcoólica (nunca, ≤ 1 vez/mês e ≥ 2 vezes/mês); realiza visita domiciliar (contínua categorizada em até 5/mês, de 5-40/mês); realiza atendimento individual (contínua categorizada em 0-10/mês, 11-80/mês e ≥ 81 /mês); realiza atendimento em grupo (contínua categorizada em 0/mês, 1-12/mês, ≥ 13 /mês); participa de reuniões de equipe (0/mês, 1-4/mês e ≥ 5 /mês).

No quarto nível foram explorados: avaliação do trabalhador quanto a supervisão, características do trabalho e avaliação do atendimento prestado. A supervisão foi dividida em: pela secretaria da saúde, pela equipe e pela comunidade, com escala de 0 a 10; após coletadas as variáveis foram categorizadas em ruim (0/3), intermediária (4/6) e boa (7/10); e as características do trabalho no CAPS representadas por: mudanças nas condições de trabalho (melhoraram muito, melhoraram pouco, não mudaram, pioraram), falta de ferramentas para o trabalho (não, sim), possibilidade de fazer escolhas coletivas (não, sim), possibilidade de fazer cursos (não, sim). A avaliação do atendimento prestado foi medida por escala de 0 a 10, categorizada após a coleta da mesma forma que as supervisões.

O quinto nível se constituiu por variáveis relacionadas a faltas ao trabalho em 6 meses (não, sim) e às condições de saúde, quais foram: problema de saúde (não, sim) e a suspeição de transtornos psiquiátricos menores com o *Self Report Questionnaire 20* (SRQ-20), que é constituído por 20 questões com respostas do tipo sim ou não e foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Mari & Williams (1985); para definir a prevalência da suspeição de transtornos psiquiátricos menores foi estabelecido ponto de corte em oito ou mais respostas positivas para mulheres e para homens seis ou mais respostas positivas (DILÉLIO et al., 2012).

O nível mais próximo ao desfecho satisfação no trabalho, sexto nível, foi composto pela avaliação de sobrecarga no trabalho medida pela *Escala de Avaliação de Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental* (IMPACTO-BR), desenvolvida pela OMS e validada no Brasil por Bandeira et al (2000), esta apresenta boa homogeneidade de itens e elevada consistência interna com $\alpha=0,87$. A referida escala contém 18 itens, cada um com respostas dispostas em escala *Likert* de cinco pontos, onde 1 = de forma alguma, 2 = não muito, 3 = mais ou menos, 4 = muito, 5 = extremamente. Foi calculada a média global dos itens e procedida a estratificação conforme escala original em cinco pontos observando as regras de arredondamento, considerando 0,5 ponto de corte (DE MARCO, 2007). Definida opção pelo desfecho dicotômico para avaliar prevalência de sobrecarga no trabalho foram identificados os estratos 2, 3, 4 e 5 como presença de alguma sobrecarga.

A coleta de dados foi realizada por 20 duplas de entrevistadores e aconteceu no período de agosto a dezembro de 2011, antecedida por estudo piloto para ajustes no questionário e avaliação dos possíveis coletadores. Controle de qualidade dos dados coletados foi garantido pela conferência do questionário ao final do preenchimento, na checagem pelos supervisores da pesquisa ao recebê-los e na replicação de 5% dos questionários. Os dados foram duplamente digitados, comparados e os erros corrigidos no banco de dados.

Os dados foram digitados no programa Epi Info 6.04 e analisados no programa estatístico STATA 9.0. Inicialmente realizou-se análise descritiva verificando a distribuição em cada variável. A análise bivariada examinou a prevalência de satisfação em cada variável estudada. As associações foram testadas por comparação das proporções, utilizando o teste qui quadrado e consideradas significativas diferenças com valor de $p \leq 0,05$. Foi utilizado o modelo

de regressão logística (FRANCISCO et al., 2008), com cálculo de *odds ratio* bruta e ajustada e intervalo com 95% de confiança (IC 95%) com seleção para trás. A análise ajustada buscou controlar possíveis fatores de confusão em relação às variáveis do mesmo nível e aquelas de níveis seguintes, sendo mantidas no modelo as variáveis com $p \leq 0,10$.

O protocolo do estudo foi aprovado, sob ofício de nº 176/2011 pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da UFPel. Os princípios éticos foram assegurados seguindo as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - Resolução CNS 196/96, utilização de consentimento livre e esclarecido, garantia do direito de não participação em qualquer momento da pesquisa e anonimato do entrevistado.

Resultados

Participaram do estudo 546 trabalhadores (83% do total de 658 lotados nos 40 serviços), sendo que a maioria eram mulheres (79,7%), com idade média de $37,5 \pm 10,8$ anos, com curso superior completo (54%) e tempo médio de trabalho nos serviços de $39,6 \pm 45$ meses. A prevalência de satisfação encontrada na amostra estudada foi de 66,4% e a média da satisfação global foi de 3,6 (para valores de 1 a 5).

Nas tabelas 1 e 2 estão descritos os resultados da análise bruta entre satisfação no trabalho e as variáveis selecionadas. Mostraram-se estatisticamente associadas à maior satisfação no trabalho as variáveis: idade; escolaridade com tendência de crescimento com aumento da idade; função no CAPS; vínculo trabalhista; tempo de trabalho em CAPS; supervisão pela secretaria de saúde, pela equipe e pela comunidade; falta de ferramentas para trabalho; possibilidade de fazer escolhas coletivas e de fazer cursos; falta ao trabalho em seis meses; problema de saúde autorreferido; transtornos psiquiátricos menores e presença de sobrecarga no trabalho.

Após ajuste as chances do trabalhador de CAPS estar satisfeito em seu trabalho foram 86% maiores para trabalhadores de nível superior (enfermeiro, assistente social, pedagogo, terapeuta ocupacional, educador físico, artista plástico, técnico em música, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo) do que para médicos e psicólogos. Estar trabalhando em CAPS entre 7 e 24 meses diminui

em 30% as chances de estar satisfeito do que para aqueles com 6 meses ou menos nos serviços. As chances foram 84% maiores de estar satisfeitos para aqueles que realizam de 6 a 40 visitas domiciliares por mês. Avaliar a supervisão pela equipe como boa aumenta em 3,94 vezes as chances de satisfação. A falta de ferramentas para o trabalho diminui em 60% as chances de satisfação. A possibilidade de fazer escolhas coletivas e fazer cursos aumentam as chances de satisfação em 6,4 e 1,3 vezes, respectivamente. As chances de estar satisfeito. As chances de estar satisfeito no trabalho são 48% menores para aqueles que estão sobrecarregados no trabalho.

As variáveis escolaridade, vínculo trabalhista e transtornos psiquiátricos menores foram mantidas no modelo, embora não tenham mostrado significância, por serem factíveis de confundimento.

Discussão

Corroborando o descrito na literatura, o presente estudo identificou forte associação de satisfação com condições de trabalho e com organização do trabalho no CAPS, sendo que as características individuais do trabalhador apresentaram-se com menor significância entre os fatores associados à satisfação.

A média de satisfação global identificada, de 3,6, aproxima-se de outros estudos brasileiros. Estes avaliaram satisfação em trabalhadores inseridos em serviços implantados após as mudanças ocorridas com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, e identificaram escores de satisfação global de 3,43 e 3,59 com a escala SATIS-BR (REBOUÇAS, 2008; DE MARCO, 2008), classificados como próximos à indiferença, em escala de 1 a 5 pontos. Outros estudos identificaram médias de satisfação mais altas (4,05 e 4,02), contudo suas amostras caracterizaram um único serviço (CAMILO, 2012; PELISOLI, 2007). Escores intermediários de satisfação foram identificados em estudos na Itália com questionário não validado (GIGANTESCO, 2003) e com *Minnesota Satisfaction Questionnaire* (GALEAZZI, 2004).

Contudo os estudos brasileiros não avaliaram a prevalência de satisfação no trabalho em serviços comunitários de saúde mental. Nos EUA, esta foi de 59% com o Job Satisfaction Survey, em amostra de 176 técnicos de referência (GELLIS, 2004)

e de 90% com o Minnesota Job Satisfaction Questionnaire, em 98 profissionais (MARTIN,1998).

A identificação de maior satisfação no trabalho com idade mais avançada do trabalhador pode estar relacionada a mudanças na percepção do processo de trabalho a partir da vivência no serviço, assim como mudanças nas metas e valores pessoais perante a vida e o trabalho.

O período reduzido de inserção em serviços abertos para pessoas em sofrimento psíquico oportuniza menor exposição ao dia a dia no CAPS, em consequência é possível que o trabalhador não tenha experienciado diversidade de situações que possibilite uma avaliação tal qual os trabalhadores com maior tempo de trabalho em CAPS. Evidências que corroboram os achados de De Marco e colaboradores (2008), que associaram trabalhar período de 5 a 10 anos em Saúde Mental com níveis menores de satisfação; e divergem de estudo no Reino Unido que associou 5 ou mais anos de trabalho com níveis maiores satisfação (ISSET, 2009).

Na atenção à saúde o atendimento domiciliar reflete as limitações do atendimento institucional e da atuação individual do profissional, e no cuidado em saúde mental é acrescida da busca de inclusão social do usuário. Quando a equipe do CAPS utiliza a estratégia de visita domiciliar pretende primordialmente capacitar a família a utilizar recursos próprios, incluí-la no processo de tratamento e aumentar as possibilidades de vinculação com os profissionais (PIETROULONGO, 2007). Os trabalhadores identificados com a visão ampliada do fenômeno da loucura e com o cuidado em liberdade e no território objetivam a reintegração do usuário à sua família e comunidade e dessa forma a visita domiciliar é uma das estratégias frequentes de trabalho.

O trabalho em CAPS pressupõe interdisciplinaridade, principalmente porque o adoecer psíquico não é um fenômeno homogêneo e simples, mas complexo e multifacetado (MILHOMEM, 2007). Para tanto as equipes se constroem com variedade de profissionais, capazes de operar diversos instrumentos de trabalho, que vão desde conhecimento especializado a recursos materiais específicos. A complexidade de composição apresentada pelas equipes de CAPS pressupõe arranjos e rearranjos frequentes, a fim de articular o trabalho dos diferentes atores (RAMMINGER, 2007).

Muitos profissionais tem no CAPS experiência única de trabalho interdisciplinar. Profissões de nível superior, com processos de trabalho diversos, em

saúde mental podem articulá-los e organizá-los de forma peculiar, a partir de discussões com o grupo de trabalho. Estudos no Reino Unido e EUA identificaram associação de satisfação com autonomia no trabalho (ISETT, 2009; NELSON, 2009; EVANS, 2006), contudo estudo de Isett e colaboradores (2009) não identificaram associação com profissão/função, assim como não houve diferença na satisfação entre médicos e enfermeiros em estudo de Galeazzi e col. (2004).

Os resultados apontam para uma maior importância dada as relações estabelecidas na equipe de trabalho, por meio da supervisão e das escolhas coletivas, também observada em estudo com 209 trabalhadores de CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos, ao identificar as dificuldades ou problemas com a equipe como situação mais prevalente em incomodar seus trabalhadores, entre as situações mencionadas (LAPISCHIES, 2012).

Além das situações definidas nos arranjos internos das equipes, fatores associados com satisfação podem estar estabelecidos a partir da gestão dos serviços, tais como possibilidade de fazer escolhas coletivas, possibilidade de fazer cursos, falta de ferramentas para o trabalho; identificados com achados da literatura que associaram satisfação com apoio organizacional (GELLIS, 2004b), oportunidade de promoção (MARTIN, 1998; PROSSER, 1999), mudanças rápidas nos serviços (NELSON, 2009) e estrutura física, recursos humanos e materiais (ACKER, 2010; DE MARCO, 2008).

Os serviços para o cuidado em saúde mental na comunidade têm seu funcionamento regulamentado em legislação específica; assim como os demais serviços do Sistema Único de Saúde, operacionalizam e implementam políticas definidas pelo Ministério da Saúde. Não obstante a Política Nacional de Humanização, Atenção e Gestão do SUS e o Programa Nacional de Desprecarização do SUS, as normatizações para os CAPS não contemplam forma de contratação dos trabalhadores, formação, capacitação e remuneração, definições que são assumidas pelo município, responsável pela gestão local dos serviços.

A sobrecarga de trabalho se apresenta inversamente associada à satisfação, como identificado em outros estudos (ISETT, 2009; DE MARCO, 2008; REBOUÇAS, 2008; EVANS, 2006; GALEAZZI, 2004). A sobrecarga pode estar relacionado tanto à gestão dos serviços, na forma de número insuficiente de trabalhadores para desenvolver o cuidado aos usuários do território adstrito, como à dificuldades na organização do trabalho. O cotidiano no CAPS pressupõe comprometimento com

modo psicossocial de cuidado e criatividade na busca de reinserção do usuário, mas estes pressupostos além de conquista podem se constituir em obrigação, até mesmo em um fardo ao trabalhador do serviço (RAMMINGER, 2011).

A satisfação pode estar superestimada em virtude da possível insatisfação entre os que optaram não manifestar sua opinião e os ausentes de seus locais de trabalho; assim como a utilização de regressão logística pode ter ampliado os intervalos de confiança das associações, aumentando a variância das estimativas. Pondera-se, também, as limitações inerentes a um estudo de delineamento transversal, que não identifica a evolução das variáveis envolvidas. Entre as possíveis interferências está o tempo diverso de funcionamento dos serviços, pois entre estes estavam unidades com histórico recente, que podem não ter ainda estabelecidas rotinas e definições a cerca de seu funcionamento.

Considerações Finais

Os resultados mostram forte associação da satisfação com fatores relacionados ao conteúdo e às condições de trabalho no CAPS, a partir dos quais é possível refletir e propor ações de caráter coletivo para aumentar a satisfação dos trabalhadores; entre as quais, adequar as condições materiais dos serviços (área física, equipamentos, fármacos, materiais) à atenção integral e à variedade de atividades necessárias para o cuidado em liberdade ao usuário.

Importante também, problematizar e organizar o processo de trabalho nos serviços a fim de contemplar necessidades e aspirações dos segmentos envolvidos, com ampliação e qualificação da supervisão pela equipe, inclusão de instâncias de discussão e planejamento no cotidiano dos serviços, assim como, de processos gerenciais descentralizados e democráticos. Outro aspecto a ser considerado é a formação dos trabalhadores que proporcione articulação entre marcos conceituais e campos da prática no CAPS e, seja estimulada e promovida pelos gestores.

Continuamos em transição de modelos, onde o modelo de cuidado em liberdade ainda não domina a atenção em saúde mental, pois coexiste com o modelo manicomial e sendo pressionado por este. Os espaços de trabalho em saúde mental são ocupados, principalmente, por trabalhadores que acreditam na reforma e valorizam as formas de organização de seu trabalho. Ampliar a satisfação

destes, considerando que um terço dos questionados está insatisfeito em seu trabalho, possivelmente contribuirá para a consolidação do modelo.

Referências:

ACKER, G.M. The challenges in providing services to clients with mental illness: managed care, burnout and somatic symptoms among social workers. **Community Mental Health Journal**. Jamaica/ EUA, v. 46, n. 6, p. 591-600, dec; 2010.

ARAÚJO, T. M.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C. O.; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista Saúde Pública**, v. 37, p. 425-33, 2003.

BANDEIRA, M.; PITTA A. M. F.; MERCIER, C. Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental: qualidades psicométricas da versão brasileira. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 48, n. 6, p. 233-244, 1999.

BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. Escalas Brasileiras de Avaliação da Satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 49, n. 4, p. 105-115, 2000.

BANDEIRA, M.; ISHARA, S.; ZUARDI A. W. Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade de construto das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 4, p. 280-286, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. **Relatório de Gestão 2007-2010**. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011, 106p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2004.

CAMILO, C. A.; BANDEIRA, M.; LEAL, R. M. A. C.; SCALON, J. D. Avaliação da satisfação e sobrecarga em um serviço de saúde mental. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 82-92, 2012.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Propriedades psicométricas do Questionário de Satisfação no Trabalho (S20/23). **Revista de Psicologia Universidade São Francisco**, v. 13, n. 2, p. 203-210, jul./dez; 2008.

CAPSUL II. **Projeto de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região sul do Brasil**. Coord. KANTORSKI, L. P. Universidade Federal de Pelotas, 2011. 90p.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez-oboré, 1988, 163p.

DE MARCO, P. F.; CITERO, V. A.; MORAES, E.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, v. 57, n. 3, p. 78-183, 2008.

DILÉLIO, A. S.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; SILVA, S. M.; THUMÉ, E.; PICCINI, R. X.; SILVEIRA, D. S.; MAIA, M. F. S.; OSÓRIO, A.; SIQUEIRA, F. V.; JARDIM, V. M. R.; LEMÕES, M. A. L.; BORGES, C. L. S. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 503-514, mar; 2012.

EVANS, S.; HUXLEY, P.; GATELY, C.; WEBBER, M.; MEARS, A.; PAJAK, S.; MEDINA, J.; KENDALL, T.; KATONA, C. Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. **British Journal Psychiatry**, n. 188, p. 75-80, 2006.

FRANCISCO, P. M. S. B.; DONALISIO, M. R.; BARROS, M. B. A.; CESAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 11, n. 3, p. 347-55, 2008.

GALEAZZI, G. M.; DELMONTE, S.; FAKHOURY, W.; PRIEBE, S. Morale of mental health professionals in Community Mental. Health Services of a Northern Italian Province. **Epidemiologia e Psichiatria Sociale**, v. 13, n. 3, 2004.

GELLIS, Z. D.; KIM, J. C. Predictors of depressive mood, occupational stress, and propensity to leave in older and younger mental health case managers. **Community Mental Health Journal**, v. 40, n. 5, p. 407-21, oct; 2004.

GELLIS, Z. D.; KIM, J.; HWANG, S. C. New York State case manager survey: urban and rural differences in job activities, job stress, and job satisfaction. **Journal Behavioral Health Services & Research**, v. 31, n. 4, p. 430-40, oct-dec; 2004.

GIGANTESCO, A.; PICARDI, A.; CHIAIA, E.; BALBI, A.; MOROSINI, P. Job satisfaction among mental health professionals in Rome, Italy. **Community Mental Health Journal**, v. 39, n. 4, p. 349-55, 2003.

ISETT, K. R.; ELLIS, A. R.; TOPPING, S.; MORRISSEY, J. P. Managed care and provider satisfaction in mental health settings. **Community Mental Health Journal**, New York, v. 45, n. 3, p. 209-21, jun; 2009.

LAPISCHIES, S. R. L.; LIMA, Z. G.; JARDIM, V. M. R.; COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P. O trabalho em serviços da rede de atenção psicossocial: dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 697-702, out/dez; 2012.

LOCKE, E. A. The nature and causes of job satisfaction. In: DUNNETTE, M. D. (org). **Handbook of industrial and organizational psychology**. Chicago: Rand McNally; 1076, p.1297-349.

MARI, J. J.; WILLIAMS P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **British Journal Psychiatry**, n. 148, p. 23-6, 1986.

MARTIN, U.; SCHINKE, S. P. Organizational and individual factors influencing job satisfaction and burnout of mental health workers. **Social work health care**, v. 28, n. 2, p. 51-62, 1998. PubMed PMID: 9802151.

MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, n. 6, p. 59-78, 2003.

MILHOMEM, M. A. G. C.; OLIVEIRA, A. G. B. O trabalho em equipe nos centros de atenção psicossocial – CAPS. **Cogitare enfermagem** [Internet] v. 12, n. 1, p. 101-8, 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/8277/5786>>. Acessado em: 14 ago 2012.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L.; CARVALHO, F. M.; BONFIM, T. A. S.; CIRINO, C. A. S.; FERREIRA, I. S. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, n. 22, p. 131-40, 2006.

NELSON, T.; JOHNSON, S.; BEBBINGTON, P. Satisfaction and burnout among staff of crisis resolution, assertive outreach and community mental health teams. A multicentre cross sectional survey. **Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology**, Devon, v. 44, n. 7, p. 541-9, jul; 2009.

PELISOLLI, C.; MOREIRA, A. K.; KRISTENSEN C. H. Avaliação da satisfação e do impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais de saúde mental. **Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC**, Barbacena, V, n. 9, p. 63-78, Nov; 2007.

PIETROLUONGO, A. P. C.; RESENDE, T. I. M. Visita domiciliar em Saúde Mental – o papel do psicólogo em questão. **Psicologia, ciência e profissão**, v. 27, n. 1, p. 22-31, 2007.

PROSSER, D.; JOHNSON, S.; KUIPERS, E.; DUNN, G.; SZMUKLER, G.; REID, Y.; BEBBINGTON, P.; THORNICROFT, G. Mental health, "burnout" and job satisfaction in a longitudinal study of mental health staff. **Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology**, v. 34, n. 6, p. 295-300, 1999.

REBOUÇAS, D.; ABELHA, L.; LEGAY, L. F.; LOVISI, G. M. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto Brasil, **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 624-632, mar; 2008.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. "Cada CAPS é um CAPS": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia e Sociedade**. [Internet], v. 23, n. spe, p. 150-60, 2011. Disponível em: <<http://www6.ufrgs.br/seerpsicsoc/ojs/>>. Acessado em: 30 jul. 2012.

RAMMINGER, T.; NARDI, H. C. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de reforma psiquiátrica. **Physis**, v. 17, n. 2, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0103-7331&lng=pt&nrm=iso

SCHEREN, M. D. A.; PIRES, D.; SCHARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 721-25, 2009.

WORD HEALTH ORGANIZATION. WHO-SATIS. **Consumer's and Caregivers' satisfaction with Mental Health Services – A Multisite Study**. Geneva: Division of Mental Health. WHO; 1996.

Tabela 1 – Prevalência de satisfação de acordo com variáveis demográficas, tipo de serviço, de inserção no trabalho, comportamentais, de organização do trabalho e as respectivas Odds Ratio (OR), intervalos de confiança de 95% (IC 95%) e valores de p, em trabalhadores de CAPS da região sul do Brasil, 2011.

Variável	n	Satisfação	OR (IC 95%)	p valor
Sexo				0,869
Masculino	111	65,8%	1,00	
Feminino	435	66,6%	1,03(0,67-1,61)	
Idade				0,012
≤ 25 anos	73	67,1%	1,00	
26 a 35 anos	180	62,8%	0,83(0,46-1,47)	
36 a 45 anos	143	62,9%	0,83(0,46-1,51)	
≥ 46 anos	144	74,3%	1,42(0,77-2,62)	
Situação Conjugal				0,199
Solteiro	190	66%	1,00	
Com companheiro	286	68,5%	1,10(0,74-1,63)	
Separado/divorciado/viúvo	67	57%	0,66(0,38-1,18)	
Escolaridade				0,003*
Ensino Fundamental	61	78,7%	1,00	
Ensino Médio	186	71,5%	0,68(0,34-1,35)	
Graduação	126	60%	0,41(0,20-0,83)	
Pós-Graduação	173	61,3%	0,43(0,22-0,85)	
Tipo de CAPS				0,060
CAPS I	257	71,7%	1,00	
CAPS II	181	62,5%	0,66(0,44-0,99)	
CAPS III	108	61%	0,63(0,39-1,00)	
Salário				0,157
≤ 2 Salários Mínimos Nacionais	208	70,2%	1,00	
>2 a 5 Salários Mínimos Nacionais	216	62%	0,69(0,46-1,04)	
> 5 Salários Mín. Nacionais	70	61,4%	0,67(0,38-1,19)	
Carga Horária no CAPS				0,125
1 a 20 Horas semanais	166	69,1%	1,00	
21 a 30 Horas semanais	152	59,9%	0,67(0,42-1,06)	
31 a 60 Horas semanais	224	69,2%	1,00(0,65-1,55)	
Carga Horária em Outro Local				0,102
0 Hora	382	68,6%	1,00	
1 a 18 Horas	46	71,7%	1,16(0,59-2,29)	
20 a 30 Horas	77	59,7%	0,68(0,41-1,12)	
31 a 135 Horas	41	52,5%	0,59(0,26-0,98)	
Função no CAPS				0,007
Médico e Psicólogo	111	54,1%	1,00	
Outras de nível superior**	170	67,5%	1,76(1,08-2,88)	
Funções de n. Médio e Elementar	265	74,7%	2,07(1,31-3,28)	
Vínculo Trabalhista				0,004
CLT/Estatutário	359	61,8%	1,00	
Vínculos não estáveis	159	74,7%	1,82(1,20-2,76)	
Tempo de Trabalho em CAPS				<0,001
1 a 6 meses	133	83,5%	1,00	
7 a 24 meses	143	59,9%	0,29(0,17-0,52)	
25 a 250 meses	267	61,1%	0,31(0,18-0,52)	
Tabagismo				0,127
Não	438	67,3%	1,00	
Sim	59	73,9%	1,31(0,71-2,40)	
Ex Fumante	46	54,4%	0,58(0,31-1,07)	
Consumo de bebida alcoólica				0,083
Não bebe	208	72,1%	1,00	
1 vez por mês ou menos	138	62,3%	0,64(0,40-1,01)	
2 vezes por mês ou mais	182	63,2%	0,66(0,43-1,02)	

*Teste de Tendência

**Enfermeiro, assistente social, pedagogo, terapeuta ocupacional, educador físico, artista plástico, técnico em música, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo.

Tabela 2 – Prevalência de satisfação de acordo com variáveis de avaliação da supervisão, características do trabalho, avaliação do atendimento, faltas ao trabalho, condições de saúde, sobrecarga e as respectivas odds ratio (OR), intervalos de confiança de 95% (IC 95%) e valores de p, em trabalhadores de CAPS da região sul do Brasil, 2011.

Variável	n	Satisfação	OR (IC 95%)	p valor
Visitas Domiciliares				0,070
Até 5 VD/mês	356	64,3%	1,00	
De 6 a 40 VD/mês	87	74,4%	1,61(0,95-2,74)	
Atendimento em Grupos				0,227
0 Atend. em Grupo	162	71%	1,00	
1 a 12 AG/mês	176	66%	0,78(0,49-1,24)	
13 a 360 AG/mês	105	61%	0,63(0,37-1,07)	
Reuniões de Equipe				0,615
0 Reunião de Equipe	86	66,3%	1,00	
1 a 4 Reuniões de Equipe/mês	291	63,5%	0,88(0,53-1,46)	
5 a 31 Reuniões de Equipe/mês	93	68,8%	1,12(0,60-2,10)	
Supervisão pela Secretaria Municipal				<0,001
Ruim (0,1,2,3)	205	55,6%	1,00	
Intermediária (4,5,6)	96	60,4%	1,21(0,74-1,99)	
Boa (7,8,9,10)	204	78,9%	3,15(2,03-4,89)	
Supervisão pela Equipe				<0,001
Ruim ou Insatisfatória	67	29,9%	1,00	
Intermediária	67	58,2%	3,27(1,60-6,68)	
Boa	373	74,2%	6,76(3,81-11,98)	
Supervisão pela Comunidade				<0,001
Ruim ou Insatisfatória	224	54,5%	1,00	
Intermediária	92	59,8%	1,24(0,75-2,03)	
Boa ou Satisfatória	182	81,8%	3,74(2,36-5,93)	
Falta de Ferramentas p/ trabalho				<0,001
Não	249	80,7%	1,00	
Sim	283	53%	0,27(0,18-0,40)	
Pode fazer escolhas coletivas				<0,001
Não	47	40,4%	1,00	
Sim	486	68,5%	3,20(1,73-5,90)	
Pode fazer cursos				<0,001
Não	137	48,2%	1,00	
Sim	379	72%	2,76(1,84-4,12)	
Falta ao Trabalho em 6 meses				0,008
Não	335	71%	1,00	
Sim	204	59%	0,61(0,43-0,87)	
Problemas de Saúde				0,037
Não	373	69,1%	1,00	
Sim	148	59,5%	0,65(0,44-0,98)	
SRQ - 20				0,003
Negativo	381	71,1%	1,00	
Positivo	28	42,9%	0,30(0,14-0,66)	
Sobrecarga				<0,001
Não	272	78,9%	1,00	
Sim	269	54,3%	0,32(0,22-0,47)	

Tabela 3 - Análise ajustada do efeito das variáveis independentes sobre a satisfação no trabalho em Centros de Atenção Psicossocial da região sul do Brasil, 2011.

Variável	OR Ajustada* (IC 95%)	p valor
Escolaridade		0,045
Ensino Fundamental	1,00	
Ensino Médio	0,60(0,28-1,28)	
Graduação	0,23(0,08-0,65)	
Pós-Graduação	0,26(0,08-0,82)	
Função no CAPS		0,012
Médico e Psicólogo	1,00	
Outras de nível superior	1,86(1,11-3,12)	
Funções de nível médio e elementar	0,70(0,27-1,81)	
Vínculo Trabalhista		0,052
CLT/Estatutário	1,00	
Vínculos Não Estáveis	1,57(0,99-2,48)	
Tempo de Trabalho em CAPS		0,0001
1 a 6 meses	1,00	
7 a 24 meses	0,30(0,17-0,55)	
25 a 250 meses	0,36(0,20-0,63)	
Visitas Domiciliares		0,03
Até 5 VD/mês	1,00	
De 6 a 40 VD/mês	1,84(1,04-3,25)	
Supervisão pela Equipe		0,001
Ruim ou Insatisfatória	1,00	
Intermediária	3,50(1,42-8,61)	
Boa ou Satisfatória	3,94(1,86-8,38)	
Falta de Ferramentas p/ Trabalho		0,0002
Não	1,00	
Sim	0,38(0,23-0,64)	
Pode fazer escolhas coletivas		0,001
Não	1,00	
Sim	7,39(1,86-29,31)	
Pode fazer cursos		0,006
Não	1,00	
Sim	2,27(1,27-4,06)	
SRQ 20		0,09
Negativo	1,00	
Positivo	0,34(0,12-0,94)	
Sobrecarga		0,022
Não	1,00	
Sim	0,48(0,25-0,90)	

*Conforme modelo hierárquico.

**Enfermeiro, assistente social, pedagogo, terapeuta ocupacional, educador físico, artista plástico, técnico em música, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo.

APÊNDICES

Apêndice A – Estudos que investigaram satisfação e sobrecarga em trabalhadores de serviços de saúde mental de base comunitária.

Autor	Local/Ano	Objetivos	Amostra	Principais Resultados
Blankertz & Robinson	EUA/1997	Examinar intenções de abandono e razões p/ ficar e deixar o trabalho. Determinar fatores preditores de rotatividade.	848 trabalhadores	Motivos para ficar: desejo de ajudar os clientes (42%); interesse e desafio do trabalho (15%) e satisfação c/ resultados dos clientes (11%). Motivos para mudar de trabalho: estresse/burnout (21%); baixo salário (20%) e pouco potencial p/ promoção (13%). Correlação positiva entre: escolaridade e intenção de sair; intenção de sair e exaustão emocional e despersonalização e correlação negativa de intenção de sair com realização profissional e anos no serviço.
Blankertz & Robinson	EUA/1997	Examinar percepção sobre a motivação de entrada e saída do serviço entre trabalhadores e administradores	848 trabalhadores	Associação entre burnout e intenção de deixar o serviço. Administradores, motivos para ficar: oportunidade de participar de conferências (81%); aumentos salariais (68%); formação adicional (67%).
Prosser et al	Reino Unido/1997	Identificar fontes de estresse e satisfação no trabalho entre os profissionais de equipes de saúde mental.	121 trabalhadores	Maiores fontes de estresse: recursos humanos insuficientes; responsabilidade s/ poder; muitas tarefas administrativas. Maiores fontes de satisfação: trabalhar c/ e ajudar pacientes; contribuir c/ a equipe; companhia de colegas. Não trabalhar em hospital está associado c/ aumento da percepção de sobrecarga.
Wykes et al	Reino Unido/1997	Investigar fatores que atuam no desenvolvimento de burnout. Produzir dados para fins de	61 trabalhadores	GHQ-28 total foi correlacionado significativamente c/ as 3 subescalas do MBI. Equipe comunitárias experimentaram altos níveis de burnout. Sem correlação

		comparação com avaliação de novos serviços.		significativa entre burnout e licenças médicas. MBI não apresentou diferença entre os sexos, mas mulheres relataram mais estressores diários. Burnout e estresse sem diferença entre as profissões.
Martin & Schinke	EUA/1998	Verificar níveis de satisfação no trabalho e burnout em trabalhadores de saúde mental.	200 trabalhadores	Burnout moderado ou severo em 57% dos trabalhadores. Correlação mais forte de satisfação c/ oportunidades de promoção, seguida de elogio dos supervisores e negativa c/ burnout.
Prosser et al	Londres/Reino Unido/1999	Examinar se a substituição de serviço hospitalar por serviço comunitário foi acompanhada pelo aumento burnout, deterioração da saúde mental e diminuição da satisfação no trabalho.	121/100/94 trabalhadores	Na 1ª fase (1994) escores altos de Exaustão Emocional e baixos em Bem-Estar psicológico. Sem aumento progressivo dos níveis de estresse e desgaste tanto na comunidade como na internação. Os profissionais dos serviços na comunidade c/ pior saúde mental ao longo dos 3 anos embora não apresentaram aumento de burnout ao longo dos anos. Escores médios de satisfação durante todo estudo.
Edwards et al	Reino Unido/2000	Examinar frequência e gravidade dos estressores vivenciados por enfermeiros de saúde mental comunitária.	301 enfermeiros	Fatores organizacionais: maiores fontes de estresse do que características dos pacientes. GHQ-12 indicou que 35% dos enfermeiros ultrapassaram o limiar de transtorno psiquiátrico. MBI: 51% c/ altos níveis de Exaustão Emocional; 24% c/ altos níveis de Despersonalização e 14% falta de Realização Pessoal.
Fotherguil et al	Reino Unido/2000	Identificar estressores específicos, fatores moderadores e estratégias de enfrentamento.	301 enfermeiros	Correlação positiva entre: autoestima e nº de anos trabalhados em Serviços Comunitários de Saúde Mental; autoestima e escore total do GHQ-12, MBI subescala de Despersonalização, escore total do CPN Stress. Correlação negativa significativa entre autoestima e Realização Pessoal do MBI e todas as subescalas do PsychNurse Methods de coping.

Hannigan et al	Reino Unido/2000	Investigar as causas, moderadores e resultados do estresse entre enfermeiros de serviços de saúde mental comunitária em todo País de Gales.	301 enfermeiros	Trabalhar em um ambiente urbano e sem gerente de apoio foram os indicadores de maior exaustão emocional. Despersonalização maior para o sexo masculino; cuidador de idosos; sem segurança no emprego e sem apoio de gerente. Relação inversa entre Despersonalização e tempo de experiência em equipes de SMC. Realização pessoal maior para: c/ responsabilidade gerencial; pós-graduação completa e bebem álcool.
Edwards et al	Reino Unido/2001	Examinar frequência e gravidade dos estressores vivenciados por enfermeiros de saúde mental comunitária no País de Gales.	301 enfermeiros	Preditores de estresse: exaustão emocional; trabalhar com clientes c/doença mental grave, c/ relacionamentos ruins c/ seus gerentes, que não bebem álcool e não se sentem seguros no emprego.
Salyers & Bond	EUA/2001	Examinar a relação entre raça o burnout em uma amostra de gerentes de caso que trabalham com pessoas com doença mental grave.	79 trabalhadores	Comparados com os caucasianos, afro-americanos relataram significativamente menor esgotamento emocional e despersonalização, mas não diferem em níveis de realização pessoal. Afro-americanos relataram maior controle da gestão e menor conforto do que caucasianos. Controle não se relacionou c/ burnout.
Gellis et al	EUA/2004	Descrever as tarefas específicas dos gerentes de caso em saúde mental comunitária. Analisar as diferentes percepções dos gerentes de caso sobre estresse e satisfação no trabalho em áreas urbanas e rurais.	176 trabalhadores	Poucas diferenças de atividades entre urbanos e rurais. Profissionais c/ pós graduação ocupam mais tempo em terapia individual e psico educação do que os c/ graduação. Estressores mais pontuados: salário inadequado; lidar c/ situações de crise; papelada excessiva; falta de oportunidade p/ promoção; pessoal insuficiente; colegas não fazem seu trabalho; cumprimento de prazos; aumento das atribuições; concorrência p/ progressão. Falta

				de apoio organizacional estressor mais relatado do que pressão no trabalho por ambos os grupos. Alta frequência de eventos de crise pode levar a estresse ocupacional e menor satisfação no trabalho.
Gellis & Kim	EUA/2004	Investigar preditores de estresse, humor depressivo e propensão de deixar o trabalho de acordo c/ idade dos Gerentes de Caso em SM.	263 trabalhadores	+ Jovens: significativamente menos satisfeitos; percepção de maior pressão no trabalho e menor apoio organizacional; mais propensos a deixar o trabalho do que mais velhos. Baixa satisfação c/ supervisão e comunicação dentro do serviço. + Velhos: escores mais baixos de humor depressivo e escalas de sintomas físicos do que mais jovens; perceberam mais apoio organizacional e menor pressão no trabalho; mais satisfeitos c/ tipo de trabalho, c/ colegas de trabalho, supervisão e benefícios adicionais.
Galeazzi et al	Modena/Itália/2004	Identificar níveis de burnout e satisfação no trabalho dos profissionais e as diferenças entre os dois grupos. Identificar preditores de burnout, satisfação no trabalho e identidade de equipe nesses profissionais.	30 e 30 enfermeiros e psiquiatras	Enfermeiros e psiquiatras apresentaram níveis médios de burnout, c/ psiquiatras c/ escores mais altos de Exaustão Emocional e Despersonalização. Sem diferenças significativas entre os dois grupos em satisfação no trabalho (escores médios), percepção de trabalho e papel profissional. Relacionamentos positivos c/ pacientes como aspectos mais agradáveis do trabalho, enquanto os conflitos da equipe e altas cargas de trabalho eram vistos como mais difíceis de lidar. Análise multivariada mostrou que ser psiquiatra e conflitos da equipe são as principais causas da pressão no trabalho e de maior burnout.
Evans et al	Reino Unido/2005	Descrever as características dos Assistentes Sociais (AS) de saúde mental. Identificar as diferenças	237 assistentes sociais	ASJs eram mais velhos e mais qualificados que os não-ASJs. Padrões e condições de trabalho não diferiram, embora ASJs fizessem mais horas de plantão. ASJs receberam menos apoio no trabalho,

		entre AS Judiciais (ASJ) e outros AS de saúde mental quanto. Examinar o impacto da carga de trabalho sobre os ASJ comparando com os AS da saúde mental que não carregam responsabilidades oficiais.		principalmente dos supervisores e autonomia do que os Não-ASJs. Exaustão Emocional foi muito alta (+ 2/3 em ambos os grupos), sem diferença nas sub escalas do MBI, 8% da amostra c/ burnout. ASJs estavam mais insatisfeitos e eram mais propensos deixar o emprego. Dificuldades para o recrutamento e a fixação (retenção).
Priebe et al	Reino Unido/2005	Avaliar moral, identidade de equipe, satisfação no trabalho e burnout, em psiquiatras, enfermeiros psiq. comunitários e assistentes sociais comunitários de saúde mental em Berlim e Londres.	189 profissionais	Londres: > burnout; < satisfação profissional e < identidade de equipe. Assistente social: > burnout e < satisfação. Sexo masculino < burnout e > identidade de equipe. Preditores de burnout: ser psiquiatra; viver conflitos de equipe; ser assistente social; sexo feminino; desvalorização no trabalho; demandas excessivas de trabalho. Proteção de burnout: satisfação profissional. Diferenças entre os grupos profissionais dependem da localização.
Edwards et al	Reino Unido/2006	Determinar o grau de influência da supervisão clínica sobre os níveis de burnout relatados por enfermeiros de saúde mental comunitária no País de Gales, Reino Unido.	260 enfermeiros	MBI: altos níveis de Exaustão Emocional (EE) em 36%; altos níveis de Despersonalização (D) em 12%; baixos níveis de Realização Pessoal (RP) em 10%. Despersonalização maior entre mais jovens, do sexo masculino e sem supervisão clínica. Correlações negativas significativas entre escore global da MCSS e as subescalas Exaustão Emocional ($r = -0,148$, $P = 0,050$) e Despersonalização ($r = -0,220$, $P = 0,003$) do MBI.
Evans et al	Reino Unido/2006	Examinar a prevalência de estresse, burnout, e satisfação no trabalho entre os assistentes sociais de saúde mental e os fatores responsáveis por eles.	237 assistentes sociais	Altos níveis de estresse e exaustão emocional e baixos níveis de satisfação no trabalho; 111 (47%) apresentaram escore 4 ou superior no GHQ, indicando potencial transtorno psicológico. Sentir-se desvalorizado no trabalho, demandas de trabalho excessivas, amplitude limitada na

				tomada de decisões, e infelicidade quanto ao seu local de trabalho contribuíram para a baixa satisfação no trabalho e a maioria dos aspectos de burnout.
De Marco et al	Brasil/2008	Avaliar o impacto da carga de trabalho sobre a satisfação profissional, a qualidade de vida e a prevalência de transtornos psiquiátricos menores em profissionais de saúde mental.	203 profissionais	Satisfação: global= $3,59 \pm 0,48$; qualidade dos serviços prestados = $3,89 \pm 0,53$; participação da equipe no serviço= $3,50 \pm 0,68$; condições de trabalho = $3,25 \pm 0,59$ e relacionamento no serviço = $3,82 \pm 0,70$. Impacto global = $1,85 \pm 0,54$; físico e mental na equipe= $1,68 \pm 0,65$; sobre o funcionamento da equipe= $1,84 \pm 0,59$; emocional = $2,23 \pm 0,64$. Correlação Negativa (Pearson) $r = -0,422$ entre satisfação e impacto. Associação entre satisfação e tempo de serviço: profissionais c/ 5 a 10 anos e + de 10 anos menor satisfação c/ relacionamento no trabalho; profissionais c/ + de 20 anos menor satisfação c/ qualidade dos serviços oferecidos.
Rebouças et al	Brasil/2008	Avaliar o nível de satisfação e o impacto que o trabalho produz sobre a saúde e o bem estar em profissionais lotados em serviços de saúde mental de um área programática do Rio de Janeiro.	133 profissionais	Satisfação: global = $3,30 \pm 0,66$; qualidade dos serviços prestados = $3,45 \pm 0,70$; participação da equipe no serviço= $3,25 \pm 0,89$; condições de trabalho= $3,05 \pm 0,75$; relacionamento no serviço= $3,81 \pm 0,80$. Impacto: global= $2,08 \pm 0,79$; físico e mental= $1,90 \pm 0,90$; funcionamento de equipe= $2,23 \pm 0,88$; e emocional = $2,34 \pm 0,89$. Maior a escolaridade, menor a satisfação. Impacto do trabalho não associado com variáveis estudadas. Satisfação sem diferenças entre equipes hospitalares ($3,26 \pm 0,68$) e comunitárias ($3,43 \pm 0,53$).
Isset et al	EUA/2009	Avaliar a satisfação dos profissionais de saúde mental em 4 dimensões: grau de autonomia;	106 trabalhadores	Satisfação c/ autonomia: < para aqueles c/ grande nº de casos e que trabalham em internação. Satisfação c/ relacionamento c/ pacientes: < para profissionais com grande nº

		relacionamento c/ pacientes; compensação e responsabilidades administrativas.		de casos; > p/aqueles que estão no serviço há 5 anos. Satisfação c/ remuneração: < p/enfermeiros e gerentes de caso. Satisfação c/ encargos administrativos: < p/gerentes de caso do que p/os que trabalham por tarefa.
Lasalvia et al	Veneto/Itália/2009	Estimar e comparar a prevalência de desgaste entre os diferentes perfis profissionais. editores de burnout, características individuais e s dos serviços psiquiátricos	2017 trabalhadores	Exaustão emocional maior entre A. Sociais (50%) e Psiquiatras (37,6%); despersonalização maior em Psiquiatras (23%) e Enfermeiros (21%). Burnout grave: A. Sociais =30,8%, maior taxa e Psicólogos = 12%, menor taxa. Exaustão maior c/ + de 1 ano no serviço, do quadro permanente, contato mais direto com o usuário. Despersonalização: >homens e c/ mais tempo no serviço. Risco maior de burnout para aqueles com relação direta c/ pactes, que estão há mais de 6 anos no serviço, A. Sociais e Enferº. Fatores situacionais e organizacionais tem maior valor preditor para burnout do que fatores individuais.
Nelson et al	Londres/Reino Unido/2009	Avaliar como as mudanças nos Serviços de Saúde Mental (desospitalização) afetaram a força de trabalho. Comparar equipes de Resolução de Crise c/ de Abordagem de Rua e de Saúde Mental Comunitária quanto a satisfação e burnout.	114 trabalhadores	Resolução de Crise e Abordagem de Rua: moderadamente satisfeitos c/ trabalho; escores médios de Exaustão Emocional; baixa Despersonalização e baixa Realização Pessoal. Equipe de Saúde Mental Comunitária < satisfação e níveis mais baixos de Realização Pessoal do que Equipes de Resolução de Crise. Equipe de Resolução de Crise < despersonalização do que Equipes de Saúde Mental Comunitária.
Acker	EUA/2010	Compreender a percepção dos A. Sociais das atividades profissionais e interações com gestão do cuidado. Examinar relação entre o	1000 assistentes sociais	Trabalhadores com maiores níveis de autopercepção de competência no contexto da atenção gerenciada relatam níveis mais baixos de Esgotamento Emocional e Somatização. Protetor de burnout: autopercepção de

		trabalho e sintomas associados ao burnout.		competência na gestão do cuidado. Preditor de burnout: trabalhar em instituição pública.
Crawford et al	Reino Unido/2010	Analisar níveis de burnout entre funcionários de serviços comunitários para pessoas com transtorno de personalidade (PD) e identificar protetores e preditores de burnout.	118 trabalhadores	32% com alta Exaustão Emocional; 14,4% Despersonalização alta e 8% baixo senso de Realização Pessoal. Protetores de burnout: forte trabalho em equipe, liderança clara e oportunidades para refletir a prática. Preditores de burnout: cuidado direto e diário com usuário; trabalhar há mais de 12 anos no serviço. Os baixos níveis de burnout encontrados podem refletir a fase inicial do desenvolvimento desses serviços.
Sorgaard et al	Dinamarca/GrãBretanha/Noruega/Polônia/2010	Comparar níveis de burnout e fontes de estresse entre cuidadores registrados e não registrados.	196 profissionais	Sem diferenças significativas entre os 2 grupos; não registrados mais insatisfeitos com relações sociais; registrados maior demanda de trabalho. Fontes de estresse e burnout mostraram pequenas diferenças entre os grupos. Escores elevados de realização pessoal para ambos.

APÊNDICE B

Avaliação dos Centros de Atenção psicossocial da região sul do Brasil - CAPSUL II

Coordenação:

Prof^a. Dr^a. Luciane Prado Kantorski

Prof^a. Dr^a. Vanda Maria da Rosa Jardim

Trata-se da segunda edição da pesquisa CAPSUL, realizada em 2006. Pesquisa de avaliação de serviços de saúde mental de base comunitária denominados Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná) do Brasil, serviços substitutivos estratégicos no processo de consolidação da reforma psiquiátrica. O projeto CAPSUL II é financiado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia através do CNPq em parceria com o Ministério da Saúde, com coordenação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

O projeto de avaliação CAPSUL II irá avaliar CAPS dos três estados e constitui-se em um estudo qualitativo e um quantitativo. Propõe-se investigar aspectos de estrutura, processo de trabalho e resultados dos CAPS, através da escuta a usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores dos serviços nos três estados. As abordagens metodológicas adotadas privilegiam diferentes dimensões do objeto da avaliação que, de forma complementar, oferecem diferentes eixos para os julgamentos.

O Estudo de Avaliação Qualitativa de CAPS – avaliação construtivista, responsiva e com abordagem hermenêutico-dialética, centra-se no cotidiano dos serviços e acontece mediante a participação da equipe, usuários e familiares. Ele busca apreender a dinâmica do serviço, a forma como os atores interagem e os sentidos que constroem em sua prática. A Avaliação de Quarta Geração, desenvolvida por Egon G. Guba e Yvona S Lincoln, será norteadora do processo teórico-metodológico da pesquisa e os instrumentos de coleta de dados serão entrevistas com equipe, usuários e familiares e observação do serviço. Serão incluídos três serviços: Alegrete/RS; Joinville/SC e Foz do Iguaçu/PR. Esses serviços participaram da primeira edição do estudo qualitativo da pesquisa CAPSUL e serão avaliados quanto a avanços ou retrocessos ocorridos nos últimos 5 anos.

No Estudo de Avaliação Quantitativa de CAPS – abordagem epidemiológica se objetiva avaliar a estrutura, o processo e o resultado da atenção à saúde mental desenvolvida pelos CAPS da região sul do Brasil. Estão incluídos na estrutura: área física, recursos humanos e materiais; no processo organização da atenção em saúde mental e processo de trabalho. Para a avaliação do processo de atendimento psicossocial, desenvolvido nos CAPS, será realizada auditoria dos registros do serviço, com verificação do conteúdo relativo ao: projeto terapêutico; plano terapêutico individual do usuário; normas e atividades padronizadas; sistema de referência e contrarreferência; registro em prontuários. O processo de trabalho será avaliado através: satisfação e sobrecarga dos trabalhadores de saúde (SATIS-BR e IMPACTO-BR); prevalência de problemas psiquiátricos menores (SRQ 20); problemas por consumo de álcool (CAGE); perfil dos trabalhadores e condições de trabalho. A atenção em saúde mental será avaliada a partir do usuário e dos familiares: o padrão de saúde do usuário a partir da avaliação autonomia, inserção, cidadania, satisfação (SATIS/OMS); os familiares a partir da avaliação da satisfação e sobrecarga (SATIS/OMS, SRQ 20 e CAGE). Para a descrição da estrutura e processo serão incluídos 328 CAPS (I, II e III) dos três estados da região sul. No estudo transversal de resultados a amostra será de 40 usuários e 40 familiares em cada um dos 30 CAPS I e II da região Sul do Brasil (3 do PR e 9 de SC e 18 do RS), totalizando 1.200 usuários e 1.200 familiares. Para o cálculo de amostra foi utilizado um valor de alfa igual a 5% e um poder de 80% e realizou-se o cálculo no software Epi-info 6.04 através de diferentes medidas e indicadores de variabilidade, encontrados na literatura. A amostra de trabalhadores é constituída por todos aqueles lotados nos serviços sorteados. A análise multivariada deverá seguir modelo teórico hierarquizado.

ANEXOS

Anexo A

Ofício de aprovação do Comitê de Ética

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER N° 176/2011

Prof.^a Dra. Luciane Prado Kantorski e Prof. Dra. Vanda Maria da Rosa Jardim

PARECER PROJETO DE PESQUISA

Senhoras Pesquisadoras:

De acordo com a reunião deste Comitê em 21/03/2011, Ata nº 001/2011 informamos que o projeto sob sua responsabilidade, intitulado: **“Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil – CAPSUL II”**.

Protocolo interno N° 017/2011

Recebeu o seguinte parecer: **APROVADO**

Pelotas, 21 de março de 2011.



Prof.ª Dr.ª Marliu Correa Soares
Coordenadora CEP-FEN-UFPEl
COREN-RS 21885

Anexo B

**CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA
(Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)**

Estamos apresentando ao Sr. (a) o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada **"AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL – CAPSUL II"**, autorizando a observação, a entrevista, a realização de grupo focal e aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: avaliar Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná).

Garantimos o sigilo e anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, em como a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado (a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com:

Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas

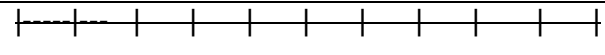
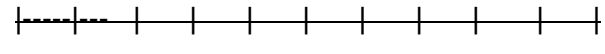
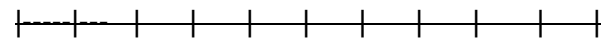
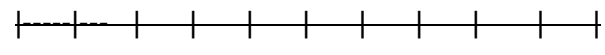
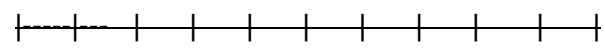
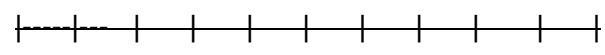
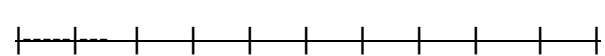
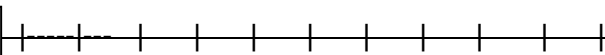
Profa. Luciane Prado Kantorski.

Telefone: 53-39211427 ou 53-99832430. E mail: kantorski@uol.com.br

Anexo C

 		Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem Departamento de Enfermagem Curso de Enfermagem
Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil II		
Questionário para o Trabalhador do CAPS		
Este questionário será mantido em segredo. Sua participação é muito importante para conhecermos o universo da atenção em Saúde Mental da Região Sul do Brasil. Pedimos que responda as questões do instrumento conforme as instruções presentes. Por favor, não preencha ou faça anotações na coluna de codificação. Em caso de dúvida procure um dos entrevistadores da equipe de pesquisa.		
1. Número de identificação: _____	wnq _____	
Entrevistador: _____		
2. Data da entrevista: ____/____/____ 3. Hora: _____ hs	wdata ____/____/____	
4. Cidade: _____	wcid _____	
5. Estado: _____	westi ____	
6. Nome do Entrevistado: _____		
7. Telefone e (e-mail) para contato: _____		
8. Tipo de serviço: (1) CAPS I (2) CAPS II (3) CAPS III	wcps _	
9. Sexo: (1) masculino (2) feminino	wsexo _	
10. Cor da pele: (1) branca (2) preto (3) pardo (4) outro: _____	wcor _	
11. Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____	wdn ____/____/____ widw ____	
12. Peso: ____ quilos Altura: ____ centímetros	wpesw ____ waltw ____	
13 Estado civil: (1) solteiro (2) casado/com companheiro (3) separado (4) divorciado (5) viúvo (6) outro, qual? _____	wesciv ____	
14. Qual o seu maior grau de escolaridade? (1) sem escolaridade	wescol ____	

(05) Pedagogo (06) Terapeuta Ocupacional (07) Técnico ou Auxiliar de Enfermagem (08) Técnico Administrativo (09) Técnico Educacional (10) Artesão: considere profissional de artes sem formação universitária. (11) Artista Plástico/Arte Educador (12) Educação Física (Bacharelado) (13) Técnico superior de Música (14) Outros: _____																					
19. Qual foi o seu salário no último mês, incluindo horas extras (em reais): R\$ _____	wsalr _ _ . _ _ _ ' _ _																				
20. Qual a sua carga horária no CAPS? _____ horas/ semanais	wch _ _ _																				
21. Em relação ao CAPS, qual o tipo de vínculo que você tem? (1) CLT (2) Contrato emergencial/ temporário (3) Estatutário (4) outros, quais? _____	wwincu _																				
22. Você trabalha em outro local? (0) Não (1) Sim Se Não, passe para a questão 23 <table border="1" data-bbox="352 1196 1182 1704"> <thead> <tr> <th></th> <th>Local do emprego</th> <th>Função</th> <th>CH/ semanal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>mp 1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>mp 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>mp 3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>mp 4</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Local do emprego	Função	CH/ semanal	mp 1				mp 2				mp 3				mp 4				woutem _ wem1 _ _ wemch1 _ _ wem2 _ _ wemch2 _ _ wem3 _ _ wemch3 _ _ wem4 _ _ wemch4 _ _
	Local do emprego	Função	CH/ semanal																		
mp 1																					
mp 2																					
mp 3																					
mp 4																					
24. Quando foi o último curso de atualização que você participou? (1) Neste mês (3) Há 6 meses a 1 ano (2) Há 2 a 6 meses (4) mais de 1 ano (5) nunca participou	wdata1 _																				
25. Quais são as suas tarefas no serviço? Tarefa1 _____ Tarefa2 _____ Tarefa3 _____	wtaf1_ wtaf2_ wtaf3_																				

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 = ausência 10 = qualificada	
32. Supervisão pela equipe:  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 = ausência 10 = qualificada	wsequ __
33. Supervisão pela comunidade em que atua:  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 = ausência 10 = qualificada	wscom __
34. Apoio pela secretaria municipal de saúde  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 = ausência 10 = qualificada	wasms __
35. Apoio pela coordenação municipal de saúde mental  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 = ausência 10 = qualificada	wacms __
36. Apoio pela equipe  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 = ausência 10 = qualificada	waequ __
37. Apoio pela comunidade em que atua  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 = ausência 10 = qualificada	wacom __
38. Qual a sua avaliação do atendimento prestado pelo CAPS? Ruim  Ótimo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	wavten _
39. Desde que você entrou neste emprego, as condições de trabalho: (1) melhoraram muito (3) não mudaram (2) pioraram (4) melhoraram pouco	wcodtr _
40. Em seu trabalho você enfrenta:	

(1) falta de ferramenta adequada para o trabalho (0) Não (1) Sim (2) falta de segurança (0) Não (1) Sim (3) risco permanente de vida (0) Não (1) Sim (4) outras situações que incomodam: (0) Não (1) Sim Se sim, quais as outras situações que incomodam Situação1 _____ (0) Não (1) Sim Situação2 _____ (0) Não (1) Sim Situação3 _____ (0) Não (1) Sim	wffer _ wfseg _ wrpt _ wost _ wost1 _ wost2 _ wost3 _
41. Em seu trabalho você pode: Escolher individualmente a forma de fazer suas atividades (0) Não (1) Sim Escolher de forma coletiva/em equipe a forma de fazer suas atividades (0) Não (1) Sim Fazer reuniões (0) Não (1) Sim Fazer cursos (0) Não (1) Sim Outras atividades de organização (0) Não (1) Sim Conversar com os colegas (0) Não (1) Sim Usar suas ideias (0) Não (1) Sim	wpind _ wpcol _ wpreun _ wpcur _ wporg _ wpcon _ wpide _
42. Que equipamentos de proteção coletiva estão instalados e funcionando em seu local de trabalho: (1) exaustores para ventilação (0) Não (1) Sim (2) saída de emergência (0) Não (1) Sim (3) mangueira p/ incêndio (0) Não (1) Sim (4) proteção nas máquinas (0) Não (1) Sim (5) extintor de incêndio (0) Não (1) Sim (6) ar condicionado (0) Não (1) Sim (7) ventilador (0) Não (1) Sim (8) outros (0) Não (1) Sim Outro1 _____ Outro2 _____ Outro3 _____	wepex _ wepsem _ wepma _ wepmaq _ wepext _ wepar _ wepven _ wepout _ weq1 _ weq2 _ weq3 _
43. Nos últimos 6 (seis) meses você sofreu algum acidente de trabalho? Se não passe para a questão 44. (0) Não (1) Sim Se Sim quais?	wsobre _

Acidente1: _____ Acidente2: _____ Acidente3: _____	wacid1_ wacid2_ wacid3_
44. Você faltou ao trabalho nos últimos 6 (seis) meses? (0) Não (1) Sim Se Não, passe para a questão 45 Se sim quantos dias? ___ dias ausentes Quais os Motivos: (1) doença (0) Não (1) Sim (2) acidente (0) Não (1) Sim (3) problema familiar (0) Não (1) Sim (4) problema administrativo (0) Não (1) Sim (5) outros (0) Não (1) Sim Quais: _____	wfalta_ wdaus___ wdoen_ wacid_ wprfam_ wpradm_ wouto_ wuq_ wuq1_
45. Você é fumante? (0) Não (1) Sim (2) Ex-fumante Se Não, passe para a questão 46 Se SIM: Quantos anos é fumante/fuma? ___anos ___ meses Quantos cigarros você fuma por dia? ___unidades Se <u>Ex-fumante</u> : Quanto tempo fumou? ___ anos ___ meses Quanto tempo parou de fumar? ___anos ___ meses	wfuma_ wtmfum___ wundcg___ wexfum___ wparou___
Agora vamos falar de atividades físicas	
46. Desde segunda-feira passada quantos dias você caminhou por <u>mais de 10 minutos seguidos</u> ? Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício. ___ dias (0) nenhum (passe para a questão 48) (9) IGN	wacmda___
47. Nos dias em que você caminhou, quanto tempo, no total, você caminhou por dia? ___ minutos por dia (9) IGN	wamnca___
48. Desde segunda-feira da semana passada quantos dias você fez <u>atividades fortes</u> , que fizeram você suar muito ou aumentar muito sua	wafria___

respiração e seus batimentos do coração, por <u>mais de 10 minutos seguidos</u> ? Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo, entre outros. __ dias (0) nenhum (passa para a questão 50) (9) IGN	
49. Nos dias em que você fez atividades fortes, quanto tempo, no total, você fez atividades fortes por dia? ___ minutos por dia	wainfor _ _ _
50. Desde segunda-feira da semana passada quantos dias você fez <u>atividades médias</u> , que fizeram você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração, por <u>mais de 10 minutos seguidos</u> ? Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar, dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, entre outros. __ dias (0) nenhum (passa para a questão 52) (9) IGN	waedia _ _
51. Nos dias em que você fez atividades médias, quanto tempo, no total, você fez atividades médias por dia? ___ minutos por dia	wamind _ _ _
52. Com que frequência você toma bebidas de álcool? (0) Nunca (pular para a questão 57) (1) 1 vez por mês ou menos (3) 2 a 3 vezes por semana (2) 2 a 4 vezes por mês (4) 4 ou mais vezes por semana	wfreb _
53. Você já sentiu necessidade de parar de beber? (0) Não (1) Sim	wclbeb _
54. Você já se sentiu chateado por pessoas que criticam seu hábito de beber? (0) Não (1) Sim	wnolem _
55. Você já se sentiu culpado por beber? (0) Não (1) Sim	wmacuc _
56. Você já bebeu álcool de manhã para acordar? (0) Não (1) Sim	wpreou _
57. Você consultou em algum serviço de saúde nos últimos 6 (seis) meses? (0) Não (1) Sim	wcnsul _

58. Se SIM: Quantas vezes? __ vezes Motivos das Consultas: (1) Doença aguda (0) Não (1) Sim (2) Acompanhamento (doenças crônicas) (0) Não (1) Sim (3) Revisão (0) Não (1) Sim (4) Ação preventiva (0) Não (1) Sim (5) Outro (0) Não (1) Sim Quais? _____	wvezon __ wdoenc __ wacm __ wrevi __ wacpre __ woutr __ worqu __
59. Local da consulta: (1) Unidade Básica de Saúde (0) Não (1) Sim (2) Consultório Particular (0) Não (1) Sim (3) Ambulatório (0) Não (1) Sim (4) Pronto Socorro (0) Não (1) Sim (5) Pronto Atendimento (0) Não (1) Sim (6) Outro (0) Não (1) Sim Qual? _____	wubsp __ cnpar __ wamb __ wpsoc __ wpant __ wout __ wout1 __ wout2 __
60. O senhor (a) tem problemas de saúde? (1) Sim (0) Não (pule para a questão 61) Se Sim, quais? Diabetes Mellitus (1) Sim (0) Não Hipertensão (1) Sim (0) Não Problemas cardíacos (1) Sim (0) Não Outros: _____	wprosa __ wdiame __ whiper __ wprocar __ wqop1 __ wqop2 __
61. Qual os gastos com a saúde no último mês? Medicações R\$ _ . _ _ _ , _ _ Serviço de saúde R\$ _ . _ _ _ , _ _ Plano de saúde/familiar R\$ _ . _ _ _ , _ _	wgmd _ _ _ . _ _ wgssa _ _ _ , _ _ wgpsf _ _ _ , _ _
62. Que tipo de transporte você usa para chegar a este serviço? (1) Condução própria (4) Transporte público (2) Condução de familiares (5) Caminhada (3) Condução de amigos (6) Outro (especificar) _____	wtansp __

63. Quanto tempo você gasta para vir de sua casa ao CAPS? (1) 0-15 minutos (2) 16-30 minutos (3) 31-45 minutos (4) 46-60 minutos (5) mais que 60 minutos	wtempo_
64. Há quanto tempo você está trabalhando neste serviço? (1) Menos que 6 meses (2) Entre 6 meses e 1 ano (3) Entre 1 e 2 anos (4) Entre 2 e 5 anos (5) Mais que 5 anos	wtrab _ _ _
65. Até que ponto você está satisfeito com este serviço? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	wpsa_
66. Qual a chance de você ser promovido neste serviço? (1) Muito improvável (2) Improvável (3) Mais ou menos (4) Provável (5) Muito provável	wchp_
67. Como você se sente com a expectativa de ser promovido? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	wsen_
68. O seu trabalho requer uma grande dose de responsabilidade? (1) Uma grande dose (2) Muita (3) Variável (4) Pouca (5) Nenhuma	wrspon_
69. Você se sente satisfeito com o grau de responsabilidade que você tem no seu serviço? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	wsgr_
70. Você se sente sobrecarregado no seu serviço? (1) Sempre (2) Frequentemente (3) Mais ou menos (4) Raramente (5) Nunca	wsob_
71. Você se sente satisfeito no seu relacionamento com os outros colegas? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	wreca_
72. Com que frequência você tem reuniões de equipe? (1) Mais que uma vez por semana (2) Uma vez por semana (3) Entre 1-3 vezes por mês (4) Menos que uma vez por mês (5) Nunca (passar à questão 76)	wfrequ_
73. Você se sente satisfeito com a frequência destas reuniões? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	wsr_

(3) Indiferente	
74. Você se sente satisfeito com a forma como as reuniões de equipe se realizam? (1) Muito insatisfeito (4) Satisfeito (2) Insatisfeito (5) Muito satisfeito (3) Indiferente	wfr_
75. Até que ponto você se sente satisfeito com a eficácia e utilidade destas reuniões? (1) Muito insatisfeito (3) Indiferente (2) Insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	wsu_
76. Você sente que recebe o apoio de que necessita de seu supervisor direto? (1) Nunca (4) Frequentemente (2) Raramente (5) Sempre (3) Mais ou menos	wasupd_
77. Você sente que seu trabalho é demasiadamente controlado por seus superiores? (1) Sempre (2) Frequentemente (4) Raramente (3) Mais ou menos (5) Nunca	wtde_
78. Você se sente satisfeito com esta quantidade de controle? (1) Muito insatisfeito (4) Satisfeito (2) Insatisfeito (5) Muito satisfeito (3) Indiferente	wqco_
79. Como você se sente em relação ao grau de autonomia que você tem em seu serviço? (1) Muito insatisfeito (4) Satisfeito (2) Insatisfeito (5) Muito satisfeito (3) Indiferente	wras_
80. Você se sente satisfeito com a frequência de discussões relacionadas a temas profissionais que você tem com seus colegas no serviço? (1) Muito insatisfeito (4) Satisfeito (2) Insatisfeito (5) Muito satisfeito (3) Indiferente	wfdpr_
81. Você participa do processo de tomada de decisões no seu serviço? (1) Nunca (4) Frequentemente (2) Raramente (5) Sempre (3) Mais ou menos	wtodec_
82. Você se sente satisfeito com este nível de participação? (1) Muito insatisfeito (4) Satisfeito (2) Insatisfeito (5) Muito satisfeito (3) Indiferente	wnip_
83. Você participa da implementação de programas e/ou atividades novas no serviço? (1) Nunca (4) Frequentemente	wimp_

(2) Raramente (3) Mais ou menos	(5) Sempre	
84. Você se sente satisfeito com este grau de participação? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente	(4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	wstp_
85. Você participa do processo de avaliação das atividades e/ou programas do serviço? (1) Nunca (2) Raramente (3) Mais ou menos	(4) Frequentemente (5) Sempre	wapsr_
86. Você se sente satisfeito com sua participação no processo de avaliação? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente	(4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	wavp_
87. Você acha que suas opiniões são levadas em consideração? (1) Nunca (2) Raramente (3) Mais ou menos	(4) Frequentemente (5) Sempre	wlec_
88. Você se sente satisfeito com a atenção dada às suas opiniões? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente	(4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	wateo_
89. Você percebe um bom clima no ambiente de trabalho? (1) Nunca (2) Raramente (3) Mais ou menos	(4) Frequentemente (5) Sempre	wambta_
90. Em geral, você se sente satisfeito com o clima no seu ambiente de trabalho? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente	(4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	wscI_
91. Em geral, como você classificaria o “clima” de amizade no ambiente de trabalho? (1) Nada amigável (2) Pouco amigável (3) Mais ou menos	(4) Amigável (5) Muito amigável	wamtra_
92. Até que ponto você se sente satisfeito com seu salário? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente	(4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	wposa_
93. Você está satisfeito com os benefícios que recebe deste trabalho? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente	(4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	wbent_
94. Você está satisfeito com a atenção e os cuidados que são dados aos pacientes? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente	(4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	wacdp_

95. Até que ponto você acha que os profissionais deste serviço compreendem os problemas dos pacientes? (1) De forma alguma (2) Não muito (3) Mais ou menos (4) Bem (5) Muito bem	wcompc_
96. Até que ponto você acha que os profissionais de Saúde Mental do serviço compreendem o tipo de ajuda de que os pacientes necessitam? (1) De forma alguma (2) Não muito (3) Mais ou menos (4) Bem (5) Muito bem	wcotra_
97. Considerando as necessidades globais dos pacientes que procuram este serviço para tratamento, até que ponto este serviço é apropriado para recebê-los aqui? (1) muito inadequado (2) inadequado (3) mais ou menos (4) apropriado (5) muito apropriado	waprer_
98. Você acha que existem outros serviços de que o paciente necessita, mas que não recebe aqui? (1) Com certeza há (2) Acho que há (3) Talvez (4) Acho que não há (5) Não, certamente que não Se você respondeu 1 ou 2, especifique quais são estes serviço. Serviço1_____ Serviço2_____ Serviço3_____	woutser_ wosev1_ wosev2_ wosev3_
99. Você está satisfeito com a quantidade de informações dadas aos pacientes sobre suas doenças neste serviço? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	wifd_
100. Você está satisfeito com a quantidade de informações dadas aos pacientes sobre o tratamento que é dado neste serviço? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	wift_
101. Em geral, até que ponto você se sente satisfeito com a forma como os pacientes são tratados pela equipe? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	wcpt_
102. Como você se sente com a quantidade de ajuda que é dada aos pacientes pelo CAPS? (1) Muito insatisfeito (4) Satisfeito	wqap_

(2) Insatisfeito (3) Indiferente	(5) Muito satisfeito	
103. Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar privacidade durante o tratamento dos pacientes no CAPS (p. ex.: portas fechadas, nenhuma interrupção durante o atendimento com o terapeuta)?		waptr_
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente	(4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	
104. Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar a confidencialidade sobre os problemas dos pacientes e os cuidados que eles recebem no CAPS?		wmese_
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente	(4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	
105. Você se sente satisfeito com a frequência de contato entre a equipe e os pacientes?		wfcont_
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente	(4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	
106. Em média, qual seria para você a frequência mais adequada de contato 1/1, entre os membros da equipe e o paciente?		wfecon _
(1) Mais que uma vez por dia (2) Uma vez por dia (3) 3-6 vezes por semana (4) 1-2 vezes por semana	(5) 2-3 vezes por mês (6) Aproximadamente uma vez/mês (7) Menos que uma vez por mês (8) Nenhum	
107. No momento em que os pacientes entram em contato com este serviço, em geral existem outras opções disponíveis para eles?		wopção_
(1) Sim (2) Não (passar a questão 109) (3) Não tem certeza (questão 109) (4) Não sabe (questão 109) Se você acha que SIM, queira citar quais são estas opções:		
_____		wopds1_
_____		wopds2_

108. Se eles têm outras opções, por que você acha que eles escolhem este serviço? (Você pode marcar mais de uma resposta)		wesol_ _
(1) Já tinham estado lá no passado (2) Foi fortemente recomendado por alguém		

(3) Conheciam alguém que fazia tratamento lá (4) Confiaram na instituição/pessoa de referência (5) Localização muito conveniente (6) O tratamento estava disponível (7) Mais que uma das razões acima (8) Não sabe (9) Outros (especificar) Outro1_____ Outro2_____	woser1_ woser2_
109. Você está satisfeito com o grau de envolvimento dos familiares no processo de tratamento dos pacientes no CAPS? (1) Muito insatisfeito (4) Satisfeito (2) Insatisfeito (5) Muito satisfeito (3) Indiferente	wenvf_
110. Você acha que o CAPS estimula as famílias a participar mais ativamente do processo de tratamento de seus familiares? (1) De forma alguma (2) Não muito (3) Mais ou menos (4) Muito (5) Extremamente	wesfam_
111. Como você se sente com a maneira como as famílias são tratadas pela equipe? (1) Muito insatisfeito (4) Satisfeito (2) Insatisfeito (5) Muito satisfeito (3) Indiferente	wftr_
112. Você acha a equipe suficientemente competente para lidar com o envolvimento familiar? (1) Muito incompetente (2) Incompetente (4) Competente (3) Mais ou menos (5) Muito competente	weqcom_
113. Em geral, como você classificaria a competência geral da equipe deste serviço? (1) Muito incompetente (2) Incompetente (4) Competente (3) Mais ou menos (5) Muito competente	wcoequ_
114. Você se sente satisfeito com o grau de competência profissional da equipe deste serviço? (1) Muito insatisfeito (4) Satisfeito (2) Insatisfeito (5) Muito satisfeito (3) Indiferente	wgres_
115. Foram tomadas as medidas apropriadas de segurança para fazê-lo sentir-se salvo/seguro/protegido em caso de um episódio de violência durante seu	wsegur_

período de trabalho no CAPS? (1) De forma alguma (2) Não muito (3) Mais ou menos (4) Muito (5) Extremamente	
116. Você se sente satisfeito em relação às medidas de segurança do CAPS? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	wreac_
117. Você está satisfeito com o conforto e a aparência do CAPS? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	waprca_
118. Como você classificaria as instalações da unidade (p. ex.: banheiro, cozinha, refeitório, o próprio prédio etc.)? (1) Péssimas (2) Ruins (3) Regulares (4) Boas (5) Excelentes	winsni_
119. Se um amigo/familiar estivesse necessitando de ajuda de uma unidade de Saúde Mental, você recomendaria a ele/a o CAPS? (1) Não, com certeza que não (2) Não, acho que não (3) Talvez (4) Sim, acho que sim (5) Sim, com certeza Se você respondeu 4 ou 5 , por quê? . _____ _____ _____ _____	wrecom_ wboatn_ wremt1_ wremot2_
120. De que você mais gosta neste serviço? _____ _____	wgsta_
121. Quais são particularmente os aspectos de que você não gosta ? _____ _____	wngsta_
122. Você acha que o serviço poderia ser melhorado? (1) Sim (2) Não (passe para a questão 123) Se sim, de que maneira?	wmelh_ wmelh1_

.....	wmelh2_		
.....	wmelh3_		
.....			
Agora vou fazer algumas perguntas sobre sua casa e bens			
123. Dentre os itens abaixo, quais os que você possui e em que quantidade? (Caso não possui algum item, coloque 00). Automóvel: __ __ Televisor em cores: __ __ Banheiro: __ __ Empregada mensalista: __ __ Rádio (excluindo carro): __ __ Máquinas de lavar roupa: __ __ Videocassete/DVD __ __ Aspirador de pó: __ __ Geladeira comum ou com freezer: __ __ Computador: __ __ Televisor branco e preto: __ __		wauto _ wtvcr _ wbanh _ wepdm _ wradi _ wmqlav _ wvidvd _ waspo _ wgela _ wcmp _ wtvbp _	
As perguntas subsequentes serão sobre como você tem se sentido no último mês			
	Não	Sim	
124. Tem dores de cabeça frequentes?	(0)	(1)	wdr cab _
125. Tem falta de apetite?	(0)	(1)	wfapet _
126. Dorme mal?	(0)	(1)	wdr mal _
127. Assusta-se com facilidade?	(0)	(1)	wasfac _
128. Tem tremores nas mãos?	(0)	(1)	wtr mao _
129. Tem má digestão?	(0)	(1)	wmadig _
130. Sente-se nervoso (a), tenso (a), preocupado (a)?	(0)	(1)	wnervo _
131. Tem dificuldade de pensar com clareza?	(0)	(1)	wldemb _
132. Tem se sentido triste ultimamente?	(0)	(1)	wtiste _
133. Tem chorado mais do que o costume?	(0)	(1)	wchora _
134. Encontra dificuldade em realizar com satisfação suas atividades diárias?	(0)	(1)	wdif _
135. Tem dificuldade em tomar decisões?	(0)	(1)	wdidec _
136. Tem dificuldade no serviço, no emprego? (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)	(0)	(1)	wtraen _
137. É incapaz de desempenhar um papel útil em			wpputi _

sua vida?	(0)	(1)	wpernt _
138. Tem perdido o interesse pelas coisas?	(0)	(1)	wseval _
139. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	(0)	(1)	wacbvi _
140. Tem tido a ideia de acabar com a vida?	(0)		wcansa _
141. Sente-se cansado o tempo todo?	(0)	(1)	wdsest _
142. Tem sensações desagradáveis no estômago?	(0)	(1)	wcafac _
143. Você se cansa com facilidade?	(0)	(1)	
As perguntas a seguir se referem ao impacto do seu trabalho na sua vida			
144. Quanto tempo você passa, por semana, com portadores de transtorno mental?	(1) Mais de 40h/semana (4) Entre 11-20h/semana (2) Entre 31-40h/semana (5) Menos de 10h/semana (3) Entre 21-30h/semana		wse_
145. Qual é a sua principal atividade junto aos pacientes?	(1) Psicoterapia Individual (6) Aconselhamento (2) Psicoterapia de Grupo (7) Cuidados Físicos de Saúde (3) Psicoterapia Familiar (8) Cuidados gerais (4) Terapia Farmacológica (9) Outro (especificar) _____ (5) Atividades de Reabilitação		wjunp_
146. Qual é o seu principal local de trabalho?	(1) Enfermaria (7) Serviço social (2) Ambulatório (8) Hospital (3) Lares abrigados (9) Escola Mais de um dos acima (10) CAPS (4) Hospital - dia (11) SRT (5) Centro ocupacional (12) Outro (especificar) _____ (6) Centro de reabilitação para o trabalho		wptr_
147. Qual é o seu horário de trabalho?	(1) Manhã (2) Tarde (3) Noite		whotr_
148. Quando você pensa nos resultados de seu trabalho com os portadores de transtorno mental, você se sente frustrado?	(1) De forma alguma (4) Muito (2) Não muito (5) Extremamente		wretr_

(3) Mais ou menos	
149. Você se sente sobrecarregado tendo que lidar com portadores de transtornos mentais todo o tempo? (1) De forma alguma (4) Muito (2) Não muito (5) Extremamente (3) Mais ou menos	wlid_
150. Você tem receio da possibilidade de ser fisicamente agredido por um paciente? (1) De forma alguma (4) Muito (2) Não muito (5) Extremamente (3) Mais ou menos	wrec_
151. De forma geral, até que ponto você diria que trabalhar no campo da Saúde Mental é satisfatório para você? (1) Extremamente (4) Muito (2) Não muito (5) De forma alguma (3) Mais ou menos	wptsm_
152. Você acha que o seu trabalho com portadores de transtorno mental está afetando o seu estado geral de saúde física? (1) De forma alguma (4) Muito (2) Não muito (5) Extremamente (3) Mais ou menos	wprmfi_
153. Você está tendo mais problemas ou queixas físicas desde que começou a trabalhar no campo da Saúde Mental? (1) Nunca (4) Frequentemente (2) Raramente (5) Sempre (3) Mais ou menos	wtrmen_
154. Você sente necessidade de procurar médicos com mais frequência desde que começou a trabalhar no campo da Saúde Mental? (1) De forma alguma (4) Muito (2) Não muito (5) Extremamente (3) Mais ou menos	wmeds_
155. Você toma mais medicações desde que está neste emprego? (1) De forma alguma (4) Muito (2) Não muito (5) Extremamente (3) Mais ou menos	wempm_
156. Você se sente fisicamente cansado quando termina de trabalhar?	wfican_

(1) De forma alguma (4) Muito (2) Não muito (5) Extremamente (3) Mais ou menos	
157. Até que ponto seus períodos de afastamento por doença estão relacionados com períodos de estresse no trabalho? (1) De forma alguma (4) Muito (2) Não muito (5) Extremamente (3) Mais ou menos	wdoep_
158. Em geral, o contato com o portador de transtorno mental está afetando a sua estabilidade emocional? (1) De forma alguma (4) Muito (2) Não muito (5) Extremamente (3) Mais ou menos	wtrem_
159. Você está tendo distúrbios de sono que você relacione com o trabalho? (1) Nunca (4) Frequentemente (2) Raramente (5) Sempre (3) Mais ou menos	wdists_
160. Você se sente deprimido por trabalhar com pessoas com problemas mentais? (1) De forma alguma (4) Muito (2) Não muito (5) Extremamente (3) Mais ou menos	wpmment_
161. Você se sente culpado quando não consegue ajudar os pacientes tanto quanto você acha que eles necessitam de ajuda? (1) De forma alguma (4) Muito (2) Não muito (5) Extremamente (3) Mais ou menos	wcul_
162. Você se sente estressado por causa do seu trabalho em Saúde Mental? (1) De forma alguma (4) Muito (2) Não muito (5) Extremamente (3) Mais ou menos	west_
163. Alguma vez você precisou procurar ajuda de um profissional de Saúde Mental por causa de problemas emocionais devido ao seu trabalho? (1) Nunca (4) Frequentemente	wprotr_

(2) Raramente (5) Sempre (3) Mais ou menos	
164. Você acha que ter um apoio profissional (p. ex.: de um supervisor) no seu trabalho com portadores de transtornos mentais ajudaria você a lidar melhor com seu trabalho? (1) De forma alguma (4) Muito (2) Não muito (5) Extremamente (3) Mais ou menos	wsupli_
165. Você acha que outros profissionais de saúde enfrentam o mesmo nível de estresse relacionado aos seus como você enfrenta em relação ao seu? (1) Extremamente (4) Muito (2) Não muito (5) De forma alguma (3) Mais ou menos	wnire_
166. Você algumas vezes sente que ter um outro tipo de emprego faria você se sentir mais saudável emocionalmente? (1) De forma alguma (4) Muito (2) Não muito (5) Extremamente (3) Mais ou menos	wfarris_
167. Você pensa em mudar de campo de trabalho? (1) Nunca (4) Frequentemente (2) Raramente (5) Sempre (3) Mais ou menos	wcamp_
168. Em geral, você sente que trabalhar com portadores de transtorno mental impede você de ter relacionamentos mais satisfatórios com sua família? (1) De forma alguma (4) Muito (2) Não muito (5) Extremamente (3) Mais ou menos	wptans_
169. A atitude de sua família em relação aos portadores de transtorno mental ajuda você a continuar trabalhando nesse campo? (1) Extremamente (4) Muito (2) Não muito (5) De forma alguma (3) Mais ou menos	wcontt_
170. Você pensa, às vezes, em como você se sentiria se tivesse um doente mental em sua família? (1) Nunca (4) Frequentemente (2) Raramente (5) Sempre	wsefml_

(3) Mais ou menos	
171. Você acha que seu contato com os portadores de transtorno mental está afetando pessoalmente sua vida social?	wpsvso_
(1) De forma alguma	(4) Muito
(2) Não muito	(5) Extremamente
(3) Mais ou menos	

Obrigada pela atenção!

ANEXO D

Pelotas, 13 de março de 2012

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **Sonia Regina da Costa Lapischies**, pós-graduanda do curso de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas está autorizada a utilizar parte dos dados coletados na pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil II para elaborar a sua dissertação de mestrado intitulada “**Satisfação e Sobrecarga em trabalhadores de CAPS do Sul do Brasil**”. Ressalto que esta dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a aluna está ciente do compromisso de publicação de resultados em parceria com o coordenador do projeto.

Luciane Prado Kantorski
Coordenador do Projeto