

LORENA TÁRCIA MOREIRA

**PERCEPÇÃO DAS “EQUIPES MÍNIMAS” DE SAÚDE MENTAL DE
MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE I SOBRE OS SEUS SERVIÇOS**

São João del-Rei

PPGPSI-UFSJ

2020

LORENA TÁRCIA MOREIRA

**PERCEPÇÃO DAS “EQUIPES MÍNIMAS” DE SAÚDE MENTAL DE
MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE I SOBRE OS SEUS SERVIÇOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da
Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia

Linha de Pesquisa: Instituições, Saúde e Sociedade

Orientador(a): Profa. Dra. Marina Bandeira

Coorientador(a): Prof. Dr. Luiz Gonzaga Chiavegato Filho

São João del-Rei

PPGPSI-UFSJ

2020

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca (DIBIB) e Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da UFSJ, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M837p	<p>Moreira, Lorena Tácia. Percepção das "Equipes Mínimas" de saúde mental de municípios de pequeno porte I sobre os seus serviços. / Lorena Tácia Moreira; Orientadora: Marina de Bittencourt Bandeira; Coorientador: Luiz Gonzaga Chiavegato Filho. -- São João del-Rei, 2020. 130 p.</p> <p>Dissertação (Mestrado - Psicologia) – Universidade Federal de São João del-Rei, 2020.</p> <p>1. saúde mental. 2. avaliação de serviços. 3. satisfação. 4. sobrecarga. 5. profissional. I. de Bittencourt Bandeira, Marina, orient. II. Gonzaga Chiavegato Filho, Luiz, co-orient. III. Título.</p>
-------	--



Universidade Federal
de São João del-Rei

PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA
UFSJ

A Dissertação “Percepção das “Equipes Mínimas” de saúde mental de municípios de pequeno porte I sobre os seus serviços”

elaborada por **Lorena Tárzia Moreira**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM PSICOLOGIA

São João del-Rei, 05 de março de 2020

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Marina de Bittencourt Bandeira - (UFSJ)
Orientadora

Prof. Dr. Luiz Gonzaga Chiavêgato Filho - (UFSJ)
Co-orientador

Prof. Dra. Lúcia Abelha Lima (UFRJ)

Prof. Dr. Mário César Rezende Andrade - (UFSJ)

Aos profissionais de serviços de saúde mental, especialmente aos de municípios de pequeno porte, que persistem na luta pela promoção da dignidade humana.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que em sua infinita bondade permitiu que este projeto fosse realizado.

A **UFSJ**, pelo empenho em nos ofertar uma formação profissional de excelência. Agradeço a cada um dos professores do Programa de Mestrado em Psicologia, aos funcionários da instituição e a CAPES pela concessão da bolsa de estudos que me permitiu concretizar o mestrado.

A Prof^a. Dr^a. **Marina Bandeira**, por dividir seu conhecimento ao longo deste trabalho, com tanto afinho. Agradeço por seu empenho e dedicação, preocupando-se em fazer o melhor. Muito obrigada!

Ao Prof. Dr. **Luiz Gonzaga Chiavegato Filho**, por aceitar a coorientação deste trabalho e pelas contribuições.

A Prof^a. Dr^a. **Daniela Santos de Oliveira** e ao Prof. Dr. **Marcos de Oliveira**, que me orientaram na análise dos dados estatísticos deste trabalho. Agradeço imensamente pela sensibilidade, disponibilidade e profissionalismo de cada um.

Aos meus colegas do Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental (LAPSAM): **Amanda, Júlia e Geovani**. Obrigada pelo conhecimento compartilhado, pelo apoio e amizade.

A Prof^a. Dr^a. **Lúcia Abelha Lima**, da UFRJ, agradeço por aceitar o convite para participar do Exame de Qualificação e de Defesa da Dissertação. Sou grata por cada contribuição e atenção com este trabalho.

Ao Prof. Dr. **Mário César Rezende Andrade**, da UFSJ, que também aceitou o convite para participar do Exame de Qualificação e de Defesa da Dissertação. Muito obrigada por sua disponibilidade e paciência, mostrando realmente exercer a profissão por amor.

Aos **profissionais dos serviços de saúde mental visitados**, que gentilmente aceitaram o convite para participar desta pesquisa. Agradeço pela participação de cada um, que foi fundamental para a concretização deste trabalho.

Aos meus pais, **Maria Vilma Moreira e Geraldo Miguel Moreira** e a minha irmã, **Lara Cristina Moreira**, que nunca mediram esforços para que este projeto fosse realizado. Obrigada pelo incentivo e pelo apoio incondicional de sempre.

A **Romário Viana das Neves**, pelo amor e confiança investidos nas minhas trajetórias. Agradeço por me contagiar com seu entusiasmo e positividade sempre.

A **Walter Ângelo de Paiva**, obrigada pela presença nesta caminhada como em todas as outras.

Aos queridos **Antônio Eustáquio dos Santos e Elza da Conceição Lima Santos**. Obrigada por todo carinho e atenção. Vocês me confortaram e somaram forças para que eu pudesse realizar este trabalho. Obrigada!

Agradeço a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho. Muito obrigada!

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) recomenda a prática de avaliação dos serviços de saúde mental, como um procedimento permanente, visando identificar lacunas que precisam ser sanadas e, assim, garantir a qualidade desses serviços. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a satisfação e a sobrecarga de profissionais de equipes mínimas de saúde mental de municípios de pequeno porte I, e seus fatores associados, na Gerência Regional de Saúde de Itabira (GRS), Minas Gerais. Foram entrevistados 42 profissionais, utilizando as escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR e um questionário sociodemográfico ocupacional. Sobre a satisfação, os resultados mostraram que os profissionais estavam entre “mais ou menos satisfeitos” e “satisfeitos” com o serviço (escore global 3,44) e os escores das subescalas também apresentaram valores médios entre 3 e 4, indicando esta mesma tendência. Em relação ao impacto do trabalho, o escore global (2,01) indicou que os profissionais estavam mais próximos da classificação de “não sobrecarga” (1 e 2) e os escores das subescalas mostraram que duas delas (subescala 2: impacto do trabalho sobre o funcionamento da equipe subescala 3: repercussões emocionais da sobrecarga ressentida pela equipe) apresentavam um valor entre 2 e 3, indicando que os profissionais estavam entre “não sobrecarregados” e “mais ou menos sobrecarregados” com o serviço. Resultados dos itens específicos das escalas mostraram insatisfação com as condições de trabalho, salário, infraestrutura e falta de segurança. A sobrecarga maior foi em relação à frustração com os resultados do tratamento, o fato de lidar com pacientes psiquiátricos, o cansaço físico e o medo de ser agredido. A análise multivariada mostrou que a única variável preditora de maior sobrecarga profissional foi o menor “tempo de serviço” dos profissionais ($p = 0,00$) e a única variável preditora de menor satisfação com o serviço foi “ser enfermeiro ou psicólogo” comparativamente aos outros tipos de profissionais ($p = 0,04$). Os resultados mostraram a percepção dos profissionais sobre o serviço, indicaram variáveis a serem consideradas para a melhoria da qualidade dos serviços e apontaram para a importância da avaliação de serviços de saúde mental de municípios de pequeno porte para obter um quadro mais completo a respeito dos impactos destes serviços sobre os profissionais.

Palavras-chave: avaliação de serviços, saúde mental, satisfação, sobrecarga, profissionais.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO, 2001) recommends the continuous evaluation of mental health services, so that we can identify aspects to be improved in order to assure service quality. This research aimed to evaluate the satisfaction and burden of professionals who work in small mental health services situated in small counties of the region of Itabira, Minas Gerais and associated factors. We interviewed 42 professionals, using the rating scales SATIS-BR e IMPACTO-BR and a sociodemographic and occupational questionnaire. The results showed that the professionals were between “more or less satisfied” and “satisfied” with services (global score 3,44). Subscales satisfaction scores were also between 3 e 4, indicating the same trend. Regarding the measure of work impact, the result of global score (2,01) was close to the classification of “no burden” (1 e 2) and two of the subscales (subscale 2: impact of work on the functioning of the team and subscale 3: emotional consequence of work overload) had values between 2 and 3, indicating that the professionals were feeling between “no burden” and “moderate burden”. Specific items results showed dissatisfaction with work conditions, salary, infrastructure and security. Burden was related to frustration with treatment results, the fact of working with psychiatric patients, the physical fatigue and fear of being aggressed. Multiple regression analysis showed that less “duration of work” in the service was the only predictor factor for more professional burden ($p = 0,00$) and being psychologist or nurse was the only predictor factor for less satisfaction with service, compared to others professionals ($p = 0,04$). The results showed the perception of the professionals regarding the service, indicated variables to be accounted for in order to improve service quality and pointed to the importance of evaluating mental health services in small counties in order to have a better comprehensive picture of the impact of services to these professionals.

Key words: services evaluation, mental health, satisfaction, burden, professionals.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	16
Desinstitucionalização Psiquiátrica.....	16
A Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	21
Serviços de Saúde Mental.....	23
As “Equipes Mínimas” de Saúde Mental.....	23
Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Outros Dispositivos.....	25
Avaliação de Serviços de Saúde Mental.....	28
Satisfação e Sobrecarga Profissional em Serviços de Saúde Mental.....	38
OBJETIVOS.....	43
Objetivo Geral.....	43
Objetivo Específico.....	43
MÉTODO.....	44
Delineamento.....	44
Descrição do local da pesquisa.....	45
População-alvo.....	48
Amostra.....	49
Instrumentos de medida.....	50
Escala de Avaliação da Satisfação dos Profissionais com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR).....	50
Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental (IMPACTO-BR).....	52
Questionário sociodemográfico ocupacional.....	53
Procedimentos de coletas de dados.....	53
Análise de dados.....	54
Considerações éticas.....	55
RESULTADOS.....	57
Descrição da amostra.....	57
Características sociodemográficas.....	57
Características ocupacionais.....	58
Testes de normalidade.....	60

Análises do grau de sobrecarga e de satisfação dos profissionais.....	60
Grau de sobrecarga global e por subescalas.....	60
Grau de sobrecarga por itens.....	62
Grau de satisfação global e por subescalas.....	64
Grau de satisfação por itens.....	66
Análises univariadas da sobrecarga e da satisfação dos profissionais.....	71
Análises univariadas da sobrecarga dos profissionais.....	71
Análises univariadas da satisfação dos profissionais.....	73
Análises multivariadas da sobrecarga e da satisfação dos profissionais.....	75
Análise multivariada da sobrecarga dos profissionais.....	75
Análise multivariada da satisfação dos profissionais.....	76
DISCUSSÃO.....	79
CONCLUSÕES.....	86
REFERÊNCIAS.....	88
ANEXOS.....	101
Anexo 1 – Escala de Avaliação da Satisfação dos Profissionais com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR).....	102
Anexo 2 – Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental (IMPACTO-BR).....	116
Anexo 3 – Questionário sociodemográfico ocupacional.....	124
Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	127

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra dos profissionais.....	57
Tabela 2. Características ocupacionais da amostra dos profissionais.....	59
Tabela 3. Análise dos escores médios, global e por subescalas, da sobrecarga (IMPACTO-BR) pela análise de variância ANOVA de medidas repetidas e teste de Bonferroni.....	62
Tabela 4. Escores médios, desvios-padrão e porcentagens de respostas nos três níveis de sobrecarga, para cada item da escala IMPACTO-BR.....	63
Tabela 5. Análise dos escores médios, global e por subescalas, da satisfação (SATIS-BR) pelo teste não paramétrico de Wilcoxon.....	66
Tabela 6. Escores médios, desvios-padrão e porcentagens de respostas nos três níveis de satisfação, para cada item da escala SATIS-BR e média de postos de Friedman.....	67
Tabela 7. Análises univariadas das variáveis sociodemográficas e ocupacionais categóricas em relação à sobrecarga dos profissionais com o serviço de saúde mental.....	72
Tabela 8. Análises univariadas das variáveis sociodemográficas e ocupacionais contínuas em relação à sobrecarga dos profissionais com o serviço de saúde mental.....	73
Tabela 9. Análises univariadas das variáveis sociodemográficas e ocupacionais categóricas em relação à satisfação dos profissionais com o serviço de saúde mental, pelo teste de Mann-Whitney.....	74
Tabela 10. Análises univariadas das variáveis sociodemográficas e ocupacionais contínua em relação à satisfação dos profissionais com o serviço de saúde mental.....	75
Tabela 11. Análise de regressão linear múltipla das variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos profissionais associadas à sua sobrecarga global com o serviço de saúde mental.....	76

Tabela 12. Análise de regressão linear múltipla das variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos profissionais associadas à sua satisfação global com o serviço de saúde mental..... 77

INTRODUÇÃO

No contexto internacional, a relevância dos transtornos psiquiátricos tem sido enfatizada por estudos sobre a Carga Global de Doenças (CGD). Este índice mensura os anos de vida perdidos por morte prematura (YLL) e os anos vividos com incapacidade (YLD) combinados em um índice global (DALY) (Bonadinam, Passos, Mooney, Naghavi & Melo, 2017). A carga global de transtornos psiquiátricos é responsável por 32,4% de YLD e 13,0% de DALY, superando as estimativas apresentadas em 2013, que apontavam para 21,2% e 7,1% respectivamente (Vigo, Thornicroft & Atun, 2016).

O estudo de Bonadinam et al. (2017), que descreveu a carga dos transtornos psiquiátricos no Brasil e Unidades Federativas (UFs), comparando os anos de 1990 a 2015, mostra que, em 2015, estes transtornos foram responsáveis por 9,5% do total da carga global de doenças (DALY). Em 2015, eles constituíram a terceira causa de carga de doença no país, sendo considerados, no mesmo ano, como responsáveis por alta carga de doença em todo o mundo.

O mais recente Relatório Mundial de Saúde, publicado em 2016 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), aponta que os transtornos psiquiátricos ocorrem em todas as regiões e culturas do mundo, sendo a depressão e a ansiedade os mais prevalentes. Afetam aproximadamente uma em cada dez pessoas no planeta, em torno de 676 milhões de indivíduos (WHO, 2016). Dados publicados pela OMS (2013) mostram que pessoas com transtornos psiquiátricos experimentam taxas desproporcionalmente mais altas de incapacidade e mortalidade. O estudo aponta, ainda, que pessoas com depressão maior e esquizofrenia, por exemplo, têm uma chance de 40% a 60% maior de morrer prematuramente do que a população em geral (WHO, 2013).

O alto custo econômico gerado por estes transtornos impacta todas as sociedades e tem importantes implicações no planejamento dos cuidados de saúde. Ainda assim, a maioria dos países de baixa e média renda, como o Brasil, gasta menos de US\$ 2,00 per capita por ano no tratamento e prevenção dos transtornos mentais, enquanto países de alta renda gastam, em média, mais de US\$ 50,00 por ano (WHO, 2015). O orçamento limitado para a saúde mental é um grave problema. Em 2003, no Brasil, apenas 3,1% dos recursos destinados à saúde foram direcionados para o campo da saúde mental (Andreoli, 2007). Dados de 2011 indicam que estes recursos foram de apenas 2,38% (WHO, 2011). Esse número é muito baixo quando comparado ao investimento dos países desenvolvidos, como os Estados Unidos (6%) e Canadá (11%) (Andreoli, 2007). Estimou-se que o impacto global

cumulativo dos transtornos psiquiátricos, no quesito de perdas econômicas, será de US\$ 16.3 trilhões entre 2011 e 2030 (WHO, 2013).

Os impactos não monetários dos transtornos psiquiátricos também são evidentes e atingem diretamente os familiares de pacientes, além do próprio indivíduo. Estes impactos nas famílias aumentaram após as transformações vivenciadas na área da assistência da saúde mental com o advento da Reforma Psiquiátrica, pois as famílias passaram a ser mais responsabilizadas pelos cuidados cotidianos dos pacientes (Santos, Silva, Sobreira & Miranda, 2016). Conforme as responsabilidades familiares aumentaram, também foi verificada a presença do sentimento de sobrecarga nos cuidadores, gerando agravos à sua saúde (Gomes, Silva & Batista, 2018; Santos & Bandeira, 2015).

Os profissionais dos serviços de saúde mental, por sua vez, também tiveram que se adaptar à nova política nacional de saúde mental, que objetiva reduzir os leitos psiquiátricos qualificando e fortalecendo a rede extra-hospitalar, por meio de serviços substitutivos voltados para as comunidades. Trata-se de um modelo que visa a reabilitação psicossocial dos pacientes. Essas transformações ocasionaram diversos desafios aos profissionais, que envolvem desde a reestruturação dos serviços até a adoção de novos saberes, tecnologias e metodologias de trabalho (Glanzner, Olschowsky & Kantorski, 2011). A nova forma de atuação na saúde mental também passa por problemas, tais como o excesso de trabalho e responsabilidades direcionados aos trabalhadores dos serviços, falta de integração entre os serviços da rede pública e a falta de recursos humanos, que comprometem a qualidade dos serviços.

A OMS recomendou a prática de avaliação dos serviços de saúde mental, como um procedimento permanente, visando identificar lacunas que precisam ser sanadas, com o propósito de garantir a qualidade desses serviços (OMS, 2001). Neste sentido, a OMS enfatizou a necessidade da participação de pacientes, familiares e profissionais como parte integrante e necessária da avaliação. No entanto, tem sido evidenciada uma discrepância entre a quantidade de pesquisas avaliando usuários e familiares e aquelas focalizadas em profissionais, que têm sido menos estudados (Bandeira, Ishara & Zuadi, 2007; Bandeira, Pitta & Mercier, 2000). Desta forma, é importante a avaliação de serviços de saúde mental a partir da perspectiva do trabalhador, entendendo que a insatisfação e a sobrecarga sentidas no trabalho podem levar ao adoecimento e também comprometer a organização e os objetivos dos serviços (Bandeira, Lima, Barroso et al., 2014).

Existem tipos diferentes de serviços de saúde mental. Os municípios brasileiros podem contar com os dispositivos denominados Centro de Atenção Psicossocial (CAPS),

em diversas modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad e CAPSad III, além de outros dispositivos direcionados à saúde mental. A Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 traz as definições sobre cada modalidade de CAPS, estabelecendo que devem ser definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. A Portaria define ainda que, municípios de pequeno porte I, ou seja, com população abrangente de até 20.000 habitantes (IBGE, 2010), devem obrigatoriamente possuir uma rede básica com ações de saúde mental.

Pautando-se neste princípio, os municípios de pequeno porte I incluem equipes de Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dispostas no Sistema Único de Saúde (SUS), denominadas informalmente pelos profissionais dos serviços de saúde mental de “Equipes Mínimas”. Contrariamente ao exposto na Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que discrimina as características gerais dos CAPS em relação às suas normas, equipe técnica e outras determinações, não fica definido neste documento, como devem pautar-se as “Equipes Mínimas” dos municípios de pequeno porte I, no que diz respeito à realização das ações de saúde mental na rede básica.

Desta forma, os municípios variam em sua organização, em muitos casos contando com a atuação de profissionais da própria Atenção Básica (AB) para atuar nos serviços de saúde mental, ocorrendo destes exercerem, ao mesmo tempo, mais de uma função na rede. Municípios de pequeno porte I também podem implantar o CAPS, caso seja interesse da gestão municipal de custear os gastos com o dispositivo. Entretanto, uma minoria dos municípios possui recursos para tal ação. A maioria dos municípios atua apenas com “Equipes Mínimas” de saúde mental. Diante das diferenças estruturais dos tipos de serviços de saúde mental dos municípios brasileiros de pequeno porte, os impactos sofridos pelos trabalhadores dos serviços podem variar.

Os níveis de satisfação e de sobrecarga dos profissionais têm sido considerados como importantes indicadores de qualidade de serviços de saúde mental (Borges, Argolo, Pereira, Machado & Silva, 2002; Rebouças, Abelha, Legay & Lovisi, 2008). Um baixo nível de satisfação dos profissionais no trabalho pode afetar o relacionamento com os pacientes e interferir no próprio tratamento oferecido. A sobrecarga também interfere em questões pessoais, clínicas e organizacionais, podendo resultar em maior frequência de absenteísmo, rotatividade e estresse, acarretando danos ao atendimento aos pacientes e ao funcionamento dos serviços de saúde mental (Rebouças, Legay & Abelha, 2007; Ishara, 2007; Ishara, Bandeira & Zuardi, 2008; Ishara, Bandeira & Zuardi, 2014).

Para investigar a sobrecarga e satisfação dos profissionais de serviços de saúde mental, foi feita uma busca nas bases indexadas dos periódicos científicos *SciELO*, *PePSIC*, *Medline*, *Pubmed*, *Lilacs* e *BVS*. Foram utilizados os descritores: satisfação, sobrecarga, profissional, avaliação de serviços, saúde mental, *burden*, *satisfaction*, *professional*, *servisse evaluation*, *mental health*, *mental health services* e *mental disorders*. Foram encontradas 51 pesquisas, dentre as quais 27 avaliaram a perspectiva dos familiares e/ou pacientes com os serviços de saúde mental, 19 avaliaram a perspectiva dos profissionais e 5 avaliaram simultaneamente a perspectivas de familiares, pacientes e profissionais. Desta forma, 24 pesquisas focaram o público-alvo que se pretende avaliar, no presente trabalho. Dentre essas 24 pesquisas, sete foram descartadas devido ao fato de cinco serem qualitativas e duas terem objetivado validar instrumentos de medida. Portanto, foram encontradas 17 pesquisas quantitativas que avaliaram profissionais de serviços de saúde mental, sendo 13 nacionais e 4 internacionais.

Dentre as 13 pesquisas nacionais encontradas, que avaliaram profissionais de serviços de saúde mental, 2 avaliaram profissionais de Hospital Psiquiátrico, 1 avaliou profissionais de um Hospital Geral que ofertava serviço de psiquiatria, 1 avaliou profissionais de um Departamento de Psiquiatria de uma Universidade Federal, 1 avaliou profissionais de um serviço de saúde mental de longa permanência e 1 avaliou profissionais de CAPS e Clínica Psiquiátrica. Desta forma, 8 estudos se concentraram na avaliação de profissionais de CAPS, população-alvo que se aproxima do objetivo deste trabalho (Leal, Bandeira e Azevedo, 2012; Camilo et al. 2012; Rebouças et al. 2008; Moura & Roncalli, 2016; Pelisoli, Moreira & Kristensen, 2007; Ferreira, 2015; Arantes, 2016; Resende, Bandeira & Oliveira, 2016). Dentre essas 8 pesquisas, três avaliaram mais de um serviço simultaneamente e cinco avaliaram apenas um serviço. Nenhuma das pesquisas avaliou um conjunto de serviços de saúde mental em abrangência de determinada região geográfica, como foi realizado no presente trabalho e nenhuma das 8 pesquisas foi conduzida em municípios de pequeno porte I. Nenhuma das pesquisas avaliou profissionais de “Equipes Mínimas”, como se objetivou no presente trabalho. Quatro pesquisas nacionais avaliaram um número pequeno de profissionais (de oito a vinte e três).

Ressalta-se que o porte populacional dos municípios foi considerado um importante fator para a presente pesquisa, devido às características peculiares de municípios menos populosos, como maior limitação de recursos financeiros e profissionais. Considerando a ausência de pesquisas sobre as “Equipes Mínimas” e entendendo a peculiaridade e os desafios dos serviços desempenhados por elas, destaca-se aqui a necessidade de avaliar

particularmente os serviços de saúde mental de municípios de pequeno porte I, realizados por “Equipes Mínimas”.

Os resultados dos estudos nacionais, realizados em CAPS, mostraram que os profissionais estavam entre “mais ou menos satisfeitos” a “satisfeitos” com os serviços. Em relação à sobrecarga, os profissionais apresentaram nível entre baixo e moderado de sobrecarga. Quanto aos quatro estudos internacionais, um mostrou que os profissionais de serviços comunitários de saúde mental apresentaram escore elevado de exaustão emocional e escore moderado de satisfação. Este estudo foi realizado na Inglaterra (Prosser, Jhonson, Kuipers, et al., 1996). Um segundo estudo mostrou que os profissionais também apresentaram escore elevado de exaustão emocional, porém, apresentaram escore baixo de satisfação no trabalho. O estudo foi desenvolvido na Inglaterra e no País de Gales (Evans, Huxley, Gately, et al., 2006). O terceiro estudo encontrado avaliou apenas o nível de satisfação dos profissionais e mostrou que a maioria dos participantes não estava completamente satisfeita com muitos aspectos do seu trabalho, e muitos nem sequer estavam moderadamente satisfeitos. Este estudo foi realizado na Itália (Gigantesco, Picardi, Chiaia, Balbi & Morosini, 2003). O quarto estudo também avaliou apenas o nível da satisfação dos trabalhadores da saúde mental e verificou que os profissionais encontravam-se satisfeitos com o serviço. A satisfação estava mais fortemente relacionada a situações onde se vivenciava maior suporte e colaboração da equipe, menos conflitos entre os membros da equipe e maior envolvimento no processo de tomada de decisões. A satisfação era maior em profissionais do sexo masculino e menor entre enfermeiros. Este estudo foi realizado no Canadá (Fleury, Greiner & Bamvita, 2017).

Observa-se, portanto, uma diferença de resultados referente aos níveis de satisfação e de sobrecarga dos profissionais dos serviços de saúde mental estudados. Esta contradição talvez se explique pela diferença dos instrumentos de medida utilizados ou por discrepâncias na forma de organização dos serviços. Diante destas considerações sobre os estudos já realizados, há necessidade de que sejam realizadas mais pesquisas que objetivem averiguar a satisfação e a sobrecarga dos profissionais dos serviços de saúde mental, principalmente de serviços de Equipes de Saúde Mental, por ainda não terem sido investigados.

Os problemas de pesquisa identificados na literatura consultada foram, portanto: a carência de pesquisas de avaliação dos profissionais de serviços comunitários de saúde mental, a ausência de avaliação sobre a perspectiva dos trabalhadores das “Equipes Mínimas” de Saúde Mental, a carência de pesquisa em municípios de pequeno porte I, a inexistência de pesquisa com abrangência regional, as diferenças na amostragem e a

contradição de resultados. A questão que se coloca, neste trabalho, é: qual é o grau de satisfação e de sobrecarga de “Equipes Mínimas” de saúde mental de municípios de pequeno porte I e quais seus fatores associados?

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Será apresentada, inicialmente, uma revisão de literatura sobre o contexto internacional da desinstitucionalização psiquiátrica, juntamente a uma apresentação sobre o movimento que promoveu a reorientação da assistência em saúde mental no Brasil, denominada Reforma Psiquiátrica, que constitui o contexto no qual se insere o presente trabalho. Em seguida, será apresentada uma revisão sobre serviços de saúde mental no Brasil, esclarecendo sobre tipos de serviços existentes na rede hoje, dentro desta área. O tópico seguinte trata da avaliação dos serviços de saúde mental que constitui o objetivo do presente trabalho. Por último, serão apresentados os principais aspectos no que se refere à avaliação da satisfação e da sobrecarga com os serviços, foco da avaliação neste trabalho.

Desinstitucionalização Psiquiátrica

A desinstitucionalização psiquiátrica na Europa iniciou na década de 1950, tendo sido legalizada em 1959 na Inglaterra, com a instituição da nova Lei da Saúde Mental, baseada em ações comunitárias. O processo de desinstitucionalização ocorreu diante do inconformismo social com relação aos cuidados destinados aos doentes mentais, que viviam dentro de hospitais psiquiátricos superlotados e com péssimas condições de vida. Os pacientes psiquiátricos, tradicionalmente tratados em grandes instituições asilares, começaram a ser progressivamente transferidos para serviços alternativos na comunidade. Esse movimento ficou mundialmente conhecido como desinstitucionalização psiquiátrica (Bandeira, 1991).

Fatores sociais e econômicos impulsionaram a desinstitucionalização, além do repúdio aos maus-tratos e violação dos direitos humanos praticados contra os pacientes em hospitais psiquiátricos. Outros fatores de notável importância foram os efeitos negativos decorrentes do longo período de hospitalização, como apatia, perda da autonomia, perda da capacidade de trabalho e prejuízos na competência social, que demonstraram que o tratamento asilar era evidentemente prejudicial aos institucionalizados. O desenvolvimento dos psicofármacos também foi um fator contribuinte, uma vez que proporcionou um maior controle sobre a sintomatologia dos pacientes, especialmente a sintomatologia positiva, permitindo a sua permanência estabilizada fora do hospital (Bandeira, 1991).

Conforme aponta a literatura, o processo de desinstitucionalização psiquiátrica possui duas dimensões distintas que devem ocorrer de forma integrada e simultânea para que

o processo alcance o sucesso dos seus objetivos. A primeira dimensão se refere à redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e a segunda está relacionada ao desenvolvimento de serviços complementares de base comunitária para acolher os pacientes longamente institucionalizados (Bandeira, 1991; Bandeira, Gelinas & Lesage, 1998). Concomitante a esta perspectiva, a OMS destaca que a desinstitucionalização eficaz é aquela que consegue a redução dos leitos com a concomitante instalação dos serviços na comunidade (WHO, 2001).

Entretanto, o movimento de desinstitucionalização se iniciou de maneira intensa, mas sem planejamento e preparação adequada. A redução dos leitos psiquiátricos ocorreu de forma acentuada nos países que iniciaram o processo, porém os serviços comunitários não foram desenvolvidos em número suficiente para acolher e preencher todas as necessidades dos pacientes. Os investimentos escassos e a ausência de infraestrutura adequada para tratá-los gerou graves impactos como o seu desamparo, a alta rotatividade dos mesmos (“porta giratória”) e problemas destes com a justiça (Morgado & Lima, 1994; Bandeira, 1991).

O desamparo de pacientes graves resulta de diversos fatores, como a indisponibilidade dos serviços em adequar o programa de tratamento ao paciente, o fato de o programa não ser aceito pelo paciente e de a família não ter condições de ficar com o paciente em casa, para que ele seja tratado na comunidade. Além disso, o tratamento dos pacientes psiquiátricos na comunidade por si só é mais complexo do que dentro dos hospitais, que possuem ampla vigilância e controle das adversidades. Os pacientes psiquiátricos mais graves, que são refratários aos tratamentos convencionais, foram os mais afetados pela nova política de saúde mental (Morgado & Lima, 1994).

Bandeira, Gelinas e Lesage (1998) apontam que a falta de acompanhamento frequente e sistemático na comunidade tem sido enfatizado como uma variável importante do processo de reinserção do paciente com transtorno mental. Os autores comentam sobre o estudo de Dorvil (1987), cujo resultado mostrou que uma característica marcante da maior parte dos pacientes que frequentam a urgência psiquiátrica é a ausência de um acompanhamento nos últimos seis meses que precederam a sua chegada ao serviço de urgência, de forma que uma menor frequência sistemática de acompanhamento está relacionada a uma maior frequência de novas hospitalizações dos pacientes (Solomon, Draine & Meyerson, 1994 *apud* Bandeira, Gelinas & Lesage, 1998).

O fenômeno conhecido como “porta giratória” ou “*revolving door*” é outro grave impacto que surgiu com a transformação política assistencial na área da saúde mental. A falta de assistência e de acompanhamento contínuo dos pacientes na comunidade, deixa-os

em estado de negligência que acarreta novas crises e internações sucessivas refletindo no colapso do sistema (Morgado & Lima, 1994). Em vez de irem para casa quando recebem alta, os pacientes vão para outro serviço, como o hospitalar, ou seja, saem por uma porta e entram em outra. A alta rotatividade é um problema difícil de evitar, pois acontece de os próprios pacientes ficarem inseguros para inserirem-se em novos serviços. Vários fatores contribuem para a ocorrência deste fenômeno, como a falta de coordenação entre os setores do serviço, a carência de infraestrutura, a falta de integração entre serviços comunitários e hospitais, o acompanhamento restrito de pacientes e de curta duração e as diferenças ideológicas entre membros das equipes. A ocorrência da porta-giratória também está associada a uma carência de profissionais em saúde mental, que conseqüentemente gera uma alta taxa de pacientes sendo atendidos por um mesmo profissional (Morgado & Lima, 1994; Parente, Mendes, Souza, et al., 2007).

Outro impacto sofrido com a desinstitucionalização refere-se aos frequentes casos de pacientes com problemas na justiça. Isso tem sido recorrente uma vez que, em geral, os pacientes não têm consciência da doença e os profissionais da justiça/polícia não estão preparados para lidar com os mesmos. Além disso, tem ocorrido casos de imputação indevida, diante de situações em que o transtorno mental ainda não tenha sido devidamente diagnosticado. A falta de serviços adequados e de acompanhamento contínuo, como já exposto, também faz com que os pacientes tenham mais crises, demonstrando, em geral, agressividade e violência, tendo que ser contidos. A exposição pública de cenas desse tipo, antes confinadas no interior dos hospitais, contribuiu para aumentar o estigma em relação aos pacientes psiquiátricos. O sistema prisional não conta com uma assistência especializada para essas pessoas, o que contribui para que a doença se agrave e repercuta em um pior prognóstico (Morgado Lima, 1994; Lougon, 2006; Bandeira et al., 2007).

A OMS lançou, em 2008, um programa mundial de ação para reduzir as lacunas em saúde mental (mhGAP), visando combater a falta de cuidados de saúde com pessoas que apresentam transtornos mentais, neurológicos e dependência de uso de álcool e outras drogas, especialmente em países de baixa e média renda. A OMS (2010) reafirma que a maioria dos transtornos mentais, neurológicos e o de uso de álcool e outras drogas resultam em elevada morbidade e mortalidade e que pode ser problemático o manejo destes transtornos por prestadores de cuidados de saúde não especializados. A OMS (2010) aponta que é necessário aumentar a capacidade do sistema de cuidados primários de saúde, para que seja possível prestar um conjunto integrado de cuidados através de capacitação, apoio e supervisão. Neste sentido, foi desenvolvido o Manual MI-GAP de Intervenções para

Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde, como uma ferramenta técnica para a implementação do programa mhGAP.

Em síntese, os problemas encontrados na reinserção social de pacientes psiquiátricos são geralmente atribuídos às condições inadequadas do seu processo de integração na comunidade, tais como a carência de programas comunitários adequados de intervenção, a interrupção do tratamento medicamentoso, a falta de uma atividade ocupacional significativa, a ausência de um suporte assistencial satisfatório das pessoas mais próximas do paciente e a carência de dispositivos externos suficientes para acolher os pacientes em momentos de crise (Bandeira, 1993; Bandeira, Lesage & Morissete, 1994).

Com relação aos custos não-monetários, como apontado na introdução deste trabalho, verifica-se a sobrecarga e o estresse em familiares e nos profissionais dos serviços de saúde mental. As famílias foram incluídas no processo de desinstitucionalização sem terem sido devidamente preparadas para tal. Este despreparo para lidar com a nova política de saúde mental repercutiu em efeitos negativos na saúde geral dos cuidadores, acarretando sentimento de sobrecarga. Esse sentimento foi ocasionado na medida em que aumentaram as responsabilidades das famílias, que tiveram que prover cuidados aos pacientes em tempo integral, assumindo todo o cuidado cotidiano que antes era realizado por equipes de funcionários (Bandeira & Barroso, 2005). O termo sobrecarga familiar se refere ao peso que o transtorno psiquiátrico impõe à família, e não à pessoa com transtorno psiquiátrico (Tessler & Gamache, 2000).

Os profissionais da saúde mental, por sua vez, não apenas tiveram que enfrentar estressores similares aos trabalhadores de outros serviços públicos, mas também passaram a experimentar fontes adicionais e específicas de estresse. O trabalho em saúde mental é intrinsecamente estressante, ainda mais neste contexto de crescentes cargas de trabalho, falta de pessoal, insegurança no trabalho e mudanças organizacionais contínuas no serviço de saúde (Hannigan, Edwards, Coyle, Forthergill & Burnard, 2000).

A sobrecarga profissional pode ser entendida como a sensação de um peso a carregar, ou seja, demandas excessivas de trabalho às quais o profissional não consegue atender (Bandeira, Ishara, & Zuardi, 2007). Ela reflete a insuficiência da infraestrutura e o mal funcionamento dos serviços comunitários, indicando que quanto maior as falhas dos serviços comunitários, maior é a sobrecarga sentida pelos profissionais dos serviços (Bandeira & Barroso, 2005). As consequências da sobrecarga profissional são, por exemplo, sentimentos negativos como frustração com os resultados do trabalho, desejo de mudar de emprego,

cansaço e estresse (Ishara, 2007). Os custos não-monetários da desinstitucionalização psiquiátrica, especificamente a insatisfação e sobrecarga de profissionais da saúde mental, compromete a qualidade dos serviços e da assistência prestada aos pacientes (Barroso et al., 2007; Bandeira et al., 2007).

Estudo desenvolvido por Ishara (2007), avaliou os níveis de estresse e de sobrecarga de 172 profissionais de seis serviços psiquiátricos de hospitalização integral e parcial de uma cidade de porte médio do estado de São Paulo. O resultado mostrou que 18% profissionais avaliados apresentaram estresse. Destes, 97% se situaram na fase de resistência com predomínio de sintomas psicológicos (52%). Entre os médicos residentes, a metade apresentou estresse, sendo que a maioria estava na fase de resistência (83%) com predomínio de sintomas psicológicos (67%). Além disso, o grupo de profissionais que apresentou o maior grau de estresse também apresentou os níveis mais acentuados de sobrecarga.

Segundo, Thornicroft e Tansella (2002), o movimento denominado desinstitucionalização é um modelo definido com base em três componentes essenciais, resumidamente: a diminuição das admissões hospitalares pela provisão de serviços comunitários; a desospitalização, após preparação, de pacientes internados por longos períodos e, por fim, a criação e manutenção de uma rede de serviços na comunidade para atender a esses pacientes.

O processo de desinstitucionalização psiquiátrica teve um impacto social considerável, tendo mobilizado milhares de pacientes longamente institucionalizados para serviços substitutivos. No entanto, como destacado, esse movimento não foi planejado, revelando que a avaliação da eficácia e da qualidade da assistência foi um fator secundário em todo o processo (Bandeira, 1991). O trabalho em saúde mental se tornou multidisciplinar, mas as equipes também não foram preparadas para lidar com a sua nova realidade de trabalho e com as novas responsabilidades (WHO, 2001). O estigma e o preconceito em relação aos pacientes psiquiátricos não foram minimizados, resultando em atitudes negativas contra essas pessoas e muitos pacientes acabaram institucionalizados em prisões ou ficaram sem abrigos nas ruas (Morgado & Lima, 1994; Lougon, 2006). A desinstitucionalização não é o mesmo que desospitalização, ou seja, desinstitucionalizar é um fenômeno mais complexo e mais amplo (Bandeira, 1991; WHO, 2001). O fechamento dos hospitais sem a existência de recursos substitutivos na comunidade é prejudicial não só para os pacientes, mas também para suas famílias, para os profissionais de saúde mental e para a comunidade em geral (Bandeira et al., 1998; Barroso & Bandeira, 2005; WHO, 2001).

Nesta perspectiva, alguns pesquisadores afirmam que apesar da redução de leitos psiquiátricos, o processo de desinstitucionalização parece não ter atingido sua capacidade máxima, uma vez que não foram desenvolvidos, junto a este processo, recursos comunitários necessários para o sucesso da transformação política, capaz de atender as necessidades dos pacientes (Bandeira, 1994; Mercier, 1997). Sobre isso, Lasage e Tansela (1993) *apud* Bandeira, Gelinas e Lesage (1998), apontaram que na realidade é muito mais difícil realizar uma psiquiatria comunitária do que hospitalar, uma vez que é preciso desenvolver na comunidade, todos os serviços necessários para atender às necessidades dos pacientes e é preciso coordenar estes serviços. Desta forma, caminhamos enfrentando desafios no contexto da saúde mental, tentando garantir o que, por direito, foi determinado pelas novas políticas.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira

No Brasil, na década de 1970, ocorreu a Reforma Psiquiátrica Brasileira, inspirada no modelo de desinstitucionalização italiana (Delgado et al., 2007). Em 1978, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que junto aos familiares de pacientes psiquiátricos, denunciaram as violências e maus-tratos que os pacientes sofriam nos hospitais de internação de longa permanência (Delgado et al., 2007). Com a Constituição Federal do Brasil de 1988, a saúde foi reconhecida como um direito de todos e dever do estado (Brasil, Art. 196). O Sistema Único de Saúde (SUS) foi organizado pelo Estado brasileiro e reconhecido como uma instituição jurídica criada para estruturar os serviços e ações públicas de saúde no país, contemplando em suas diretrizes os princípios da reforma psiquiátrica. Desta forma, com a garantia dos direitos preservados pelo poder estatal, a saúde e saúde mental ganharam nova roupagem nos serviços públicos e privados.

Na década de 90, os movimentos sociais inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar, em vários estados brasileiros, as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. A década de 90 também foi marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Passou a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas

experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Hospitais-dia e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005).

Posteriormente, foi sancionada uma importante lei brasileira, a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre os direitos dos doentes mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esta lei proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos no país, estabelece que os tratamentos devem ser realizados preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental e como principal finalidade, objetiva a reinserção social do doente mental em seu meio, entre outras determinações.

Este processo caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. O objetivo foi a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolidou como política oficial do governo federal (Brasil, 2005). De 1995 a 2005, os serviços comunitários de saúde mental aumentaram nove vezes. As regiões mais pobres dobraram o número de serviços comunitários, mas as regiões Sul e Sudeste apresentaram um crescimento muito mais acelerado (Andreoli, 2007).

Normativas federais passaram a regulamentar a nascente rede de serviços de base territorial, como a Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Serviços substitutivos foram criados para apoiar a saúde mental, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Serviços Residencial Terapêutico (SRT), o Centro de Convivência (CECOS) e o Programa de Volta para Casa (Brasil, 2013).

Dados do Ministério da Saúde de 2011, apontam que houve redução de mais de 6.832 leitos nos hospitais psiquiátricos no Brasil. A maior concentração de leitos (48,67%) estão nos hospitais classificados como de pequeno porte (com até 160 leitos). Em 2002, esses hospitais respondiam por apenas 24% dos leitos, sendo que em 2006 esse número aumentou para 42,5%. Esses números demonstraram uma mudança estrutural que exerce impacto na qualidade do atendimento e também na redução dos problemas vivenciados em instituições de grande porte, como o isolamento e o abandono. Além disso, o número de macro-hospitais (acima de 600 leitos) também foi reduzido. Em 2002, havia sete instituições desse nível; em

2006, elas foram reduzidas para cinco e, em 2010, havia apenas uma (Ministério da Saúde, 2011).

Além dos dispositivos criados para substituir os hospitais psiquiátricos como os CAPS, os municípios especificamente de pequeno porte I, passaram a contar com a atuação de “Equipes Mínimas” de saúde mental. A seguir estes serviços serão descritos.

Serviços de Saúde Mental

As “Equipes Mínimas” de Saúde Mental

No que se refere à atenção em Saúde Mental, ficou estabelecido por lei que municípios com população inferior a 20.000 habitantes devem investir em ações de saúde mental. Desta forma, os municípios de pequeno porte I, que são os que abrangem este porte populacional, contam com a atuação de “Equipes Mínimas” de saúde mental. Em alguns municípios, estas “Equipes Mínimas” são formadas pelos próprios funcionários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) inseridas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A inclusão destas “Equipes Mínimas” nas UBS surgiu como uma proposta de reorganização da política de Atenção Básica. Segundo Andreoli (2007), o Ministério da Saúde tem se esforçado para alinhar o desenvolvimento de ações em saúde mental junto às equipes de saúde da família, com o objetivo de contribuir com os trabalhos de assistência em saúde mental, próximos à rede comunitária em todo o território brasileiro.

A ESF também não possui, em sua regulamentação, uma especificação para fornecer assistência a pacientes com transtornos mentais, porém, na maioria dos municípios de pequeno porte, a utilização dos profissionais da própria Raps constitui a única alternativa, por isto os seus funcionários são direcionados para serem atores neste campo (Amadei & Oliveira, 2017). Poucos municípios de pequeno porte possuem uma ampla diversidade de dispositivos assistenciais, como CAPS, entre outros dispositivos.

As equipes da Atenção Básica lidam diariamente com um público amplo e diversificado. Cada equipe da ESF (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde) fica encarregada da cobertura de até 1.000 famílias ou cerca de 3.400 pessoas de um município ou bairro (Brasil, 2005). A ESF atua como centro de atenção à família como um todo, sendo um modelo de atenção voltado para a prevenção da saúde das famílias. É ainda considerada a porta de entrada para os serviços de atenção à saúde, pois ela

fica localizada em pontos estratégicos da cidade, em territórios onde encontramos famílias em situação de vulnerabilidade (Luzio & L'Abbate, 2009). Por isso, é de extrema importância o preparo dos profissionais para saberem lidar com transtornos mentais, uma vez que se trata de transtornos com alta prevalência na população (Andreoli, 2007).

Devido à sua proximidade das famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico (Brasil 2005). Desta forma, a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da ESF na identificação e na abordagem dos transtornos mentais é oportuna (Andreoli, 2007).

É por meio de pactuações que os pequenos municípios recebem apoio de municípios nomeados de “referência”. São denominados municípios de referência, aqueles municípios que possuem o CAPS e assim, prestam a assistência necessária em nível secundário aos municípios pactuados. Isto ocorre porque nem sempre a Atenção Básica apresenta condições para dar conta da importante tarefa de articular a saúde mental na sua própria estrutura. Por esta razão, o Ministério da Saúde vem estimulando ativamente as políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Básica, revendo diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais frequentes de saúde mental. Assumir este compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção de equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo, especialmente em relação aos pequenos municípios (a maioria dos municípios brasileiros), onde não foi possível a implantação de CAPS (Barra, 2013).

Embora a maioria da população brasileira (51%) resida nos 4% dos municípios com população acima de 100.000 habitantes, 96% dos municípios possuem população inferior a 100.000 habitantes, sendo que 63% dos municípios brasileiros possuem população de até 20.000 habitantes. Portanto, o cotidiano das instituições de saúde nos pequenos territórios caracteriza a maioria dos municípios brasileiros. Este dado nos mostra o quanto é representativo o poder de atuação dos pequenos municípios no país e indica que a qualidade dos seus serviços pode afetar diretamente seus municípios de referência (Luzio & L'Abbate, 2009).

Devido à falta de regulamentação que defina como deve ser organizada a atuação de “Equipes Mínimas” de saúde mental nos pequenos territórios, cada município se organiza de uma determinada forma. Alguns municípios possuem profissionais contratados para atuar exclusivamente na saúde mental, mas é uma realidade atípica. Em relação ao espaço físico

para atendimentos, também é diversificado. Quando não possuem sede própria, os municípios utilizam os espaços das Unidades Básicas de Saúde (UBS), por exemplo, para atuarem. Somente é possível descrever estes serviços de forma individualizada.

O Ministério da Saúde vem construindo nos últimos anos, diretrizes e condições para que, nos municípios com menos de 20.000 habitantes, a saúde mental se estruture a partir da Atenção Básica, obedecendo ao modelo de redes de cuidado de base territorial e buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Esses municípios podem, por exemplo, utilizar a ferramenta do Apoio Matricial, que é um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de Atenção Básica. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação (Brasil, 2005).

Dispositivos de Atenção Psicossocial

Entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, os CAPS têm maior valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e possuem modalidades distintas. Foi através do surgimento destes serviços que passou a operacionalizar uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no Brasil (Brasil, 2005). Entre as distintas modalidades criadas, O CAPS I é direcionado a pessoas de todas as faixas etárias que apresentam um profundo sofrimento psíquico ocasionado por transtornos mentais graves e constantes, incluindo pessoas que utilizam substâncias psicoativas. Esse tipo de CAPS é indicado para municípios com população acima de 15 mil habitantes, tendo como equipe para atendimento, um médico formado na área de saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior e quatro profissionais de nível médio. O CAPS II tem as mesmas características de atendimento do CAPS I, porém é implantado em municípios com população acima de 70 mil habitantes. A equipe requer um psiquiatra, um enfermeiro especializado em saúde mental, quatro profissionais de nível superior e seis de nível médio. O CAPS III também tem as mesmas características de atendimento do CAPS I e II, porém ele é um serviço de atenção ininterrupta, funcionando 24 horas por dia, inclusive aos finais de semana e feriados. Esta modalidade de CAPS é designada a municípios com população acima de 150 mil habitantes. Requer uma equipe com, pelo menos, dois psiquiatras, um enfermeiro especializado em

saúde mental e cinco profissionais de nível superior. Para o atendimento noturno são necessários três técnicos de enfermagem, um enfermeiro para supervisão e um profissional de nível médio. Para o atendimento diurno, a equipe deve ser formada por um profissional de nível superior, três técnicos de enfermagem, um enfermeiro para supervisão e um profissional de nível médio (Brasil, 2004).

O CAPSad é direcionado a todas as faixas etárias, porém o serviço possui foco no atendimento de pessoas que possuem intenso sofrimento psíquico ocasionado pelo uso constante de substâncias químicas. É implantado em municípios com população acima de 70 mil habitantes, tendo obrigatoriamente uma equipe com um psiquiatra, um enfermeiro especializado em saúde mental, um clínico geral que será responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento do indivíduo, sendo necessário ter quatro profissionais de nível superior e seis profissionais de nível médio. O CAPSad III atende todas as faixas etárias, levando em conta as normas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O serviço pode ter, no máximo, 12 leitos para observação e funciona 24 horas por dia, incluindo fins de semana e feriados. O CAPSad III é implantado apenas em municípios com população acima de 150 mil habitantes. A equipe deve conter um médico especializado em saúde mental ou um psiquiatra que realize 60 horas semanais, um enfermeiro especializado em saúde mental, cinco profissionais graduados, quatro técnicos de enfermagem, quatro profissionais de nível médio. Para atendimento noturno é necessária uma equipe com, pelo menos, um profissional de saúde graduado sendo de preferência um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e um profissional de nível médio para cuidar de questões administrativas. Aos finais de semana e feriados, no período diurno, a equipe tem que ser composta por um enfermeiro, três técnicos de enfermagem e um profissional de nível médio (Brasil, 2004).

O CAPSi é direcionado para crianças e adolescentes que apresentam um intenso sofrimento psíquico ocasionado por transtornos mentais graves e persistentes. Esse tipo de CAPS é recomendado para municípios com população acima de 70 mil habitantes. Sua equipe deve ser composta por um psiquiatra ou neurologista ou até mesmo um pediatra com especialização em saúde mental, um enfermeiro, quatro profissionais graduados e cinco profissionais de nível médio (Brasil, 2004).

Outro serviço que oferece suporte à saúde mental é o Serviço Residencial Terapêutico (SRT). O SRT é uma ferramenta estratégica no processo de desinstitucionalização de pessoas que saíram de longas internações psiquiátricas e que, conseqüentemente, perderam seus vínculos familiares. Destina-se também aos moradores de rua que sofrem de graves transtornos mentais, pessoas que são acompanhadas pelo CAPS e

que possuem problemas de moradia e indivíduos que passaram um grande período em instituições penais e manicômios judiciários. A residência terapêutica acomoda até oito moradores, um cuidador e um auxiliar de enfermagem, não devendo ser caracterizado como local de tratamento e sim de moradia. Este tipo de serviço traz uma diretriz inclusiva, acolhendo pessoas que possuem certa autonomia, mas que não tem vínculos familiares e não dispõem de moradia (Brasil, 2004).

Há dois grandes modelos de SRT. O SRT I se concentra na inserção dos indivíduos na rede social existente e, geralmente, é vinculado apenas ao PSF. Neste tipo de SRT, são desenvolvidos com os moradores estratégias para que consigam moradias definitivas na comunidade. O SRT II é específico para as pessoas idosas, doentes e/ou deficientes físicos. É similar a uma casa de cuidados substitutivos de pessoas que ficaram institucionalizadas. Este modelo está focado na reapropriação habitacional, inserindo o indivíduo na rede social existente da comunidade. Seus moradores são pessoas que necessitam de cuidados constantes e monitoramento técnico diário (Brasil, 2004).

Os Centros de Convivência e Cultura (CECOs) são dispositivos públicos pertencentes à rede de atenção substitutiva em saúde mental brasileira, onde são oferecidos às pessoas espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade. Nestes espaços, pessoas de uma determinada comunidade têm a liberdade de se reunir com a finalidade de se socializarem e, através deste contato, constroem juntas, espaços de trabalho, lazer, cultura, saúde, entretenimento, inclusão social, discussões e posicionamentos sobre problemas de sua comunidade. Os CECOs estão associados ao Projeto da Reforma Psiquiátrica, uma vez que surgiram como alternativa de socialização de pessoas com transtornos mentais. Os CECOs são dispositivos altamente potentes e efetivos na inclusão social das pessoas com transtornos mentais (Ferreira, 2014).

O Programa de Volta Para Casa, é um programa da área da saúde mental, que objetiva reinserir aqueles pacientes que estiveram há anos em hospitais. Em tese, existem dois documentos que fundamentam a existência do programa, a Lei nº 10.708 de 2003 que legalizou o programa e a Portaria nº 2077/GM de 2003, que fundamentou a regulamentação da lei citada. O Programa de Volta para Casa tem como foco inserir socialmente aqueles que estiveram dois anos ininterruptos de internação em hospitais psiquiátricos (Lima & Brasil, 2014). Para receber o benefício, é necessário que o futuro beneficiário esteja munido de documento de identificação, CPF e comprovante de residência. A Caixa Econômica Federal, banco responsável pelo pagamento do benefício, também solicita uma Carta de Encaminhamento assinada pelo profissional de Saúde responsável por seu acompanhamento.

Entretanto, muitos pacientes não conseguem acessar ao benefício por não possuírem a identificação completa necessária.

Muitos países, inclusive o Brasil, têm enfrentado dificuldades no que se refere a um bom alinhamento do processo de desinstitucionalização psiquiátrica. Os serviços de saúde mental, sejam eles CAPS ou serviços com a atuação de Equipes Mínimas, estão enfrentando diversos problemas, tendo que operar com a falta de recursos materiais e humanos e, respectivamente, com o excesso de trabalho e de responsabilidades (Bandeira, Pitta & Mercier, 2000; Lima & Teixeira, 1995).

O desenvolvimento de uma rede de serviços substitutivos, adequados, acessíveis e empenhados em garantir a continuidade da assistência na saúde mental é considerado o mais importante e, ao mesmo tempo, o mais difícil desafio da reforma psiquiátrica. Exige um complexo conjunto de condições, que envolve a capacidade de atender as necessidades dos usuários dos serviços, além de ter que assistir a grupos ainda marginalizados da assistência. Apesar dos avanços, ainda estão presentes neste campo, as resistências políticas que impedem o apoio mais amplo aos processos de desinstitucionalização e a criação e sustentação de redes de serviços substitutivos (Mângia & Muramoto 2009; OMS, 2001; Saraceno, 1999; Thornicroft & Tansella, 2008).

Esta realidade difícil, vivenciada por muitos serviços, compromete significativamente a qualidade dos serviços prestados. Nesta perspectiva, a prática da avaliação contínua de serviços de saúde mental se faz necessária para poder-se garantir a qualidade da prestação do serviço ofertado (Leal, Bandeira & Azevedo, 2012; Bandeira, 2014). Este assunto será abordado a seguir.

Avaliação de Serviços de Saúde Mental

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou que a prática de avaliação de serviços de saúde seja permanente, devendo todos os países dedicarem-se ao desenvolvimento de pesquisas e monitoramento destes serviços, para avaliar indicadores da sua qualidade em termos de acesso, formas de atendimento, intervenções preventivas e terapêuticas e resultados do tratamento. Além de investigar a efetividade do tratamento ofertado e dos programas de prevenção, a pesquisa e o monitoramento objetivam identificar as necessidades e prioridades dos serviços de saúde mental e poder contribuir ativamente para a melhoria da assistência prestada. As avaliações dos serviços de saúde com rigor

metodológico constituem o meio mais adequado para produzir tais informações (OMS, 2001; Bandeira, 2014).

Segundo Contandriopoulos (2006), a avaliação precisa ser institucionalizada, isto é, tornar-se uma parte fundamental da rotina dos serviços. Todas as decisões devem ser embasadas em evidências comprovadas, construindo, assim, uma verdadeira cultura de avaliação. Contudo, é preciso que essa prática tenha a capacidade de produzir julgamentos verdadeiramente úteis, contribuindo para auxiliar os gestores no processo decisório de aperfeiçoamento dos serviços de saúde. Os resultados das avaliações serão considerados pertinentes pelos gestores dos serviços, conforme sua relevância, fundamentação teórica e credibilidade (Contandriopoulos, 2006; Bandeira, 2014).

A pertinência da avaliação está relacionada à sua capacidade de fornecer soluções para os problemas vivenciados pelos gestores do sistema. Logo, quanto mais pertinente for a avaliação, maiores serão as chances de ocorrer a institucionalização desse procedimento. Na medida em que os indivíduos envolvidos nos programas e serviços de saúde, acreditarem que uma melhora no desempenho do serviço está relacionada a uma melhora dos resultados que, por sua vez, dependem da existência de informações confiáveis, mais valorizada será a avaliação como um componente institucional. Além disso, para que a avaliação resulte em mudanças para melhorar os serviços, é preciso que todos os integrantes dos serviços se mobilizem para tal e demandem por informações provenientes das avaliações (Contandriopoulos, 2006; Bandeira, 2014).

A credibilidade da avaliação está relacionada à qualidade do processo de investigação e execução da avaliação e à qualidade das informações produzidas. A credibilidade será maior quando a avaliação for aceita por diferentes atores dos serviços de saúde. Quando as avaliações conseguem reunir pontos de vista de diferentes atores, aumentam as possibilidades de apresentar, para as instâncias decisórias, informações importantes para um julgamento mais amplo. Porém, é necessário que as instâncias de decisão entendam o que foi avaliado, em que contexto e de que maneira a avaliação foi conduzida. Os gestores dos programas precisam estar cientes da consistência dos resultados para saber decidir sobre a sua aplicação diante dos problemas enfrentados (Contandriopoulos, 2006; Bandeira, 2014).

Segundo Bandeira (2014), são encontradas na literatura da área, diversas recomendações para nortear os procedimentos de avaliação dos serviços. As recomendações visam, primeiramente, garantir que a avaliação seja completa, abordando todas as dimensões dos serviços. Em segundo lugar, as recomendações objetivam assegurar que a avaliação seja realizada com base nas diversas perspectivas dos diferentes agentes envolvidos nos serviços:

pacientes, familiares e profissionais. As demais recomendações apontam para os cuidados metodológicos a serem seguidos pelos pesquisadores, para que as pesquisas possuam maior validade interna e externa e, portanto, para que tenham resultados confiáveis e generalizáveis (Bandeira, 2014).

Donabedian (1990) apresenta uma série de atributos para definir a qualidade dos serviços. Esta definição tem sido utilizada para a avaliação de serviços de saúde em geral e também no âmbito da saúde mental. O autor definiu estes atributos como os sete pilares da qualidade dos serviços, sendo eles: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. A eficácia, enquanto atributo da qualidade dos serviços, é definida pelo autor como o limite superior do resultado que pode ser alcançado pelas intervenções dos serviços, em termos dos seus efeitos na saúde dos usuários. As pesquisas de avaliação da eficácia utilizam delineamentos experimentais por serem mais rigorosos no controle de vieses. Estes estudos definem e verificam se, de fato, foi a intervenção e não outros fatores que causaram os efeitos observados (Bandeira, 2014; Resende, 2015).

A efetividade, diferentemente da eficácia, se refere à melhoria alcançada na saúde dos sujeitos avaliados em relação às circunstâncias ordinárias da prática diária. Estudos que avaliam a efetividade utilizam delineamentos quase experimentais ou pré-experimentais, o que pode levar a avaliações imperfeitas, pois em alguns destes delineamentos não são utilizados os grupos de controle (sem o tratamento) para servir de comparação ao grupo experimental (submetido ao tratamento) (Bandeira, 2014; Resende, 2015).

A eficiência se refere à melhora na saúde, conseguida com um menor custo. Se duas estratégias de cuidados são igualmente eficazes ou efetivas, aquela que apresenta menor custo é considerada a mais eficiente. Isso não significa preterir uma possível melhora na saúde em função da economia, mas em conseguir os melhores resultados com um menor custo. Algumas pequenas melhoras na saúde podem não compensar por apresentarem custos desproporcionais, ou seja, os resultados positivos alcançados com o tratamento devem sobrepor-se aos custos totais dos serviços. O quarto pilar da qualidade é a otimização. Este atributo refere-se ao equilíbrio alcançado pelos serviços em relação aos custos e benefícios do cuidado oferecido (Bandeira, 2014; Donabedian, 1990).

O quinto pilar da qualidade é a aceitabilidade, entendida como a adequação dos cuidados oferecidos pelos serviços aos desejos e valores dos pacientes e seus familiares. Os pacientes possuem expectativas sobre os efeitos dos tratamentos em suas vidas e sobre a forma como esses efeitos devem ser obtidos. Portanto, aceitabilidade refere-se à satisfação

e está relacionada a uma avaliação subjetiva por parte dos pacientes ou familiares no que se refere à acessibilidade, ao tratamento, à relação paciente-profissional e às preferências em relação à efetividade do cuidado e em relação ao seu custo (Bandeira, 2014; Donabedian, 1990).

A legitimidade refere-se à aceitabilidade dos cuidados pela comunidade ou pela sociedade em geral. No entanto, há uma diferença entre o plano individual e o plano coletivo que deve ser considerada. Alguns recursos podem ser viáveis para o indivíduo e inviáveis para a sociedade, enquanto outros podem ser viáveis para a sociedade e não satisfatório para o indivíduo. Normalmente, as questões envolvendo a viabilidade dos serviços estão relacionadas ao financiamento social dos cuidados. Na medida em que parte ou todos os custos e tratamentos são financiados por terceiros, o nível de cuidado que um indivíduo gostaria de ter, excederá aquilo que a sociedade se sente capaz de financiar. Por essas razões, o que a sociedade considera como qualidade pode não ser classificada da mesma maneira no nível individual (Bandeira, 2014; Donabedian, 1990).

O sétimo pilar, a equidade, refere-se ao princípio que determina a justa distribuição de cuidados e benefícios em saúde entre os indivíduos de uma população. No entanto, a distribuição igualitária de acesso e de qualidade dos serviços de saúde é uma questão de política social. As intervenções com maior alcance em equidade podem não ser exatamente aquelas que geram os melhores resultados na saúde com menor custo (Bandeira, 2014; Donabedian, 1990).

Complementarmente à avaliação dos sete pilares de qualidade, Donabedian (1990) propôs a avaliação dos serviços em três dimensões básicas, a tríade estrutura-processo-resultado. A avaliação da estrutura inclui o estudo das condições físicas, da organização do serviço, da sua adequação em função dos objetivos visados e à avaliação dos recursos humanos que devem suprir as necessidades do serviço. A avaliação do processo é voltada para as atividades terapêuticas de orientação e apoio desenvolvidas no serviço para o tratamento e acompanhamento dos usuários, assim como à forma de funcionamento do serviço. Küstner, Gonzalez e Garcia (2002), acrescentam que a avaliação de processo se refere a todas as atividades diagnósticas, terapêuticas e preventivas que são realizadas na saúde mental. Por fim, a avaliação dos resultados, refere-se aos efeitos do tratamento e o seu impacto na saúde dos usuários, tais como a diminuição dos sintomas e das internações. Também se refere ao estudo da melhoria em aspectos mais amplos da vida do paciente, como a sua reinserção social, que inclui as habilidades de vida diária, autonomia, habilidades

interpessoais, qualidade de vida, bem como suas percepções com relação ao cuidado e sua satisfação com o serviço (Bandeira, 2014).

A avaliação dos resultados, segundo Donabedian, (1990), deve incluir também o estudo dos efeitos indiretos do tratamento, por exemplo, em relação à sobrecarga sentida pelos familiares dos pacientes e a sobrecarga sentida pelos profissionais dos serviços (Bandeira, 2014; Küstner, Gonzalez & Garcia, 2002). Küstner, Gonzalez e Garcia (2002), acrescentam que, na avaliação dos resultados, interessa saber se os tratamentos experimentados pelos pacientes representaram realmente uma resposta à necessidade previamente objetivada. Por fim, afirmam que essas três categorias estão interconectadas e precisam ser vistas como diferentes aspectos de um sistema de saúde mental amplo e dinâmico.

Os objetivos de uma avaliação de serviços são numerosos, ocorrendo divergências entre autores. Entre os objetivos oficiais, Contandriopoulos, Champagne, Denis e Peneault (1997) apontam quatro tipos: ajudar no planejamento de uma intervenção estratégica; fornecer informações para melhorar uma intervenção no seu decorrer; determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada ou interrompida e contribuir para o progresso de conhecimento, bem como para uma possível elaboração teórica. Acrescentam os autores que os avaliadores podem estar em busca de ampliar conhecimento, como em busca de promover uma ideia, obter uma promoção ou ampliar seu prestígio e poder.

Segundo Contandriopoulos et al. (1997), avaliar significa fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com intuito de ajudar na tomada de decisão. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou pode ser resultado de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Conforme Bandeira (2014), a avaliação normativa objetiva aferir a adequação entre as características dos serviços – incluindo a tríade estrutura, processo e resultado – e os requisitos e critérios definidos em normas estabelecidas por um órgão regulador. Geralmente, essa avaliação é feita pelos órgãos reguladores dos serviços através de comissões de avaliação e auditorias. Este tipo de avaliação é uma atividade comum em uma organização ou um programa, correspondente a uma função de controle e acompanhamento, assim como programas de garantia de qualidade de serviço.

Basicamente, a avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção. Visa comparar os recursos empregados e sua organização (estrutura), seus serviços ou os bens produzidos (processo) e os resultados

obtidos com os critérios declarados e normas previamente estabelecidas (Contandriopoulos et al., 1997). Segundo Contandriopoulos et al., (1997), a avaliação da estrutura envolve saber em que medida os recursos físicos e de quadro de funcionários são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados. Na avaliação do processo, são verificadas as dimensões técnicas dos serviços (a adequação das atividades terapêuticas dos serviços às necessidades), das relações interpessoais (a interação psicológica e social existente entre clientes e produtores de cuidados) e a dimensão do programa (diz respeito à acessibilidade aos serviços, à extensão da cobertura ofertada, a globalidade e continuidade dos cuidados e dos serviços). Por fim, a apreciação dos resultados consiste em se perguntar se os resultados observados correspondem ao esperado.

A pesquisa avaliativa, por outro lado, é um procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção, usando métodos científicos. Trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e contexto no qual ela se situa, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão. Este tipo de pesquisa visa responder questões referentes à produção de conhecimento (Bandeira, 2014; Contandriopoulos et al., 1997). Segundo Champagne, Contandriopoulos, Brousselle, Hartz e Denis (2011), a pesquisa avaliativa visa basicamente analisar, mediante métodos científicos válidos e reconhecidos, o grau de “adequação” entre os diferentes componentes de uma intervenção. Objetiva analisar sua pertinência, sua lógica, os efeitos e sua eficiência, bem como as relações entre a intervenção e o contexto em que se desenrola.

Na pesquisa avaliativa, podem ser feitos seis tipos de análise, segundo Contandriopoulos et al. (1997). Análise estratégica, da intervenção, da produtividade, do rendimento, da implantação e dos efeitos. Na análise estratégica, avalia-se a pertinência de um programa ou serviço, em consideração aos problemas apresentados pela população e suas prioridades. A análise da intervenção visa avaliar se os meios e recursos empregados são os mais adequados para atingir os objetivos visados pelo serviço. A análise da produtividade avalia a maneira como os recursos foram utilizados para produzir as intervenções adotadas, sendo esses recursos medidos em unidades físicas ou monetárias. Aquela intervenção que apresenta resultados com menor custo é considerada como sendo a de maior produtividade. A análise dos rendimentos ou da eficiência investiga a relação entre os recursos empregados pelos serviços e os efeitos alcançados, segundo três tipos de avaliação: avaliação de custo-benefício, de custo-eficácia e de custo-utilidade. A análise da implantação visa avaliar a influência da variação no grau e na forma de implantação de uma intervenção e a influência

do ambiente no qual a intervenção foi implantada sobre seus efeitos (Champagne et al., 2011). A última análise a ser comentada, a análise dos efeitos ou análise dos resultados, envolve a avaliação dos efeitos do tratamento no estado de saúde da população-alvo atendida e em sua qualidade de vida. Contandriopoulos et al. (1997) indicam que, sempre que possível, a análise dos efeitos deve ser realizada não somente a curto prazo, mas também a longo prazo. Este tipo de análise examina as relações entre uma intervenção e seus efeitos, sendo uma avaliação mais clássica e que é amplamente utilizada.

Autores apontam ser essencial certificar-se de que os efeitos medidos estejam realmente associados à intervenção, ou seja, que eles sejam um produto da intervenção. Os autores apontam três condições necessárias para que haja uma relação de causalidade entre a intervenção e os seus efeitos: a causa deve preceder o efeito, as duas variáveis devem estar ligadas empiricamente e a relação entre as duas variáveis não pode ser explicada por uma terceira variável (Champagne et al, 2011; Bandeira, 2014).

Há distinção entre dois tipos de pesquisas que avaliam os efeitos dos serviços, conforme o tipo de delineamento utilizado: a pesquisa de resultados e a pesquisa de impacto. A pesquisa de resultado é útil para uma avaliação rotineira dos efeitos do tratamento, visando apenas identificar se ocorreu uma melhora. Este tipo de pesquisa é feita a partir de delineamentos quase experimentais e pré-experimentais, que abrangem menor controle de vieses e, portanto, possui menor validade interna. A pesquisa de impacto visa avaliar não somente se o tratamento teve o efeito esperado, mas também identificar se o resultado se deve, de fato, ao tratamento efetuado e não a variáveis interferentes espúrias e vieses. Este tipo de pesquisa requer o uso de delineamentos experimentais, que apresentem o máximo controle de vieses e, portanto, possui maior validade interna (Smith, 2004; Bandeira, 2014).

Smith (2004) e Selltiz, Wrightsman e Cook (1976), apontam, ainda, para a existência de duas categorias gerais de pesquisa de avaliação, denominadas pesquisas somativas (ou dos resultados) e pesquisas formativas (ou do processo). Segundo o autor, a pesquisa somativa ou dos resultados, examina os efeitos de um programa após um certo tempo de funcionamento das intervenções. Utiliza delineamentos experimentais, quase-experimentais e pré-experimentais. Este tipo de pesquisa é quantitativa e utiliza análises estatísticas dos dados aferidos por indicadores objetivos ou por meio de instrumentos de medida validados. A pesquisa formativa ou de processo, geralmente é realizada no início da implantação de um serviço ou programa e objetiva avaliar as atividades, as intervenções terapêuticas desenvolvidas pelos profissionais e a organização do programa, com base em várias fontes

de dados informais. É uma pesquisa do tipo qualitativa, que auxilia os administradores a elaborarem seus programas, revê-los e aprimorá-los (Bandeira, 2014).

Além das pesquisas avaliativas, para aferir a eficácia e efetividade do tratamento, Bandeira (2014) aponta a necessidade de avaliar a qualidade dos serviços a partir de dois outros tipos de avaliação, que não são considerados como pesquisas propriamente ditas. Um tipo refere-se ao “monitoramento contínuo”, feito pelos próprios serviços, com medidas de resultados que apresentem importância clínica e sensibilidade para detectar os efeitos do tratamento e que sejam fáceis de serem respondidas pelos próprios usuários. O segundo tipo refere-se à aferição de “indicadores de desempenho” dos serviços, avaliados por medidas administrativas, referentes a níveis mais globais do que individuais, como o número de pacientes atendidos ou número de abandonos de tratamento, por exemplo.

Bandeira (2014) destaca, ainda, outros cuidados metodológicos a serem respeitados nas pesquisas de avaliação de serviços. Um destes cuidados se refere à amostragem. As pesquisas avaliativas de resultados precisam levar em consideração a representatividade da amostra dos pacientes avaliados para obter maior validade dos dados. Para isto, deve ser escolhida, preferencialmente, uma amostra aleatória, que por sua vez, possui diversos subtipos. Em geral, as pesquisas de avaliação dos resultados dos serviços são realizadas com amostras não aleatórias, chamadas “de conveniência”, devido à praticidade para o pesquisador. Entre os diversos subtipos de amostra não aleatória, o mais frequentemente utilizado é o da “amostra acidental”, na qual são avaliados os sujeitos que estejam presentes em determinado local e horário, sem sorteio. Porém, as amostras não aleatórias comprometem a generalização dos resultados obtidos, ou seja, comprometem a validade externa da pesquisa. Para que se possa garantir a generalização dos resultados, deve ser adotado o procedimento de amostragem aleatória, onde uma amostra de pacientes do serviço é sorteada, a partir de uma lista da população-alvo que se pretende avaliar, de forma que todos da lista tenham a mesma chance de serem selecionados.

Uma recomendação mais exigente com relação à seleção da amostra refere-se à necessidade de incluir na população-alvo de onde será selecionada a amostra, não somente pacientes que frequentam o serviço, mas também aqueles que já o abandonaram, para que a avaliação seja completa. Caso contrário, a amostra pode ficar enviesada. Não sendo possível evitar o problema de viés da amostragem, esta limitação da pesquisa deve ser apontada nos resultados (Bandeira, 2014; Smith et al., 1997; Contandriopoulos, Champagne, Denis & Boyle, 1994).

A avaliação dos resultados do tratamento tem recebido especial atenção dos pesquisadores. Diferentes dimensões dos resultados precisam ser aferidas e devem fazer parte do cuidado metodológico, devendo haver preocupação com a utilização de medidas diversificadas. As medidas dos sintomas psicopatológicos ou da frequência de uso dos serviços não são suficientes para avaliar os resultados. É preciso incluir a aferição de variáveis mais amplas, tais como o bem-estar psicológico, o grau de autonomia dos pacientes, as relações interpessoais, etc. (Küstner et al., 2002; Bandeira, 2014).

Smith et al. (1997) recomendam também que as medidas utilizadas na avaliação de resultados não incluam somente os aspectos específicos da saúde mental, mas também da saúde geral. Outro ponto levantado na literatura, conforme Bandeira (2014), é que as avaliações dos resultados dos serviços de saúde mental devem ser feitas em diversos níveis. Hanson (2001), citado por Bandeira, (2014), destaca a importância de avaliar o nível das medidas individuais sobre os resultados do tratamento na saúde e na vida dos pacientes, mas também o nível que se refere a uma avaliação mais ampla, dos serviços existentes em uma região ou uma avaliação de sistemas de saúde.

Segundo Bandeira (2014), há dois outros requisitos básicos na avaliação dos serviços, que são: o uso de instrumentos de medidas padronizados e as qualidades psicométricas dos instrumentos de medida, especialmente a validade e a fidedignidade. A validade refere-se à qualidade do instrumento medir, de fato, o construto que pretende avaliar e não outro construto e envolve diferentes subtipos. Champagne et al. (2011) descrevem mais detalhadamente sobre os três tipos de validade de medida: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto. A validade de conteúdo corresponde à capacidade de um instrumento para delimitar todas as dimensões do conceito medido. A validade de critério é a capacidade de um instrumento para prever ou estimar as variações de um fenômeno, no presente (validade concomitante) ou futuro (validade preditiva). A validade de construto corresponde ao rigor em que um instrumento está medindo realmente o construto que pretende medir e não outro construto.

A fidedignidade, também denominada de confiabilidade ou precisão, refere-se à qualidade do instrumento em medir de forma confiável e reproduzível, o que está sendo avaliado e também possui diversos subtipos (consistência interna dos itens, estabilidade temporal, teste-reteste, grau de acordo entre avaliadores). A validade e fidedignidade são duas principais qualidades psicométricas das escalas de medida (Faschel & Camey, 2003; Bandeira, 2014).

Atuando com estas recomendações e iniciando um processo de implantação deste tipo de avaliação no contexto brasileiro, as escalas de satisfação e de sobrecarga, elaboradas pela OMS, foram traduzidas, adaptadas e validadas para o Brasil por Bandeira, Pitta e Mercier (1999) e por Bandeira, Perreault, Mercier, Líbeiro e Pitta (2002). Autores têm apontado sistematicamente para a necessidade de se utilizar instrumentos de medida padronizados para a avaliação dos serviços de saúde mental, ressaltando a importância de instrumentos válidos, objetivos, sensíveis e específicos (Bandeira, Pitta e Mercier, 1999; 2000; Küstner et al., 2002).

Segundo Bandeira (2014), o pesquisador deve também levar em consideração nos instrumentos de medida, as alternativas de respostas para os itens das escalas. O número de alternativas deve estar em consonância com a capacidade da população-alvo de compreendê-las, assim como a forma de apresentação destas alternativas de resposta. Outro aspecto, que tem sido recomendado, é que os instrumentos de medida usados na avaliação dos serviços devem ser multidimensionais, ou seja, que avaliem diversas dimensões do fenômeno estudado, preferencialmente por meio de subescalas que forneçam escores independentes para cada dimensão avaliada.

A sensibilidade aos efeitos do tratamento ao longo do tempo é mais uma qualidade que um instrumento de medida deve oferecer. Eles devem, ainda, ser aplicáveis a diferentes tipos de serviços, possibilitando assim, sua utilização em grande escala por diversos pesquisadores. Os instrumentos de medida devem ser práticos, apresentar relativa facilidade de aplicação, de correção, computação e interpretação dos dados, assim como uma boa relação custo-benefício. Versões validadas de um instrumento de medida para outros países também é considerada uma qualidade de um instrumento de medida (Bandeira, 2014).

Contandriopoulos et al. (2006) apontam para a necessidade da institucionalização da avaliação dos serviços, ou seja, que a avaliação seja uma atividade realizada rotineiramente pelos próprios serviços. Esta recomendação não tem sido ainda implantada, pois, segundo Bandeira (2014), a maioria das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental é desenvolvida de forma pontual por pesquisadores independentes, que focalizam em uma variável específica ou em um conjunto de variáveis, o que torna maior o desafio de institucionalizar avaliações de serviços, uma vez que causa uma ampla multiplicidade de métodos.

Contandriopoulos et al. (2006) destacaram que a dificuldade de institucionalizar a avaliação de serviços resulta das divergências que existem com relação aos objetivos e prioridades dos diversos agentes envolvidos. Apesar disso, nos últimos anos foram

observados alguns progressos em relação à avaliação de serviços de saúde mental, por exemplo, no que se refere ao desenvolvimento e padronização de instrumentos de medida para a avaliação dos resultados, tendo havido um número crescente de publicações internacionais e nacionais a este respeito (Bandeira, 2014).

Satisfação e Sobrecarga Profissional em Serviços de Saúde Mental

Conforme apontado na introdução, a satisfação dos usuários e dos profissionais é considerada como um dos indicadores de qualidade dos serviços de saúde mental (Ruggeri, 2010; Borges, Argolo, Pereira, Machado & Silva, 2002). As pesquisas avaliativas que focam a satisfação produzem informações que permitem promover a reorganização da assistência em saúde, melhorar a qualidade dos tratamentos e intervenções e contribuir com a qualidade de vida daqueles que utilizam os serviços de saúde mental (Ruggeri 2010). No caso dos profissionais, a satisfação refere-se a uma avaliação positiva sobre diversos aspectos do serviço, como condições de trabalho, relacionamento com colegas, qualidade do tratamento oferecido aos usuários, aspectos estruturais e organizacionais, e participação e envolvimento nas decisões tomadas no serviço. Um baixo nível de satisfação dos profissionais no trabalho pode afetar o relacionamento com os pacientes e interferir no próprio tratamento oferecido (Ishara, Bandeira & Zuardi, 2008; Ishara, Bandeira & Zuardi, 2014).

Segundo Pitta (1996), a satisfação dos profissionais é o capital humano mais importante na gama de resultados em saúde mental. A autora destaca que esta área conta com poucos equipamentos tecnológicos sofisticados e necessita muito do engajamento ético positivo para superar desafios e limitações da própria natureza do trabalho. Segundo Ishara (2007), a satisfação é um sentimento agradável ou mesmo um estado emocional positivo do trabalhador, frente à sua experiência de trabalho, conforme suas metas e valores pessoais, podendo este estado ser modificado por fatores internos ou externos ao trabalho.

Para Peres-Ramos (1980), citado por Ishara (2007), a satisfação envolve dois âmbitos: o individual e o organizacional. O primeiro está associado à qualidade de vida e ao bem-estar físico e emocional do trabalhador. O segundo se refere à qualidade do trabalho, desempenho, produtividade, absenteísmo, pontualidade e rotatividade. Para o autor, há relevância no estudo sobre a satisfação de trabalhadores, pois foram observados resultados de pesquisa que indicaram um declínio generalizado nas atitudes e motivações de indivíduos em relação ao trabalho, com tendência ao desinteresse e a indiferença.

Ware, Snyder, Wright e Davies (1983), *apud* Resende (2015), apontam que a satisfação pode ser definida de maneiras diferentes pelos indivíduos em razão de variações no contexto cultural e nas experiências de vida. A questão da subjetividade, portanto, limita a formulação de uma definição generalizável e dificulta o avanço do conhecimento científico na área (Ruggeri, 1994). No entanto, segundo Silva (2014), a partir do momento em que a avaliação da satisfação recebeu reconhecimento como um elemento importante para a melhoria dos serviços de saúde, os pesquisadores se esforçaram para construir modelos conceituais mais consistentes. Segundo a autora, apesar dos problemas relativos à definição do conceito de satisfação, os pesquisadores concordam no fato de que se trata de um construto multidimensional.

Para Holcomb, Parker, Leong, Thiele e Higdon (1998), *apud* Resende (2015), os usuários dos serviços podem manifestar graus de satisfação diferenciados em relação aos componentes dos serviços. Um paciente pode, por exemplo, estar muito satisfeito com os resultados do seu tratamento, pode estar “mais ou menos” satisfeito em relação à discussão realizada sobre o seu caso e insatisfeito em relação ao conforto e a infraestrutura da unidade de saúde. Os instrumentos multidimensionais conseguem captar essas diferenças no grau de satisfação, demonstrando com maior clareza as dimensões que mais precisam de melhorias (Resende, 2015).

Em avaliações da satisfação feitas com profissionais, são aferidos aspectos relacionados às condições de trabalho, relacionamento com colegas, qualidade do tratamento oferecido aos usuários, aspectos estruturais e organizacionais, e participação e envolvimento nas decisões tomadas no serviço. Um baixo nível de satisfação dos profissionais no trabalho indica que o relacionamento com os pacientes pode ser afetado e isso interferir no tratamento oferecido (Ishara, Bandeira & Zuardi, 2008).

Ishara (2007) comenta sobre pesquisas feitas por Peres-Ramos (1980), que apontam para a relevância de estudos da satisfação. As pesquisas exibem resultados que indicam um declínio generalizado nas atitudes e motivações de indivíduos em relação ao trabalho, com tendência a desinteresse e indiferença. Estes problemas, segundo Ishara (2007), transcendem a esfera individual e institucional, repercutindo no desenvolvimento econômico e social de uma comunidade, para além do próprio serviço. Nesta perspectiva, Pitta (1996) descreve a satisfação dos profissionais como o capital humano mais valioso no cuidado em saúde mental.

O conceito de sobrecarga, conforme Maurin e Boyd, (1990), se refere à percepção de demandas excessivas para a pessoa e ao sentimento de ter um peso a carregar em

consequência destas demandas. Outros autores afirmam que o conceito de sobrecarga pode ser definido em dois aspectos: objetiva e subjetiva. A sobrecarga objetiva envolve a frequência de ocorrência de tarefas cotidianas de assistência aos pacientes, às perdas financeiras e as perturbações na rotina, na vida social e na vida profissional. A sobrecarga subjetiva é definida pelo sentimento de peso a carregar na função de cuidador, assim como pelas emoções e preocupações que os cuidadores apresentam em relação ao paciente (Bandeira & Barroso, 2005; Soares & Munari, 2007). No caso dos profissionais de saúde mental, esta percepção de sobrecarga resulta do contato contínuo com pessoas portadoras de distúrbios psiquiátricos, incluindo sentimentos negativos, como frustração com os resultados do trabalho, cansaço, medo de ser agredido e desejo de mudar de emprego (WHO, 2001; Ishara, Bandeira & Zuardi, 2014).

A nova forma de atendimento a pacientes psiquiátricos, que ampliou a gama de cuidados necessários à sua integração, requer maior envolvimento dos profissionais com o serviço, o que pode resultar em maior sobrecarga (Rebouças et al., 2008). A sobrecarga envolve aspectos psicológicos, emocionais e físicos, causados por sentimentos de pressão relacionados com demanda excessiva no trabalho, frustração com o trabalho, cansaço, medo de agressão e desejo de mudanças de emprego (Ishara, Bandeira & Zuardi, 2014). Trata-se de um elemento importante a ser aferido no processo avaliativo de um serviço de saúde mental, uma vez que se relaciona inversamente com a satisfação no serviço (De Marco et al., 2008; Rebouças; Legay & Abelha, 2007).

No trabalho de profissionais da saúde, a sobrecarga pode acarretar repercussões pessoais, clínicas e organizacionais (Borges et al., 2002). A sobrecarga percebida pela pessoa no seu trabalho pode resultar em estresse emocional. O estresse é definido por Lipp (2000) como uma reação complexa e global do organismo, que ocorre quando a pessoa é exposta a fatores estressantes que ultrapassam sua capacidade de resistir física e emocionalmente. Esta reação envolve componentes físicos, psicológicos, emocionais e hormonais e se desenvolve em fases crescentes, quais são: alerta, resistência e, por fim, exaustão.

Selye (1956) aponta que a fase de alerta caracteriza-se pela percepção de um desafio ou ameaça e a produção de mais energia. Devido a uma maior produção de noradrenalina nesta fase, ocorre um aumento de motivação, entusiasmo e energia, que geram um maior desgaste ao organismo. Sintomas como taquicardia, sudorese e alterações gastrointestinais podem ser ocasionados. A fase de resistência ocorre em decorrência do estímulo estressor ou do aparecimento de novos estressores. Diversos outros sintomas podem ser ocasionados, como ansiedade, isolamento social, dificuldade de memorização, nervosismo, entre outros.

Por fim, a fase de exaustão caracteriza-se por uma queda significativa na produtividade, sinais de deterioração com constante exaustão física e aparecimento de doenças.

Outras consequências podem resultar da sobrecarga e do estresse, como o desenvolvimento da conhecida Síndrome de *Burnout*. Segundo Maslach (2005), a Síndrome de *Burnout* é definida como uma síndrome psicológica resultante de uma reação prolongada a estressores interpessoais crônicos, a partir da sobrecarga e dos conflitos pessoais no trabalho. Além disso, fatores como escassos recursos e problemas organizacionais podem contribuir efetivamente para o quadro. A síndrome apresenta uma estrutura tridimensional, composta por: exaustão, ineficácia e ceticismo. A exaustão caracteriza-se pela sensação de estar além do limite e estar exaurido de recursos físicos e emocionais. A ineficácia está relacionada a um sentimento de incompetência, falta de realização e produtividade, podendo estar associado ao sentimento de ter cometido um erro ao escolher a carreira. O ceticismo corresponde a uma reação negativa às pessoas e ao serviço, ficando a pessoa “desligada” dos diversos aspectos do trabalho. Ocorre uma redução do tempo e da energia investida, com a realização apenas do mínimo necessário para o cumprimento das tarefas. Benevides-Pereira (2002) afirma que o ceticismo, também chamado de despersonalização, constitui um aspecto marcante da Síndrome de *Burnout* e caracteriza-se por uma maneira de atuação impessoal que chega ao cinismo e à ironia nos relacionamentos interpessoais no trabalho. A diminuição da produtividade e da qualidade de trabalho, o aumento do absenteísmo e o aumento no índice de acidente de trabalho, são consequências geradas pela síndrome.

A sobrecarga pode resultar do efeito de diversas variáveis, tais como o manejo diário e prolongado com portadores de transtornos mentais, responsabilidade para com a vida do paciente, dificuldade no estabelecimento de limites nas interações profissionais, e na manutenção da relação terapêutica, envolvimento excessivo com o trabalho e falta de gratificação financeira e social (Pelisoli, Moreira & Kristensen, 2007). Características organizacionais da estrutura e do funcionamento do local de trabalho são também variáveis importantes que contribuem para a sobrecarga e o estresse do trabalhador e, em alguns casos, podem ser mais proeminentes do que as características individuais (Thomsen et al., 1999). A sobrecarga constitui um dos custos não monetários dos serviços, uma vez que afeta as condições de trabalho e de vida dos profissionais. Nesta perspectiva, a avaliação dos níveis de sobrecarga de profissionais se torna importante, sendo considerado como indicador de qualidade dos serviços de saúde mental.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

O objetivo geral deste trabalho foi investigar o grau de satisfação e de sobrecarga dos trabalhadores das “Equipes Mínimas” de saúde mental de 21 municípios de pequeno porte I, pertencentes à Gerência Regional de Saúde (GRS) de Itabira/MG.

Objetivos específicos

1. Descrever as características sociodemográficas e ocupacionais da amostra de profissionais.
2. Avaliar o grau de satisfação e de sobrecarga global dos profissionais e de suas respectivas dimensões.
3. Identificar os principais fatores preditores da satisfação e da sobrecarga dos profissionais.

MÉTODO

Delineamento

O presente estudo consistiu em uma Pesquisa Avaliativa, do tipo Somativa, que avalia os resultados de um serviço ou programa de tratamento, conforme a definição de Selltiz, Wrightsman e Cook (1987) e Smith (2004). Dentre as avaliações de resultados possíveis, Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis e Boyle (1997) descrevem seis tipos de análise: análise estratégica, análise da intervenção, análise da produtividade, análise da implantação, análise dos efeitos e análise do rendimento. Este estudo focalizou a análise dos efeitos, por meio da avaliação da satisfação e da sobrecarga dos profissionais com os serviços estudados, tendo em vista que esses constituem reconhecidos indicadores de qualidade dos serviços de saúde mental (Borges, et al., 2002; Rebouças, Abelha, Legay & Lovisi, 2008; Smith, 2004). Trata-se, portanto, de uma pesquisa de avaliação da qualidade de serviços de saúde mental.

Este estudo também é classificado como uma Pesquisa de Levantamento. Foi utilizado o delineamento mais simples deste tipo de pesquisa, que visa investigar a incidência e distribuição de características das pessoas ou relações entre variáveis, segundo a definição de Selltiz et al. (1987). Neste estudo, foi feito levantamento dos níveis de satisfação e de sobrecarga de profissionais de serviços de saúde mental, avaliados por escalas de medida validadas. Para comparação de subgrupos de sujeitos, foi utilizado o delineamento de Comparação com Grupo Estático, que constitui um dos delineamentos utilizados, também, em Pesquisas de Levantamento (Selltiz et al., 1987). Neste estudo, os subgrupos a serem comparados foram determinados por categorias de variáveis sociodemográficas e ocupacionais, consideradas relevantes na literatura da área (por exemplo: sexo, tipo de profissão, etc.).

Esta pesquisa também pode ser classificada como um estudo do tipo Correlacional, definido como aquele que investiga a relação entre variáveis naturais, sem a manipulação de variáveis independentes, como ocorreria em pesquisas do tipo experimental (Selltiz et al., 1987). Este tipo de pesquisa pode, portanto, demonstrar covariações entre as variáveis, mas não a causalidade. Neste estudo, foram investigadas as relações entre as variáveis referentes à satisfação e à sobrecarga dos profissionais dos serviços e seus fatores associados.

Descrição do local de pesquisa

Esta pesquisa foi desenvolvida em uma amostra de 14 municípios de pequeno porte I (até 20.000 habitantes), pertencentes à regional da GRS Itabira/MG, que possuíam “Equipes Mínimas” de saúde mental, atuantes na Raps. As equipes destes municípios possuem entre um a doze profissionais. Segue uma descrição destes serviços.

No município de Bela Vista de Minas, a equipe é formada por seis profissionais atuantes na saúde mental, sendo uma coordenadora de saúde mental, uma psicóloga, uma assistente social, uma técnica de enfermagem, um médico e um recepcionista. Apenas três destes profissionais atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa, referente ao tempo de serviço. Os profissionais atuantes na saúde mental deste município foram contratados para trabalhar no NASF e acabaram atuando na área de saúde mental ou são profissionais cedidos de outros departamentos municipais para trabalhar com a saúde mental. Os trabalhos desempenhados pelos profissionais junto aos pacientes ocorrem no espaço físico onde está localizado o NASF e incluem atividades grupais de prevenção à saúde mental, palestras, oficinas e caminhadas ao longo do ano, além de oferecer atendimentos clínicos individuais. Trata-se de município com aproximadamente 10.032 habitantes.

No município de Carmésia, a equipe é composta por oito profissionais atuantes na saúde mental, sendo uma psicóloga, uma nutricionista, uma fisioterapeuta, três técnicas de enfermagem, uma coordenadora e uma recepcionista. Apenas quatro destes profissionais atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa. O serviço de saúde mental deste município é realizado pelos profissionais do NASF, que se dedicam a cuidar da saúde mental, além das outras demandas do município, como a saúde do idoso, adolescente, etc. O espaço físico do serviço situa-se em uma UBS. A equipe desenvolve atividades grupais voltadas para grupos focais diversos, além de realizar atendimentos individuais com os pacientes. Trata-se de município com aproximadamente 2.460 habitantes.

No município de Catas Altas, há sete profissionais atuantes na saúde mental, sendo dois enfermeiros, um técnico de enfermagem, dois psicólogos, um auxiliar de saúde e um auxiliar administrativo. O serviço de saúde mental deste município é realizado no ESF. Os profissionais foram contratados para cuidar da saúde do município de forma geral, no entanto, eles se dedicam à saúde mental com maior prioridade, sendo que o local onde atuam é considerado como referência para a saúde mental no município. A equipe desenvolve atividades grupais voltadas para grupos focais diversos, oficinas, palestras, além de realizar atendimentos individuais com os pacientes. Trata-se de município com aproximadamente 5.376 habitantes.

No município de Ferros, há duas profissionais atuantes na saúde mental, sendo uma psicóloga e uma técnica de enfermagem. Apenas uma delas atendia aos critérios de inclusão da pesquisa. As duas profissionais atuam em uma UBS, solicitando ajuda de outros profissionais do serviço quando necessário, como médicos, enfermeiras ou agentes de saúde, mas não consideram estes demais profissionais como integrantes do serviço de saúde mental, uma vez que eles dão suporte esporádico à saúde mental. Além de serem responsáveis pelos cuidados da saúde mental do município, as duas profissionais também necessitam atuar em relação a outras demandas da saúde. Em relação à saúde mental, a psicóloga realiza atendimentos individuais com os pacientes e oficina terapêutica. Trata-se de município com aproximadamente 9.949 habitantes.

O município de Itambé do Mato Dentro, conta com a atuação de apenas uma profissional na saúde mental, sendo uma psicóloga contratada pelo Departamento de Saúde. Seus atendimentos são realizados em uma UBS, onde são feitos apenas atendimentos individuais com os pacientes do serviço. Quando necessário, a psicóloga solicita ajuda da assistente social do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), ou faz encaminhamento ao médico, mas em situações pontuais. Trata-se de município com aproximadamente 2.434 habitantes.

No município de Morro do Pilar, apenas uma profissional é responsável pela saúde mental, uma psicóloga. Seus atendimentos são realizados em uma UBS, em conjunto com os profissionais do NASF, que totalizam quatro profissionais, quando necessário. Somente a psicóloga atendeu aos critérios de inclusão da pesquisa. Segundo a psicóloga, somente ela atende os pacientes com maior proximidade, apenas solicitando os outros profissionais quando necessário. Além de dedicar-se à saúde mental do município, a psicóloga também precisa assistir a todas as outras demandas do município, como a saúde do idoso, do adolescente, etc. As atividades realizadas por ela incluem atendimentos individuais e em grupo. Trata-se de município com aproximadamente 3.664 habitantes.

Em Nova Era, três profissionais, sendo uma psicóloga, uma assistente social e uma técnica de enfermagem, atuam na saúde mental. O serviço de saúde mental deste município é realizado pelas profissionais em uma UBS, onde desempenham os cuidados com relação a saúde mental, além de cuidarem das outras demandas do município, como atendimentos de todas as faixas etárias, independente do motivo do encaminhamento. As profissionais realizam atendimentos individuais com os pacientes, além atendimentos em grupo e palestras de prevenção a saúde mental. Trata-se de município com aproximadamente 17.607 habitantes.

No município de Rio Piracicaba, há duas profissionais atuantes, sendo uma psicóloga e uma enfermeira. São realizados atendimentos individuais pela psicóloga, que atende também às demais demandas do município, como atendimentos de todas as faixas etárias, independente do motivo do encaminhamento. A enfermeira trabalha em conjunto com a psicóloga, dando suporte, mas também atende aos demais cidadãos do município, como crianças, adolescentes, adultos ou idosos, independente do motivo do encaminhamento. O espaço físico no qual atuam situa-se em uma UBS. Trata-se de município com aproximadamente 14.339 habitantes.

Em Santa Maria de Itabira, são duas profissionais atuantes na saúde mental, sendo uma psicóloga e uma recepcionista. As profissionais atuam, dentro de um posto de ESF e assistem a toda a população, de todas as faixas etárias, independente do motivo do encaminhamento. Em relação à saúde mental, a psicóloga, além de acompanhar a saúde mental, também realiza atendimentos individuais com os pacientes. Trata-se de município com aproximadamente 10.836 habitantes.

No município de Santo Antônio do Rio Abaixo, atuam dois profissionais na saúde mental, sendo uma psicóloga e um médico. A psicóloga é profissional contratada do Departamento de Assistência Social, mas sendo a única psicóloga do município, foi nomeada referência em saúde mental. Realiza atendimentos individuais com os pacientes. O médico psiquiatra realiza atendimentos assim como a psicóloga, que ocorrem em um posto de ESF. Trata-se de município com aproximadamente 1.777 habitantes.

No município de São Sebastião do Rio Preto, apenas uma profissional atua na saúde mental, sendo uma psicóloga. A profissional realiza atendimentos individuais e em grupo com os pacientes, além de atender as outras demandas do município, como a saúde do idoso, adolescente, etc. O espaço físico do serviço situa-se em uma UBS. Trata-se de município com aproximadamente 1.783 habitantes.

Em Sabinópolis, três profissionais atuam na saúde mental, sendo uma assistente social, uma psicóloga e uma recepcionista. Apenas a recepcionista não atendia aos critérios de inclusão da pesquisa. O serviço de saúde mental deste município é realizado em uma UBS e os profissionais dedicam-se a cuidar da saúde mental, além das outras demandas do município, como saúde do idoso, adolescente, etc. A equipe desenvolve atividades grupais voltadas para grupos focais diversos, além de realizar atendimentos individuais com os pacientes. Trata-se de município com aproximadamente 15.707 habitantes.

Em Senhora do Porto, há uma equipe composta por doze profissionais que atuam na saúde mental, sendo uma psicóloga, duas auxiliares de farmácia, três enfermeiros, dois

médicos, uma auxiliar de saúde, uma odontologista e dois técnicos de enfermagem. O serviço está situado em uma UBS, onde ocorrem atendimentos individuais e grupais com os pacientes. Trata-se de município com aproximadamente 3.493 habitantes.

No município de Virginópolis, apenas um profissional atua na saúde mental, sendo uma psicóloga. A profissional realiza atendimentos individuais com os pacientes em uma UBS, tratando não somente de casos relacionados à saúde mental, mas também de todas as outras demandas do município, como atendimentos de todas as faixas etárias, independente do motivo do encaminhamento. Trata-se de município com aproximadamente 10.572 habitantes.

A caracterização dos serviços dos municípios, bem como a definição das “Equipe Mínimas”, foi relatada pelos próprios profissionais. A definição de “Equipe Mínima” foi descrita pelos profissionais como sendo aqueles atores envolvidos fortemente na rotina da saúde mental e que são referências para saúde mental na cidade.

População-alvo

A população-alvo da presente pesquisa foi constituída pelos profissionais das “Equipes Mínimas” de saúde mental de 21 municípios de pequeno porte I, pertencentes à GRS Itabira. São os municípios de: Bela Vista de Minas, Bom Jesus do Amparo, Carmésia, Catas Altas, Dom Joaquim, Dolores de Guanhães, Ferros, Itambé do Mato Dentro, Materlândia, Morro do Pilar, Nova Era, Passabém, Rio Piracicaba, Rio Vermelho, Sabinópolis, Santa Maria de Itabira, Santo Antônio do Rio Abaixo, São Sebastião do Rio Preto, Senhora do Porto, Serra Azul de Minas e Virginópolis. Os outros oito municípios desta regional não foram incluídos na população-alvo pelo fato de não serem de pequeno porte I ou por já possuírem serviços de CAPS atuantes, portanto, fora do escopo da presente pesquisa.

Para obter maior homogeneidade da amostra, evitando interferências de variáveis espúrias na interpretação dos resultados, foram adotados alguns critérios de inclusão e de exclusão da população-alvo. Foram adotados como critérios de inclusão: profissionais de ambos os sexos, que estivessem trabalhando nos serviços estudados há, pelo menos, um ano e que trabalhassem em contato direto com os pacientes do serviço. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: ser voluntário ou estagiário e ter tido alguma ausência do trabalho nos últimos trinta dias anteriores à coleta da pesquisa.

Amostra

Para a seleção da amostra de profissionais, foi utilizado o método de Amostragem Não Probabilística, do subtipo Acidental. Os métodos não probabilísticos utilizam o raciocínio para edificar a amostra e não o sorteio, como os métodos probabilísticos. A técnica da Amostra Acidental consiste em selecionar os sujeitos da amostra a partir da sua presença num lugar preciso, em um momento determinado (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis & Boyle, 1994). A Amostra Acidental possui maior praticidade na coleta de dados, sendo de grande utilidade em contextos de difícil acesso aos sujeitos, como no caso de entrevistas realizadas em vários municípios, como no presente estudo.

O tamanho da amostra dos pacientes foi determinado por meio do cálculo estatístico, a partir da equação definida a seguir, visando a um poder da amostra de 90%:

$$n = \frac{2\sigma^2}{\Delta^2} \frac{2\sigma^2}{\Delta^2} f(\alpha, \beta).$$

Sendo:

n = tamanho da amostra.

$2\sigma^2$ $2\sigma^2$ = variância da diferença de duas médias de dois grupos ($2 \cdot 0,62^2 \approx 0,7688$, em que 0,62 é o desvio padrão máximo do escore global das escalas de satisfação e sobrecarga, obtido dos trabalhos de: Ishara, 2007, Resende, 2015 e Camilo, 2011).

Δ = tamanho da diferença verdadeira entre duas médias, que se deseja discriminar como significativa (0,3 atribuído pela pesquisadora como diferença significativa).

α = probabilidade do erro tipo I ou nível de significância; a ser fixado $\alpha = 5\%$.

β = probabilidade do erro tipo II, a ser fixado $\beta = 10\%$, para garantir um poder da amostra comumente utilizado na literatura de $1 - \beta = 90\%$.

$f(\alpha, \beta)$ = valor tabelado obtido de Snedecor e Cochran (1971), (10,5).

Utilizando os valores discriminados acima, para um poder igual a 90%, seria necessário coletar os dados de 90 profissionais. Porém, apesar de o cálculo estatístico ter indicado a necessidade de incluir no estudo, uma amostra de 90 profissionais, não foi possível atingir este total, devido aos motivos a serem expostos a seguir. Dos 21 municípios participantes da pesquisa, constituindo assim, a população-alvo estudada, 6 municípios foram excluídos. Isso ocorreu devido ao fato destes seis municípios contarem com apenas um profissional atuante na saúde mental e este não ter atendido ao critério de inclusão da

pesquisa, de ter, pelo menos um ano de trabalho no serviço, no momento da coleta de dados. Além destes, outro município foi excluído devido ao fato de o serviço ter sido reformulado para CAPS, após início da pesquisa, não atendendo ao critério de serviço de saúde mental de “Equipe Mínima”. Desta forma, dos 21 municípios que constavam da população-alvo, tendo-se excluído 7, profissionais de 14 municípios participaram da pesquisa. Estes 14 municípios possuíam 51 profissionais atuantes na saúde mental, mas 9 foram excluídos, por não preencherem os critérios de inclusão da pesquisa. Desta forma, a amostra do presente estudo foi composta por um total de 42 profissionais.

Instrumentos de medida

Na presente pesquisa foram utilizados três instrumentos de medida, sendo duas escalas, uma de satisfação (SATIS-BR/Profissional) e outra de sobrecarga (IMPACTO-BR) e um questionário para avaliação das variáveis sociodemográficas ocupacionais. As duas escalas são instrumentos de medida validados e multidimensionais, que avaliam o grau de satisfação e sobrecarga dos profissionais dos serviços de saúde mental. Os instrumentos multidimensionais avaliam diferentes dimensões do fenômeno por meio de subescalas, que fornecem escores independentes para cada dimensão avaliada (Bandeira & Silva, 2012). As medidas multidimensionais são mais sensíveis, uma vez que podem ocorrer avaliações favoráveis das pessoas a algumas dessas dimensões e não a outras (Ruggeri et al., 2010). A seguir, serão descritos estes instrumentos.

1. Escala de Avaliação da Satisfação dos Profissionais com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): Esta escala foi elaborada pela Organização Mundial de Saúde e validada para o Brasil por Bandeira, Pitta e Mercier (2000). A escala propriamente dita, que avalia o grau de satisfação da equipe com o serviço de saúde mental, possui 32 itens, sendo 30 agrupados em quatro subescalas e 2 pertencentes à escala global. A primeira subescala inclui dez itens que avaliam o grau de satisfação dos profissionais com a qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes. A segunda subescala possui sete itens, que avaliam o grau de satisfação da equipe com relação à sua participação no serviço. A terceira subescala possui dez itens que avaliam o grau de satisfação com as condições de trabalho. A quarta subescala inclui três itens que avaliam o grau de satisfação do profissional a respeito do relacionamento com colegas e superiores no ambiente de trabalho. As opções de respostas aos itens estão dispostas em uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, em que 1 representa

“muito insatisfeito” e 5 “muito satisfeito”. A escala possui, ainda, três questões abertas que visam avaliar o que os profissionais mais gostam no serviço, o que menos gostam e os aspectos que eles consideram que poderiam ser melhorados (Bandeira, Pitta & Mercier, 2000).

Esta escala apresenta qualidades psicométricas adequadas, tanto em relação à fidedignidade quanto à validade. Em relação à fidedignidade, os resultados indicaram que a escala apresenta elevada consistência interna, uma vez que o valor de Alfa de Cronbach obtido (0,89) se situa na faixa considerada ideal para este tipo de avaliação (Vallerand, 1989). Esses resultados indicam que os itens da escala apresentam alta homogeneidade. As correlações item-total variaram entre 0,24 e 0,74 (Bandeira et al., 2000). A validade de construto foi avaliada pelo procedimento de Análise de Hipóteses para avaliação da validade convergente, testando-se a hipótese de que a escala deve se correlacionar significativamente com outras medidas de construtos distintos, porém que são teoricamente relacionadas (Pasquali, 2003). Para isto, a escala de satisfação foi comparada com medidas de sobrecarga e estresse, pois esses construtos estão inversamente relacionados entre si (Bandeira *et al.*, 2007). A primeira comparação foi feita com as análises estatísticas correlacionais de *Spearman* entre as escalas de satisfação e de sobrecarga, uma vez que esses dois construtos estão inversamente relacionados, tendo sido obtida uma correlação significativa ($r = -0,38$; $p < 0,001$). Assim, quanto maior o grau de sobrecarga sentida pelos profissionais, menor era o seu nível de satisfação no trabalho (Bandeira *et al.*, 2007). Uma segunda comparação foi feita entre dois grupos, com e sem indicativos de estresse, medidos pela escala Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos LIPP (ISSL), por meio do Teste t de *Student*, a fim de testar a hipótese de que apresentariam diferença significativa entre eles com relação ao grau de satisfação. Foi observada uma diferença significativa entre os dois grupos com relação ao grau de satisfação ($t = 3,96$; $p < 0,001$), tendo o grupo com estresse apresentado menor grau de satisfação com o serviço do que o grupo sem estresse (Bandeira, Pitta & Mercier, 2000). Estes resultados indicam que a escala brasileira SATIS-BR constitui um instrumento de medida válido e fidedigno da satisfação da equipe de profissionais com o trabalho em saúde mental (Bandeira, Pitta & Mercier, 2000) (Ver Anexo 1).

2. Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental (IMPACTO-BR): Esta escala foi elaborada pela Organização Mundial de Saúde e validada para o Brasil por Bandeira, Pitta e Mercier (2000), a partir da escala original canadense (St. Onge, Mercier, Perreault & Harnois, 1997). A escala completa inclui 34 questões, dentre as quais apenas 18 constituem as questões quantitativas da escala propriamente dita, avaliando

as repercussões do trabalho em diversos aspectos da vida do profissional. As alternativas de resposta estão dispostas em escala tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1 representa a alternativa “de forma alguma” e 5 “extremamente”. As demais questões são descritivas e avaliam as condições de trabalho e dados sociodemográficos.

Os itens da escala IMPACTO-BR se distribuem em três subescalas. A primeira contém cinco itens que avaliam o impacto do trabalho sobre a saúde física e mental do profissional (frequência de problemas físicos, de consultas ao médico, de tomar medicamentos, efeitos na estabilidade emocional etc.). A segunda subescala contém seis itens que avaliam o impacto da sobrecarga ressentida no trabalho sobre o funcionamento dos profissionais (frequência em que pensa em mudar de campo de trabalho, pensa que outro tipo de trabalho o faria sentir-se mais saudável, frequência de afastamentos, receio de ser agredido, qualidade do sono, saúde em geral). A terceira subescala contém cinco itens que avaliam os efeitos do trabalho no estado emocional do profissional, no seu sentimento de estar sobrecarregado (sentir-se frustrado, cansado, sobrecarregado, deprimido estressado por trabalhar com doença mental). A escala global contém um total de 18 itens, os quais incluem as 16 questões dos três fatores descritos anteriormente e duas questões adicionais. Estas duas questões se referem ao impacto do trabalho em saúde mental sobre a vida social do profissional e sobre sua vida familiar. (Bandeira, Pitta & Mercier, 2000; Bandeira, Ishara & Zuardi, 2007).

Foi feita uma análise da consistência interna dos itens de cada fator e da escala global, por meio do coeficiente Alfa de Cronbach. Deste modo, foi possível identificar, para cada fator e para a escala global, quais eram os itens que contribuíam para o construto de sobrecarga da equipe no contexto brasileiro e quais os itens que não contavam na avaliação deste construto no nosso contexto e que, portanto, deviam ser eliminados. As questões de cada fator que apresentavam uma correlação item-total inferior à 0,20 foram eliminadas, mantendo-se apenas as questões que apresentavam um valor próximo de 0,20 ou superior. Os resultados desta análise indicaram uma elevada consistência interna para a escala global de sobrecarga da equipe, uma vez que o valor de alfa obtido ($\alpha=0,87$) se situa no extremo limite da faixa de valores considerada ideal para uma escala de avaliação (Vallerand, 1989). As correlações item-total variaram de 0,24 a 0,70. Estes resultados indicam que a escala brasileira IMPACTO-BR apresenta uma boa homogeneidade dos itens e, portanto, uma boa precisão ou fidedignidade como instrumento de medida da sobrecarga da equipe, no contexto brasileiro.

A validade convergente da escala foi avaliada pela Análise Correlacional de *Spearman* com a medida de satisfação dos profissionais com os serviços, confirmando a hipótese teoricamente esperada de uma relação significativa inversa entre estes dois construtos ($r = -0,38$; $p < 0,001$), conforme citado acima. A validade de construto desta escala foi avaliada, identificando-se a presença de um construto comum subjacente aos fatores. Para isto, foram feitas correlações entre os fatores e correlações de cada fator com a escala global. Foi observado que as correlações entre cada fator e a escala global (0,82; 0,82 e 0,87, respectivamente) eram superiores aos obtidos para as correlações interfatores (0,49; 0,57; 0,67), indicando a presença de um construto subjacente comum no escore global. Estes resultados indicam que a escala brasileira IMPACTO-BR constitui um instrumento de medida válido e fidedigno da sobrecarga da equipe de profissionais com o trabalho em saúde mental (Bandeira, Pitta & Mercier, 2000) (Ver Anexo 2).

3. Questionário Sociodemográfico e Ocupacional: Este questionário inclui questões para avaliar as variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos participantes da pesquisa, visando descrever as condições de trabalho da amostra, bem como para analisar as relações entre estas variáveis e os escores de sobrecarga e de satisfação dos profissionais. O questionário inclui as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, tempo de trabalho com saúde mental, tempo de trabalho no serviço atual, carga horária de trabalho, existência de outro trabalho remunerado, distância da residência do local de trabalho, tipo de vínculo empregatício, tipo de contrato, ocorrência de acidente de trabalho, uso de medicamento e psicoterapia, qualidade do relacionamento com os pacientes, recebimento de treinamento para o trabalho, renda, entre outras (Ver Anexo 3).

Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e por uma estagiária de pesquisa, previamente treinada. O treinamento foi feito em três etapas. Na primeira etapa, foram realizados grupos de discussão sobre textos referentes ao tema da pesquisa e aos instrumentos utilizados para a coleta de dados. Na segunda, a estagiária foi treinada na aplicação dos instrumentos de medida, para que esta aplicação se tornasse padronizada. Esse treino foi realizado com profissionais que não participaram da pesquisa, com o objetivo apenas de familiarizar a estagiária com os instrumentos de medida. Na terceira e última etapa, a pesquisadora foi a campo com a estagiária para acompanhar a aplicação dos

instrumentos, com a finalidade de garantir a qualidade e a padronização do procedimento de coleta de dados. Antes disso, foi feito contato com os responsáveis pelos serviços, sendo agendados dia e horário prévios, de acordo com suas disponibilidades, para que os profissionais participantes pudessem responder aos instrumentos da pesquisa.

As escalas e o questionário sociodemográfico e ocupacional foram autoaplicáveis. A coleta foi feita de forma individual, sendo que as aplicadoras dos instrumentos estavam presentes para esclarecer qualquer dúvida dos participantes. Antes de iniciar a aplicação dos instrumentos, as entrevistadoras se identificaram e explicaram o objetivo e procedimentos da pesquisa. Logo após, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Ver Anexo 4), atestando que estavam cientes dos objetivos e procedimentos do estudo e que concordaram em participar. As entrevistadoras explicaram que não havia respostas certas ou erradas e solicitaram aos participantes que respondessem os instrumentos de maneira sincera. Foi explicado que o sigilo e anonimato seriam preservados.

A ordem da aplicação dos instrumentos de medida foi, primeiramente, a escala de satisfação, em seguida, a escala de sobrecarga e, por último, o questionário ocupacional. Esta ordem de aplicação foi adotada porque, segundo Günther (1999), as entrevistas de coleta de dados devem ser iniciadas com os instrumentos relacionados à temática de interesse apresentada previamente aos participantes da pesquisa. Segundo o autor, as informações pessoais devem ser coletadas em seguida, quando o entrevistado já estiver mais familiarizado com o pesquisador, visando evitar assim, um possível desconforto por parte do entrevistado diante de questões mais sensíveis, como, por exemplo, perguntas sobre salário e grau de escolaridade (Günther, 1999).

Análise dos dados

Os dados coletados foram primeiramente armazenados em um banco de dados e posteriormente, analisados por meio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Foram feitas as seguintes análises estatísticas, considerando-se o nível de significância $p < 0,05$ (Levin, 1987):

1. Análise da normalidade dos dados obtidos pelas escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR, pelo teste *Kolmogorov-Smirnov*, para verificar se os dados seriam procedentes de uma

população com distribuição normal e assim escolher se as análises posteriores seriam feitas utilizando-se estatística paramétrica ou não-paramétrica.

2. Análise estatística descritiva, por meio de cálculos de médias, desvios-padrão e porcentagens, visando descrever as características sociodemográficas e ocupacionais da amostra de profissionais.

3. As análises estatísticas descritivas foram empregadas também para avaliar os escores globais do grau de satisfação e do grau de sobrecarga, bem como das suas respectivas dimensões.

4. Para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre as médias das subescalas SATIS-BR e IMPACTO-BR e, desta forma, identificar em quais dimensões haveria maior grau de satisfação ou sobrecarga, foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA) de medidas repetidas e o teste *post hoc de Bonferroni*. O teste Kruskal Wallis foi utilizado, quando a amostra não apresentava normalidade dos dados.

5. Para selecionar as variáveis sociodemográficas e ocupacionais a serem incluídas no modelo de regressão linear, foram realizadas análises univariadas a partir do Teste t de *Student* para amostras independentes, quando as variáveis eram médias entre dois grupos de comparação e os testes de correlação de *Pearson*, quando as variáveis eram contínuas. Para as amostras que não apresentaram normalidade dos dados, foi usado o teste *Mann Whitney* e o teste de correlação de *Spearman*.

6. Análise de regressão linear múltipla, realizada separadamente com cada variável dependente (satisfação e sobrecarga), visando identificar os principais fatores preditores da satisfação e da sobrecarga dos profissionais. Para a primeira análise de regressão, a variável dependente foi o escore global de satisfação e para a segunda análise de regressão a variável dependente foi o escore global de sobrecarga. As variáveis independentes foram aquelas identificadas como significativas na análise univariada ($p < 0,05$) e as não-significativas que apresentarem $p \leq 0,25$, conforme recomendações de Hosmer e Lemeshow (2000). Segundo esses autores, as variáveis com $p \leq 0,25$ devem ser incluídas no modelo de regressão linear múltipla, uma vez que elas podem se apresentar como significativas nesta análise.

Considerações éticas

Este estudo foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEPES), da UFSJ, para aprovação. O estudo foi apresentado, também, à direção dos serviços de saúde mental, em uma reunião realizada com as coordenações dos serviços, para aprovação da pesquisa. A coleta de dados ocorreu de acordo com os parâmetros éticos,

segundo a Resolução Nacional, nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. A participação dos sujeitos foi voluntária e a coleta de dados realizada após a assinatura do TCLE.

Os objetivos, procedimentos e a duração da entrevista de coleta de dados foram informados a todos os participantes da pesquisa. Os sujeitos foram informados de que poderiam desistir de participar a qualquer momento, sem sofrerem algum prejuízo. O sigilo das informações fornecidas foi assegurado e os sujeitos foram informados de que sua participação na pesquisa não ocasionaria riscos ou desconfortos. A cada participante, foi oferecido um número de telefone da pesquisadora, para que eles possam entrar em contato visando tirar possíveis dúvidas e tomar conhecimento do desenvolvimento da pesquisa.

RESULTADOS

Serão apresentados, primeiramente, os resultados das análises estatísticas descritivas das características sociodemográficas e ocupacionais da amostra dos profissionais. Em seguida, serão apresentados os resultados dos testes de normalidade dos dados. Posteriormente, serão apresentados os resultados do grau de sobrecarga e de satisfação dos profissionais, referentes aos escores globais e por subescalas, assim como as análises por itens. Seguirão as análises univariadas das variáveis sociodemográficas e ocupacionais, em relação à satisfação e à sobrecarga profissional. Por fim, serão apresentados os resultados das análises de regressão linear múltipla, investigando os fatores associados ao grau de satisfação e ao grau de sobrecarga dos profissionais.

Descrição da amostra

Características sociodemográficas

Os resultados referentes às características sociodemográficas da amostra dos profissionais estão descritos na Tabela 1. Do total de 42 profissionais que participaram deste estudo, 85,7% eram mulheres e 14,3% eram homens. A idade média dos profissionais era 37,71 anos, variando entre 21 e 62 anos. Em relação ao estado civil, a maioria (66,8%) era casada. Quanto ao nível de escolaridade, a maioria tinha especialização (33,2%), seguido de graduação (31,0%). Em relação às categorias profissionais, psicólogos representavam a maior parte da amostra (38,0%), seguidos dos técnicos de enfermagem (19,0%) e enfermeiros (12,0%) respectivamente.

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra dos profissionais

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Porcentagens (%)
Faixa Etária	21– 31 anos	9	21,6%
	32 – 42 anos	22	52,2%
	43 – 53 anos	9	21,4%
	54 – 64 anos	2	4,8%
	65 – 75 anos	0	0,0%
Sexo	Masculino	6	14,3%
	Feminino	36	85,7%

Continua

Conclusão da Tabela 1

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Porcentagens (%)
Estado Civil	Solteiro	11	26,0%
	Casado	28	66,8%
	Separado/Divorciado	2	4,8%
	Viúvo	1	2,4%
Nível de Escolaridade	Ensino Médio	5	12,0%
	Ensino Técnico	9	21,4%
	Graduação	13	31,0%
	Especialização	14	33,2%
	Residência	1	2,4%
Profissão	Auxiliar administrativo	1	2,4%
	Auxiliar de Farmácia	2	4,8%
	Assistente Social	1	2,4%
	Enfermeiro	5	12,0%
	Psiquiatra	1	2,4%
	Psicólogo	16	38,0%
	Técnico de Enfermagem	8	19,0%
	Recepcionista	2	4,8%
	Médico Clínico	2	4,8%
	Odontólogo	1	2,4%
	Auxiliar de Saúde	3	7,0%

Características ocupacionais

Os dados referentes às características ocupacionais dos profissionais estão dispostos na Tabela 2. Com relação ao tempo de trabalho, pode-se observar que o tempo médio dos profissionais atuando no campo de saúde mental era de 7,35 anos, variando entre 1 e 26 anos. Uma pequena parte dos profissionais trabalhava há menos de 1 ano no serviço atual (4,8%), enquanto que a maior parte trabalhava entre 1 e 6 anos (40,5%). A maior parte da amostra trabalhava dentro de uma carga horária de 40 horas semanais (61,9%). A maioria não possuía outro trabalho remunerado (66,7%), mas dentre os que possuíam, 71,4% consideravam o trabalho no serviço de saúde mental como o mais estressante. Entre os profissionais entrevistados, 42,9% disseram morar longe do local de trabalho, mas a maioria dentre eles, 66,7% considerava que o deslocamento não afetava o seu trabalho. Com relação ao relato do tipo de vínculo empregatício e tipo de contrato de trabalho, 52,4% eram profissionais concursados com contrato estatutário, 42,9% eram contratados temporariamente e 4,8% eram terceirizados com contrato de pessoa jurídica. A maioria dos profissionais relatou não fazer uso de medicamento (61,9%) e os que faziam uso relataram utilizar principalmente medicamento para dormir (11,9%). A maioria dos profissionais (83,3%) afirmou não fazer

psicoterapia. No que se refere ao relacionamento com os pacientes, a maioria considerava que era entre bom (45,2%) e muito bom (52,4%) e achava fácil lidar com eles (57,2%). A maioria dos profissionais relatou não ter recebido treinamento para lidar com os pacientes (76,2%). Por fim, a maioria (83,2%) indicou que recebia de 1 a 5 salários mínimos mensalmente.

Tabela 2 – Características ocupacionais da amostra dos profissionais.

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Porcentagens (%)
Tempo de trabalho neste serviço	Menos de 1 ano	2	4,8%
	Entre 1-6 anos	18	40,5%
	Entre 6-10 anos	14	33,3%
	Mais de 10 anos	8	21,4%
Carga horária semanal	Menos de 10 horas	1	2,4%
	20 horas	6	14,3%
	30 horas	9	21,4%
	40 horas	26	61,9%
Possui outro trabalho remunerado?	Sim	14	33,3%
	Não	28	66,7%
Se possui outro trabalho remunerado, qual é o mais estressante?	Este serviço	10	71,4%
	Outro serviço	4	28,6%
Mora longe do local de trabalho	Sim	18	42,9%
	Não	24	57,1%
Se mora longe do local de trabalho, a distância afeta o trabalho?	Sim	6	33,3%
	Não	12	66,7%
Tipo de contrato	Temporário	18	42,9%
	CNPJ	2	4,8%
	Estatutário	22	52,4%
Faz uso de medicamento?	Sim	16	38,1%
	Não	26	61,9%
Se faz uso de medicamento, com qual finalidade?	Ansiolítico	4	9,6%
	Antidepressivo	3	7,0%
	Para dormir	5	11,9%
	Ansiolítico/ Antidepressivo	2	4,8%
	Ansiolítico/ Antidepressivo/Para Dormir	1	2,4%
	Outro	1	2,4%
	Faz psicoterapia	Sim	7
	Não	35	83,3%

Continua

Conclusão da Tabela 2

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Porcentagens (%)
Como considera seu relacionamento com os pacientes do serviço?	Muito ruim	1	2,4%
	Ruim	0	0,0%
	Bom	19	45,2%
	Muito bom	22	52,4%
Acha difícil lidar com os pacientes do serviço?	Muito difícil	0	0,0%
	Difícil	9	21,4%
	Fácil	24	57,2%
	Muito fácil	9	21,4%
Já recebeu algum treinamento para trabalhar com saúde mental?	Sim	10	23,8%
	Não	32	76,2%
Faixa de renda mensal	De 1 a 5 salários	35	83,2%
	De 5 a 10 salários	4	9,6%
	De 10 a 15 salários	2	4,8%
	Mais de 15 salários	1	2,4%

Testes de Normalidade

Para determinar se as análises estatísticas seriam realizadas por meio de testes paramétricos ou não-paramétricos, os escores das escalas de satisfação e sobrecarga foram submetidos ao teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov. Nesse teste, valores de p superiores a 0,05 indicam que a distribuição dos dados é normal, devendo ser utilizados testes estatísticos paramétricos.

Os resultados dessa análise indicaram uma distribuição normal dos dados em relação ao escore global da escala IMPACTO-BR ($K-S = 0,114$; $p = 0,20$). Em relação ao escore global da escala SATIS-BR, os resultados dessa análise não indicaram uma distribuição normal dos dados ($K-S = 0,176$; $p = 0,00$).

Análises do grau de sobrecarga e de satisfação dos profissionais

Grau de sobrecarga global e por subescalas

Na Tabela 3, estão dispostos os resultados das médias do grau de sobrecarga dos profissionais, medidas pela escala IMPACTO-BR, referentes ao escore global de sobrecarga e aos escores das subescalas. Os resultados mostraram que o grau de sobrecarga global dos profissionais foi equivalente a 2,01, indicando que os profissionais estavam mais próximos

da classificação de não sobrecarga (1 e 2), embora o escore esteja ligeiramente acima de 2.0. Quanto às subescalas, duas delas (subescalas 2 e 3), apresentaram um valor entre 2 e 3, indicando que os profissionais estavam entre “não sobrecarregados” e “mais ou menos sobrecarregados” com o serviço. A subescala 1 (Efeitos ressentidos pela equipe na saúde física e mental), apresentou valor mais baixo, entre 1 e 2, indicando que os profissionais não estavam sobrecarregados nesta dimensão (escores 1 e 2). Nenhuma das subescalas alcançou os escores de 3 a 5, indicativos de mais ou menos sobrecarregados (3) ou sobrecarregados (4 e 5).

A comparação entre as subescalas, por meio da análise de variância ANOVA de medidas repetidas, com post hoc Bonferroni, indicou que houve diferenças estatisticamente significativas entre elas. Houve sobrecarga significativamente mais elevada nas dimensões 2 e 3 comparativamente à dimensão 1. Os profissionais se sentiram mais sobrecarregados (escore 2,25) no que se refere à repercussão emocional do trabalho (subescala 3) e impacto do trabalho sobre o funcionamento da equipe (escore 2,13, subescala 2), do que com relação aos efeitos ressentidos na saúde física e mental (escore 1,80, subescala 1). Não houve diferença significativa no grau de sobrecarga entre as dimensões 2 e 3, indicando que os profissionais estavam igualmente sobrecarregados em ambas as dimensões.

Na dimensão dos efeitos ressentidos pela equipe na sua saúde física e mental (subescala 1), os profissionais avaliaram a frequência de problemas físicos ressentidos pelo profissional da equipe, a frequência de suas consultas ao médico, a frequência em que ele toma medicamentos, os efeitos do trabalho sobre a sua estabilidade emocional e sobre sua necessidade de procurar ajuda profissional em consequência destes problemas. Na dimensão do impacto do trabalho sobre o funcionamento da equipe (subescala 2), os profissionais avaliaram a frequência em que o profissional pensava em mudar de campo de trabalho, a frequência em que ele pensava que outro tipo de trabalho o faria sentir mais saudável, os afastamentos por doença devido ao estresse no trabalho, o grau em que o profissional tinha receio de ser agredido no trabalho, o efeito do trabalho na qualidade do sono, o efeito do trabalho na sua saúde em geral. Na dimensão referente às repercussões emocionais da sobrecarga (subescala 3), os profissionais avaliaram se eles se sentiam frustrados com os resultados do trabalho, sobrecarregados pelo contato constante com os pacientes, cansados após o trabalho, deprimidos por trabalhar com pessoas com distúrbios mentais e estressados por trabalhar com doença mental.

Tabela 3 – Análise dos escores médios, global e por subescalas, da sobrecarga (IMPACTO-BR) pela análise de variância ANOVA de medidas repetidas e teste de Bonferroni.

Subescalas	Média (DP)	Bonferroni		
		<i>p</i>		
		1-2	1-3	2-3
1. Efeitos ressentidos pela equipe na saúde física e mental	1,80 (0,75)	0,01*	0,00**	
2. Impacto do trabalho sobre o funcionamento da equipe	2,13 (0,77)			0,79
3. Repercussões emocionais da sobrecarga ressentida pela equipe	2,25 (0,77)			
Escala global	2,01 (0,64)			

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; $F = 419,82$ ($p = < 0,01^*$); Bonferroni: p (1-2) comparação das subescalas 1 e 2; p (1-3) comparação das subescalas 1 e 3; p (2-3) comparação das subescalas 2 e 3; DP = desvio padrão.

Grau de sobrecarga por itens

A Tabela 4 apresenta os resultados descritivos da sobrecarga dos profissionais para cada item da escala IMPACTO-BR, em termos das médias, desvios-padrão e porcentagens. Os resultados das porcentagens indicam uma divisão dos profissionais em três categorias de respostas: não sobrecarregado (score 1 e 2), mais ou menos sobrecarregado (score 3) e sobrecarregado (scores 4 e 5). Pode-se observar que, em geral, houve maiores porcentagens de respostas para a primeira categoria, ou seja, de baixa sobrecarga. Porém, em alguns itens específicos, observam-se maiores porcentagens para alta sobrecarga. Segue abaixo a descrição dos resultados.

As maiores porcentagens de pessoas que marcaram as respostas 1 e 2, representando sobrecarga baixa, foram relativos aos seguintes itens: procurar por mais médicos com frequência após trabalhar com saúde mental (90,6%), trabalhar com saúde mental impede de ter relacionamentos satisfatórios com a família (88,0%), sentir-se deprimido por trabalhar com saúde mental (88,1%) e afastamentos relacionados ao estresse no trabalho (86,0%). Com relação à categoria mais ou menos sobrecarregado (score 3), destacam-se os seguintes itens: 43,0% de profissionais sentiam frustração com o resultado do trabalho, 35,7% se sentiam fisicamente cansados, 28,6% sentiam sobrecarga por lidar com os pacientes e 26,2% tinham receio de ser fisicamente agredido.

Quanto aos escores 4 e 5, indicativos de alta sobrecarga, as porcentagens mais elevadas de respostas foram para os itens: sente-se fisicamente cansado (35,7%), outro

emprego faria sentir-se mais saudável (31,0%), pensa em mudar de campo de trabalho (28,6%) e tem receio de ser fisicamente agredido (19,1%).

Tabela 4 – Escores médios, desvios-padrão e porcentagens de respostas nos três níveis de sobrecarga para cada item da escala IMPACTO-BR.

Itens	Média (DP)	Não Sobrecarregado Respostas 1 e 2	Mais ou Menos Respostas 3	Sobrecarregado Resposta 4 e 5
1.Frustração com o resultado do trabalho	2,31 (1,09)	20 (47,5%)	18 (43,0%)	4 (9,5%)
2.Sobrecarga por lidar com pacientes	2,38 (1,34)	23 (54,7%)	12 (28,6%)	7 (16,7%)
3.Receio de ser fisicamente agredido	2,38 (1,14)	23 (54,7%)	11 (26,2%)	8 (19,1%)
4.Trabalho afetando a saúde física	1,88 (0,96)	32 (76,2%)	8 (19,1%)	2 (4,7%)
5.Tem mais queixas desde que começou trabalhar com saúde mental	2,00 (1,01)	32 (76,2%)	6 (14,3%)	4 (9,5%)
6.Procura por médicos com mais frequência após trabalhar com saúde mental	1,62 (0,96)	38 (90,6%)	2 (4,7%)	2 (4,7%)
7.Tomando mais medicações	1,79 (1,07)	34 (81,0%)	5 (12,0%)	3 (7,0%)
8.Sente-se fisicamente cansado	2,93 (1,17)	15 (35,7%)	15 (35,7%)	12 (28,6%)
9.Afastamentos relacionados ao estresse no trabalho	1,64 (0,90)	36 (86,0%)	3 (7,0%)	3 (7,0%)
10. O contato com pacientes está afetando a estabilidade emocional	1,81 (0,83)	33 (78,5%)	8 (19,1%)	1 (2,4%)
11.Tendo distúrbios de sono relacionados ao trabalho	1,95 (1,08)	31 (73,9%)	8 (19,1%)	3 (7,0%)

Continua

Conclusão da Tabela 4

Itens	Média (DP)	Não Sobrecarregado Respostas 1 e 2	Mais ou Menos Respostas 3	Sobrecarregado Resposta 4 e 5
12.Sente-se deprimido por trabalhar com saúde mental	1,50 (0,77)	37 (88,1%)	4 (9,5%)	1 (2,5%)
13.Sentindo estressado por causa do trabalho	2,14 (1,04)	30 (71,4%)	8 (19,1%)	4 (9,5%)
14.Precisou procurar ajuda de profissionais de saúde mental por causa de problemas emocionais devido ao trabalho	1,79 (0,97)	32 (76,2%)	7 (16,7%)	3 (7,0%)
15.Outro emprego faria se sentir mais saudável	2,55 (1,38)	23 (54,7%)	6 (14,3%)	13 (31,0%)
16.Pensa em mudar de campo de trabalho	2,40 (1,53)	24 (57,1%)	6 (14,3%)	12 (28,6%)
17.Trabalhar com saúde mental impede de ter relacionamentos mais satisfatórios com a família	1,40 (0,91)	37 (88,1%)	3 (7,0%)	2 (4,7%)
18.O contato com pacientes de saúde mental está afetando a vida social	1,76 (1,26)	34 (81,0%)	2 (4,7%)	6 (14,3%)

Grau de satisfação global e por subescalas

Na Tabela 5, estão dispostos os resultados das médias do grau de satisfação dos profissionais, medidas pela escala SATIS-BR, referentes ao escore global de satisfação e aos escores das subescalas. Os resultados mostraram que o escore global de satisfação foi equivalente a 3,44 (DP = 0,57), indicando que os profissionais estavam entre “mais ou menos satisfeitos” (3) e “satisfeitos” (4) com o serviço. Os escores das subescalas também apresentaram valores médios entre 3 e 4, indicando esta mesma tendência.

Para o teste de Kruskal-Wallis, existem duas formas de realizar os procedimentos não-paramétricos *post hoc*. A primeira é com a utilização de testes de Mann-Whitney e a segunda é utilizando o teste dos postos com sinais de Wilcoxon, mas com correção para o número de testes que serão realizados. A forma de corrigir o número de testes é aceitar somente como significativo se a significância do resultado for inferior a α dividido pelo número de comparações realizadas. Nas Ciências Sociais, isso significa, normalmente, 0,05 dividido pelo número de comparações (Field, 2009). A segunda forma foi a utilizada no presente estudo.

A comparação das médias das subescalas, realizada por meio do teste não paramétrico de Wilcoxon, indicou que houve diferenças estatisticamente significativas entre elas. Houve maior grau de satisfação (escore 3,56) com relação à dimensão da qualidade dos serviços prestados (subescala 1), do que em relação às dimensões referentes à participação no serviço (escore 3,42), avaliada pela subescala 2 e condições no trabalho (escore 3,23), avaliada pela subescala 3. Houve, ainda, diferença significativa entre a primeira e quarta subescalas. O grau de satisfação dos profissionais foi mais elevado na dimensão de relacionamento no serviço (escore 3,63), avaliado pela subescala 4, do que na dimensão da qualidade dos serviços prestados (escore 3,56), que foi avaliado pela subescala 1.

Em relação à comparação entre a segunda e terceira subescalas, também houve diferença significativa, assim como em relação à segunda e quarta subescalas. O grau de satisfação dos profissionais foi mais elevado na dimensão relacionamento no serviço (escore 3,63), avaliado pela subescala 4, do que em relação à dimensão participação no serviço (escore 3,42), avaliado pela subescala 2 e em relação à dimensão condições no trabalho (escore 3,23), avaliado pela subescala 3 respectivamente. Nota-se, portanto, que a dimensão relacionamento no serviço foi a mais valorizada pelos profissionais, seguida da dimensão qualidade dos serviços prestados, participação no serviço e por fim, condições no trabalho, nesta ordem.

Na dimensão qualidade dos serviços prestados (subescala 1), os profissionais avaliaram a satisfação com relação ao tratamento e os cuidados oferecidos aos pacientes, a maneira da equipe lidar com os pacientes, o grau de adequação dos serviços, a quantidade de informação dada aos pacientes sobre sua doença e sobre o tratamento, o grau de competência profissional da equipe, a compreensão da equipe sobre os problemas e expectativas dos pacientes. Na dimensão participação no serviço (subescala 2), os profissionais avaliaram sua participação nas decisões tomadas no serviço, na implantação dos tratamentos e na avaliação do serviço, assim como na expressão de suas opiniões sobre

o serviço, sua participação em discussões profissionais com os colegas, sua expectativa de ser promovido, seu grau de responsabilidade no serviço. Na dimensão condições no trabalho (subescala 3), os profissionais avaliaram as condições gerais das instalações, o salário e os benefícios recebidos, o conforto e a aparência do serviço, as medidas de segurança e de confidencialidade em vigor no serviço, o clima do ambiente de trabalho. Na dimensão relacionamento no serviço (subescala 4), os profissionais avaliaram seu relacionamento com os colegas de trabalho e com os seus superiores. Avaliaram, ainda, sua satisfação quanto ao grau de sua autonomia em relação às outras pessoas no serviço.

Tabela 5 – Análise dos escores médios, global e por subescalas, da satisfação (SATIS-BR) pelo teste não paramétrico de Wilcoxon.

Subescalas	Média (DP)	Wilcoxon					
		p					
		1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
1. Qualidade dos serviços prestados	3,56 (0,65)	0,15	0,00**	0,07			
2. Participação no serviço	3,43 (0,73)				0,14	0,02*	
3. Condições no trabalho	3,23 (0,73)						0,00**
4. Relacionamento no serviço	3,63 (0,97)						
Escala global	3,44 (0,57)						

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ($p < 0,001^*$); Wilcoxon: p (1-2) comparação das subescalas 1 e 2; p (1-3) comparação das subescalas 1 e 3; p (1-4) comparação das subescalas 1 e 4; p (2-3) comparação das subescalas 2 e 3; p (2-4) comparação das subescalas 2 e 4; p (3-4) comparação das subescalas 3 e 4; DP = desvio padrão.

Grau de satisfação por itens

A Tabela 6 apresenta os resultados descritivos da satisfação dos profissionais para cada item da escala SATIS-BR, em termos das médias, desvios-padrão, porcentagens e médias de postos. Os resultados das porcentagens indicam uma divisão dos profissionais em três categorias de respostas: insatisfeitos (escores 1 e 2), mais ou menos satisfeitos (escore 3) e satisfeitos (escores 4 e 5). Pode-se observar que, em geral, houve maiores porcentagens de respostas 4 e 5, ou seja, de satisfação. Isso se confirma ao verificarmos que os valores das médias apresentados na Tabela 6, estão mais próximos de 4 e 5 do que de 1 e 2.

As maiores porcentagens de pessoas que marcaram as respostas 1 e 2, representando satisfação baixa, foram relativos aos seguintes itens: as medidas de segurança do serviço

(59,4%); o salário (57,1%); o conforto e a aparência do serviço (43,0%); os benefícios que recebe deste trabalho (43,0%). Quanto às maiores porcentagens de pessoas que marcaram a resposta 3, indicativa de satisfação mediana, as porcentagens mais elevadas de respostas foram para os itens: até que ponto o serviço é apropriado para receber os pacientes (54,8%), como se sente com a expectativa de ser promovido (52,4%) e acha que os profissionais do serviço compreendem os problemas dos pacientes (33,3%)

Quanto às maiores porcentagens de pessoas que marcaram a resposta 4 e 5, indicativa de elevada satisfação, as porcentagens mais elevadas de respostas foram para os itens: até que ponto se sente satisfeito com a forma como os pacientes são tratados pelo serviço (83,3%), sente satisfeito no relacionamento com os outros colegas (80,9%) e sente satisfeito com o clima no ambiente de trabalho (80,9%).

Tabela 6 – Escores médios, desvios-padrão e porcentagens de respostas nos três níveis de satisfação, para cada item da escala SATIS-BR e média de postos de Friedman

Itens	Média (DP)	Insatisfeito Respostas 1 e 2	Mais ou Menos Resposta 3	Satisfeito Respostas 4 e 5	Média de Postos
1. Até que ponto está satisfeito com o serviço	3,60 (1,06)	7 (16,7%)	5 (12,0%)	30 (71,3%)	2,19
2. Como se sente com a expectativa de ser promovido	3,10 (1,03)	9 (21,4%)	22 (52,4%)	11 (26,2%)	1,70
3. Sente satisfeito com o grau de responsabilidade que tem no serviço	3,40 (1,27)	9 (21,4%)	8 (19,1%)	25 (59,5%)	2,11
4. Sente satisfeito no relacionamento com os outros colegas	4,00 (1,25)	8 (19,1%)	0 (00,0%)	34 (80,9%)	20,12
5. Sente satisfeito com esta quantidade de controle	3,36 (1,07)	8 (19,1%)	10 (23,8%)	24 (57,1%)	13,75

Continua

Continuação da Tabela 6

Itens	Média (DP)	Insatisfeito Respostas 1 e 2	Mais ou Menos Resposta 3	Satisfeito Respostas 4 e 5	Média de Postos
6.Como se sente em relação ao grau de autonomia que tem no serviço	3,57 (1,03)	9 (21,4%)	5 (12,0%)	28 (66,6%)	15,70
7.Sente satisfeito com a frequência de discussões sobre temas profissionais com os colegas	3,48 (1,11)	10 (23,8%)	6 (14,3%)	26 (61,9%)	14,87
8.Sente satisfeito com este nível de participação	3,67 (1,05)	7 (16,7%)	5 (12,0%)	30 (71,3%)	16,00
9.Sente satisfeito com este grau de participação	3,50 (1,06)	10 (23,8%)	6 (14,2%)	26 (62,0%)	15,06
10.Sente satisfeito com sua participação no processo de avaliação	3,38 (1,10)	11 (26,2%)	7 (16,7%)	24 (57,1%)	14,42
11.Sente satisfeito com a atenção dada às suas opiniões	3,48 (1,15)	10 (23,8%)	8 (19,1%)	24 (57,1%)	14,69
12.Percebe um bom clima no ambiente de trabalho	3,86 (1,28)	5 (12,0%)	10 (23,8%)	27 (64,2%)	18,46
13. Sente satisfeito com o clima no ambiente de trabalho	3,83 (1,24)	8 (19,1%)	0 (00,0%)	34 (80,9%)	18,51
14.Como classificaria o "clima" de amizade no ambiente de trabalho	3,88 (0,94)	4 (9,5%)	9 (21,4%)	29 (69,1%)	18,43
15.Até que ponto se sente satisfeito com o salário	2,60 (1,17)	24 (57,1%)	6 (14,3%)	12 (28,6%)	9,15

Continua

Continuação da Tabela 6

Itens	Média (DP)	Insatisfeito Respostas 1 e 2	Mais ou Menos Resposta 3	Satisfeito Respostas 4 e 5	Média de Postos
16.Sente satisfeito com os benefícios que recebe deste trabalho	2,93 (1,27)	18 (43,0%)	8 (19,1%)	16 (37,9%)	10,85
17.Sente satisfeito com a atenção e os cuidados que são dados aos pacientes	3,52 (1,13)	9 (21,4%)	5 (12,0%)	28 (66,6%)	15,02
18.Acha que os profissionais do serviço compreendem os problemas dos pacientes	3,50 (0,89)	6 (14,3%)	14 (33,3%)	22 (52,4%)	14,57
19.Acha que os profissionais de Saúde Mental do serviço compreendem o tipo de ajuda de que os pacientes necessitam	3,64 (0,95)	6 (14,3%)	11 (26,2%)	25 (59,5%)	16,32
20.Até que ponto este serviço é apropriado para receber os pacientes	2,93 (0,86)	9 (21,4%)	23 (54,8%)	10 (23,8%)	10,42
21.Sente satisfeito com a quantidade de informações dadas aos pacientes sobre suas doenças no serviço	3,33 (1,07)	11 (26,2%)	5 (12,0%)	26 (61,8%)	14,15
22.Sente satisfeito com a quantidade de informações dadas aos pacientes sobre o tratamento	3,48 (1,08)	11 (26,0%)	2 (4,7%)	29 (69,3%)	15,23

Continua

Continuação da Tabela 6

Itens	Média (DP)	Insatisfeito Respostas 1 e 2	Mais ou Menos Resposta 3	Satisfeito Respostas 4 e 5	Média de Postos
23. Até que ponto se sente satisfeito com a forma como os pacientes são tratados pela equipe	3,93 (0,99)	6 (14,3%)	1 (2,4%)	35 (83,3%)	18,74
24. Como se sente com a quantidade de ajuda que é dada aos pacientes	3,81 (0,86)	6 (14,3%)	2 (4,7%)	34 (81,0%)	17,58
25. Sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar privacidade durante o tratamento dos pacientes	3,29 (1,40)	15 (35,7%)	0 (0,00%)	27 (64,3%)	14,90
26. Sente satisfeito com as medidas para assegurar a confidencialidade quanto aos pacientes e os cuidados que eles recebem	3,50 (1,19)	10 (24,0%)	3 (7,0%)	29 (69,0%)	16,04
27. Sente satisfeito com a frequência de contato entre a equipe e os pacientes	3,71 (0,97)	7 (16,7%)	3 (7,0%)	32 (76,3%)	16,29
28. Sente satisfeito com o grau de competência profissional da equipe deste serviço	3,62 (1,01)	8 (19,0%)	2 (4,7%)	32 (76,3%)	16,11

Continua

Conclusão da Tabela 6

Itens	Média (DP)	Insatisfeito Respostas 1 e 2	Mais ou Menos Resposta 3	Satisfeito Respostas 4 e 5	Média de Postos
29.Sente satisfeito em relação às medidas de segurança do serviço	2,29 (1,11)	25 (59,4%)	12 (28,6%)	5 (12,0%)	6,45
30.Sente satisfeito com o conforto e a aparência do serviço	2,79 (1,20)	18 (43,0%)	8 (19,1%)	16 (37,9%)	9,90
31.Como classificaria as instalações da unidade	3,26 (1,17)	9 (21,4%)	10 (24,0%)	23 (54,6%)	13,62
32.Se um amigo ou familiar estivesse necessitando de ajuda de uma unidade de saúde mental, você recomendaria a ele/a o serviço	4,00 (1,16)	4 (9,5%)	7 (16,7%)	31 (73,8%)	19,64

Análises univariadas da sobrecarga e da satisfação dos profissionais

Análises univariadas da sobrecarga dos profissionais

A seguir, serão apresentados os resultados da análise estatística univariada sobre o nível de sobrecarga dos profissionais do serviço de saúde mental, visando identificar as variáveis a serem selecionadas para a análise multivariada de regressão linear múltipla. Foram analisadas as categorias das variáveis sociodemográficas e ocupacionais em relação à sobrecarga dos profissionais, referente ao escore global. Para essas análises, foram utilizados o Teste t de *Student* para amostras independentes para as variáveis categóricas e a análise de correlação de Pearson, para as variáveis contínuas.

A tabela 7 apresenta as análises das variáveis sociodemográficas e ocupacionais categóricas, em relação à sobrecarga dos profissionais com o serviço de saúde mental, dispondo dados referentes ao número de sujeitos (n), as médias e os desvios-padrão, assim como os valores de *p* referentes ao Teste t de *Student*. Os resultados mostraram que as

variáveis “tamanho da equipe”, “possuir ensino superior”, “ser profissional de enfermagem ou psicologia” e “possuir outro trabalho remunerado” apresentaram uma relação significativa com o escore global de sobrecarga. A sobrecarga era maior quando os profissionais faziam parte de uma equipe pequena, com até duas pessoas, tinham ensino superior e eram enfermeiros ou psicólogos. As demais variáveis categóricas não apresentaram relação significativa com o grau de sobrecarga.

A Tabela 8 apresenta as análises referentes às variáveis sociodemográficas e ocupacionais contínuas. Os resultados mostraram que a variável “anos de trabalho no serviço atual” apresentou uma relação significativa negativa em relação ao grau de sobrecarga, indicando que os profissionais que trabalhavam há mais anos no serviço sentiam-se menos sobrecarregados do que os profissionais que trabalhavam há menos anos no serviço. As demais variáveis contínuas não apresentaram relação significativa com o grau de sobrecarga.

Os resultados descritos, referentes às análises univariadas, permitiram encontrar cinco variáveis significativamente relacionadas à sobrecarga dos profissionais de saúde mental, a serem incluídas nas análises multivariadas: tamanho da equipe, possuir ensino superior, ser profissional de enfermagem ou psicologia, possuir outro trabalho remunerado e trabalhar há mais anos no serviço.

Tabela 7 – Análises univariadas das variáveis sociodemográficas e ocupacionais categóricas em relação à sobrecarga dos profissionais com o serviço de saúde mental

Variáveis	Categorias	N	Média (DP)	p
Tamanho da equipe (Duas pessoas ou mais)	Até duas pessoas	13	2,27 (0,73)	0,08
	Mais de duas pessoas	29	1,89 (0,57)	
Sexo	Masculino	6	1,86 (1,00)	0,54
	Feminino	36	2,00 (0,58)	
Estado civil	Não é casado atualmente	14	1,89 (0,56)	0,41
	Casado atualmente	28	2,07 (0,68)	
Ensino superior	Sim	14	2,14 (0,66)	0,07
	Não	28	1,75 (0,54)	
É enfermeiro ou psicólogo	Sim	21	2,16 (0,68)	0,12
	Não	21	1,85 (0,58)	
Trabalha 40h semanais	Sim	16	2,02 (0,64)	0,83
	Não	26	1,98 (0,66)	
Possui outro trabalho remunerado	Sim	28	2,18 (0,78)	0,23
	Não	14	1,92 (0,56)	
Mora longe do trabalho	Sim	24	2,05 (0,80)	0,69
	Não	18	1,97 (0,51)	

Continua

Conclusão da Tabela 7

Variáveis	Categorias	N	Média (DP)	<i>p</i>
É concursado	Sim	20	1,96 (0,74)	0,59
	Não	22	2,06 (0,52)	
Já teve acidente de trabalho	Sim	38	2,68 (1,12)	0,28
	Não	4	1,94 (0,55)	
Faz uso de medicamento	Sim	26	1,96 (0,67)	0,73
	Não	16	2,04 (0,63)	
Faz psicoterapia	Sim	35	2,36 (0,84)	0,13
	Não	7	1,97 (0,57)	
Já recebeu treinamento	Sim	32	2,05 (0,67)	0,47
	Não	10	1,88 (0,55)	
Remuneração de até 5 salários ou mais de 5 salários	Até 5 salários	35	1,99 (0,61)	0,64
	Mais de 5 salários	7	2,11 (0,83)	

Tabela 8 – Análises univariadas das variáveis sociodemográficas e ocupacionais contínuas em relação à sobrecarga dos profissionais com o serviço de saúde mental

Variáveis	Média (DP)	<i>p</i>
Idade	37,71(9,00)	0,35
Anos de trabalho com saúde mental	7,34 (5,75)	0,36
Anos de trabalho no serviço atual	7,81 (6,91)	0,00

Análises univariadas da satisfação dos profissionais

A seguir, serão apresentados os resultados da análise estatística univariada sobre o nível de satisfação dos profissionais, visando identificar as variáveis a serem selecionadas para a análise multivariada de regressão linear múltipla. Foram analisadas as categorias das variáveis sociodemográficas e ocupacionais em relação ao escore global de satisfação dos profissionais. Para essas análises, foram utilizados os testes de Mann-Whitney para amostras independentes, para as variáveis categóricas e a análise de correlação de Spearman, para as variáveis contínuas.

A tabela 9 apresenta as análises das variáveis sociodemográficas e ocupacionais categóricas, em relação ao escore global de satisfação dos profissionais, dispondo dados referentes ao número de sujeitos (n), as médias e os valores de *p* referentes ao Teste t de Mann-Whitney. Os resultados mostraram que as variáveis “tamanho da equipe”, “possuir ensino superior”, “ser profissional de enfermagem ou psicologia” e “possuir outro trabalho” apresentaram uma relação significativa negativa em relação ao escore global de satisfação, indicando que os profissionais que participavam de uma equipe maior, com mais de duas pessoas, que não possuíam ensino superior, não eram enfermeiros ou psicólogos e não

possuíam outro trabalho, sentiam-se mais satisfeitos do que os demais profissionais. A variável “carga horária” também apresentou relação significativa em relação ao escore de satisfação, indicando que os profissionais que trabalhavam 40 horas semanais estavam mais satisfeitos do que os outros profissionais que trabalhavam menos tempo. As demais variáveis categóricas não apresentaram relação significativa com o grau de satisfação.

A Tabela 10 apresenta as análises referentes às variáveis sociodemográficas e ocupacionais contínuas. Os resultados mostraram que nenhuma variável apresentou uma relação significativa em relação ao grau de satisfação.

Os resultados descritos, referentes às análises univariadas, permitiram encontrar cinco variáveis significativamente relacionadas à satisfação dos profissionais de saúde mental a serem incluídas nas análises multivariadas: tamanho da equipe, possuir ensino superior, ser profissional de enfermagem ou psicologia, possuir outro trabalho e carga horária.

Tabela 9 – Análises univariadas das variáveis sociodemográficas e ocupacionais categóricas em relação à satisfação dos profissionais com o serviço de saúde mental, pelo teste de Mann-Whitney

Variáveis	Categorias	n	Média	p
Tamanho da equipe (Duas pessoas ou mais)	Até duas pessoas	13	17,23	0,13
	Mais de duas pessoas	29	23,41	
Sexo	Masculino	6	20,50	0,82
	Feminino	36	21,67	
Estado civil	Não é casado atualmente	14	17,43	0,12
	Casado atualmente	28	23,54	
Ensino superior	Sim	14	19,64	0,16
	Não	28	25,21	
É enfermeiro ou psicólogo	Sim	21	18,19	0,08
	Não	21	24,81	
Trabalha 40h semanais	Sim	16	23,33	0,21
	Não	26	18,53	
Possui outro trabalho remunerado	Sim	28	15,86	0,03
	Não	14	24,32	
Mora longe do trabalho	Sim	24	22,75	0,56
	Não	18	20,56	
É concursado	Sim	20	24,18	0,13
	Não	22	18,55	
Já teve acidente de trabalho	Sim	38	17,25	0,46
	Não	4	21,95	
Faz uso de medicamento	Sim	26	21,56	0,97
	Não	16	21,46	

Continua

Conclusão da Tabela 9

Variáveis	Categorias	n	Média	p
Faz psicoterapia	Sim	7	16,7	0,31
	Não	35	83,3	
Já recebeu treinamento	Sim	32	17,70	0,26
	Não	10	22,69	
Remuneração de até 5 salários ou mais de 5 salários	Até 5 salários	35	22,19	0,41
	Mais de 5 salários	7	18,07	

Tabela 10

Análises univariadas das variáveis sociodemográficas e ocupacionais contínua em relação à satisfação dos profissionais com o serviço de saúde mental

Variáveis	Média (DP)	p
Idade	37,71 (9,00)	0,56
Anos de trabalho com saúde mental	7,34 (5,75)	0,47
Anos de trabalho no serviço atual	7,81 (6,91)	0,86

Análises multivariadas da sobrecarga e da satisfação dos profissionais

Análise multivariada da sobrecarga dos profissionais

Para identificar a importância relativa das variáveis associadas ao grau de sobrecarga dos profissionais com os serviços de saúde mental, foi realizada a análise multivariada, utilizando o teste de regressão linear múltipla. Foram incluídas, na análise multivariada, as variáveis identificadas nas análises univariadas com valores de $p \leq 0,25$. As variáveis sociodemográficas e clínicas significativas pré-selecionadas nas análises univariadas foram: tamanho da equipe, possuir ensino superior, ser profissional de enfermagem ou psicologia, possuir outro trabalho e tempo de trabalho.

A Tabela 11 apresenta o resultado de regressão linear múltipla da única variável que foi significativamente preditiva do grau de sobrecarga global dos profissionais com os serviços, a variável “tempo de trabalho”. Será apresentado somente o resultado desta variável que foi significativa no modelo final de regressão, adotando-se $p \leq 0,05$.

Tabela 11 – Análise de regressão linear múltipla das variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos profissionais associadas à sua sobrecarga global com o serviço de saúde mental.

Variáveis	Beta	DP	T	p	
Constante	2,31	0,14	16,541	0,00	R ² = 0,14
Tempo de trabalho	-0,03	0,01	-2,851	0,00	F = (8,13) (p = 0,06) DW = 2,11

A análise de regressão linear múltipla para esta variável apresentou a seguinte reta de regressão: $y = 2,31 - 0,03 \times \text{Tempo de trabalho}$. O valor do R² ajustado (0,14) indicou que essa variável explica 14,00% da contribuição da variável, relacionada ao grau de sobrecarga profissional. Este resultado mostra que com maior tempo de serviço há uma menor sobrecarga dos profissionais. As suposições do modelo foram verificadas através do teste de normalidade KS para os resíduos ($p = 0,06$) e também através do teste Durbin-Watson (DW = 2,11). O teste de Durbin-Watson, testa a correlação serial entre erros. Especificamente, ele testa se os resíduos adjacentes são correlacionados ou não. A estatística teste pode variar entre 0 e 4, com 2 significando que os resíduos não são correlacionados. Um valor maior do que 2 indica correlação negativa entre resíduos adjacentes e um valor abaixo de 2 indica uma correlação positiva (Field, 2009).

Análise multivariada da satisfação dos profissionais

Para identificar a importância relativa das variáveis associadas ao grau de satisfação dos profissionais com os serviços de saúde mental foi realizada a análise multivariada, utilizando o teste de regressão linear múltipla. Foram incluídas, na análise multivariada, as variáveis identificadas nas análises univariadas com valores de $p \leq 0,25$. As variáveis sociodemográficas e clínicas significativas pré-selecionadas nas análises univariadas foram: tamanho da equipe, possuir ensino superior, ser profissional de enfermagem ou psicologia, possuir outro trabalho e carga horária.

A Tabela 12 apresenta o resultado de regressão linear múltipla, indicando que a única variável significativamente preditiva do grau de satisfação com os serviços foi a variável “ser enfermeiro ou psicólogo”. Está apresentado, na tabela, somente o resultado desta variável que foi significativa no modelo final de regressão, adotando-se $p \leq 0,05$.

Tabela 12 – Análise de regressão linear múltipla das variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos profissionais associadas à sua satisfação global com o serviço de saúde mental.

Variáveis	Beta	DP	T	p	
Constante	3,62	0,12	29,770	0,00	R ² = 0,07
Enfermeiro ou Psicólogo	-0,35	0,17	-2,076	0,04	F = (4,30) (p = 0,042) DW = 1,556

A análise de regressão linear múltipla para esta variável apresentou a seguinte reta de regressão: $y = 3,62 - 0,35 x$ Enfermeiro ou Psicólogo. O valor do R² ajustado (0,07) indicou que essa variável explica 7,00% da contribuição da variável, relacionada ao grau de satisfação profissional. Este resultado mostra que profissionais enfermeiros ou psicólogos, sentem-se menos satisfeitos com o trabalho do que os demais profissionais. As suposições do modelo foram verificadas através do teste de normalidade KS para os resíduos ($p = 0,042$). Como o valor era muito próximo de 5%, decidiu-se manter esta análise.

DISCUSSÃO

Esse estudo avaliou o grau de satisfação e de sobrecarga de profissionais de serviços de “Equipe Mínima” de saúde mental, em municípios de pequeno porte, além de identificar seus principais fatores preditores. Não foram encontrados outros estudos que tenham avaliado este tipo de equipe de profissionais de saúde mental. Os resultados dos escores globais indicaram que a maioria destes profissionais não se sentia sobrecarregada (escore 2,01), pois o valor do escore estava próximo de 2,0. Quanto ao grau de satisfação, o escore global (3,44) indicou que a maioria se sentia “entre mais ou menos satisfeita” (3) e “satisfeita” (4). O menor grau de satisfação foi relatado pelos enfermeiros e psicólogos, comparativamente aos outros profissionais. Estes resultados, obtidos com os profissionais de equipe mínima de serviços de saúde mental, estão em acordo com os dados encontrados nos oito estudos realizados com profissionais de CAPS, sendo que 5 estudos avaliaram satisfação e sobrecarga, 2 avaliaram apenas satisfação e 1 avaliou apenas sobrecarga. Os estudos nacionais encontrados, citados na introdução desta pesquisa, mostraram que os profissionais deste tipo de serviço também apresentaram níveis baixos e médios de sobrecarga, o que se aproxima dos resultados encontrados no presente estudo. Sobre os níveis de satisfação dos profissionais, os estudos já realizados obtiveram escores entre mais ou menos satisfeitos e satisfeitos, também confirmando os resultados deste estudo.

Quanto aos quatro estudos internacionais encontrados, dos quais dois avaliaram o grau de satisfação e de sobrecarga dos profissionais e dois avaliaram apenas o grau de satisfação, foi possível verificar concordância com o presente estudo no que se refere à satisfação dos profissionais e um resultado diferente em relação ao nível de sobrecarga. Dois destes quatro estudos indicaram que a maioria dos profissionais apresentava nível alto de sobrecarga e níveis de satisfação entre baixo e moderado (Prosser, Jhonson, Kuipers, et al., 1996; Evans, Huxley, Gately, et al., 2006). Quanto aos outros dois estudos internacionais, um deles mostrou que os profissionais, em geral, não estavam satisfeitos ou tinham baixo nível de satisfação com o serviço, embora a satisfação fosse maior para profissionais mais velhos (Gigantesco, Picardi, Chiaia, Balbi & Morosini, 2003). O estudo de Prosser et al, (1996) também encontrou que a satisfação aumentava com a idade e que era maior no primeiro ano de trabalho no serviço. Outro estudo indicou que os profissionais estavam mais satisfeitos com relação a situações onde vivenciavam maior suporte e colaboração da equipe, menos conflitos entre os membros da equipe, menor carga de trabalho, se sentir valorizado

pelo chefe do serviço e ter maior envolvimento no processo de tomada de decisões (Fleury, Greiner & Bamvita, 2017).

No presente estudo, a comparação entre as subescalas de avaliação da sobrecarga indicou que houve sobrecarga profissional mais elevada nas dimensões 2 (impacto do trabalho sobre o funcionamento da equipe) e 3 (repercussão emocional do trabalho). Todas as 6 pesquisas nacionais encontradas que avaliaram o grau de sobrecarga profissional em trabalhadores de CAPS também indicaram que os profissionais relataram maior sobrecarga nas dimensões 2 e 3, em primeira ou segunda posição de relevância.

Quanto à análise dos itens específicos de sobrecarga, os resultados obtidos com os profissionais da equipe mínima, também apresentaram concordância com dados de outras pesquisas realizadas com profissionais de CAPS. No presente estudo, os itens que apresentaram baixa sobrecarga nos profissionais, foram: procurar médicos com maior frequência após trabalhar em saúde mental; considerar que trabalhar com saúde mental impede de ter relacionamentos satisfatórios com a família e sentir-se deprimido por trabalhar com saúde mental. Dos estudos encontrados, o estudo de Ferreira (2015) também apontou que estes itens não ocasionavam sobrecarga nos profissionais estudados por eles.

Os itens que indicaram ocasionar alta sobrecarga nos profissionais, no presente estudo, foram: sentir-se fisicamente cansado; pensar que outro emprego o faria se sentir mais saudável e pensar em mudar de campo de trabalho. O estudo de Ferreira (2015), também mostrou que os profissionais avaliados tiveram maior índice de sobrecarga em relação ao item sentir-se fisicamente cansado. O estudo de Pelisoli, Moreira e Kristensen (2007) apontou como maior índice de sobrecarga os itens relativos a sentir-se fisicamente cansado e pensar que outro emprego o faria sentir-se mais saudável. O estudo de Leal, Bandeira e Azevedo (2012), destacou que a subescala de repercussões emocionais foi a que apresentou maior nível de sobrecarga, sendo que cansaço físico é um item desta subescala.

Os resultados obtidos a respeito do nível de sobrecarga talvez se expliquem pelo grau de implicação dos profissionais na realização das suas atividades e o empenho em elaborar estratégias para a conclusão dos trabalhos, assim como a expressiva responsabilidade e presença de episódios de frustração com o trabalho, resultando em estresse nos profissionais. A rotina exigente, ao acometer a saúde física e mental dos trabalhadores, deve ser sinal de alerta para a qualidade dos atendimentos ofertados aos pacientes. O atendimento e apoio aos profissionais, assim como procedimentos preventivos ou atividades de supervisão, poderiam ajudar a promover maior satisfação dos profissionais no seu trabalho (Ferreira, 2015). Estes resultados apontam para a importância do desenvolvimento de intervenções visando a

promoção da saúde dos trabalhadores, tais como o acompanhamento ou supervisão psicológica, buscando assim, minimizar a sobrecarga sentida pelos trabalhadores

Quanto à satisfação dos profissionais de equipe mínima, os resultados da comparação entre as subescalas indicaram que os níveis baixos de satisfação estavam relacionados à dimensão 2 (participação da equipe no serviço) e 3 (condições de trabalho). Um total de 4 pesquisas nacionais, que avaliaram o grau de satisfação profissional em trabalhadores de CAPS, também indicou que os profissionais relataram menor satisfação nas dimensões 2 e 3, em primeira ou segunda posição de relevância (Camilo et al. 2012; Ferreira, 2015; Rebouças, Legay & Abelha 2008; Resende, Bandeira & Oliveira, 2016). Apenas duas pesquisas não apontaram menor satisfação na dimensão 3, dentro dessa classificação de relevância, porém ambas apontaram para a dimensão 2 como sendo de menor satisfação pelos profissionais (Leal, Bandeira & Azevedo, 2012; Pelisoli, Moreira & Kristensen, 2007).

A baixa satisfação dos profissionais quanto à sua participação no serviço demonstra que eles estão atuando dentro de um sistema limitado, tanto em relação à possibilidade de diálogo, quanto de crescimento profissional, o que acarreta a falta de valorização, motivação e reconhecimento profissional. Essas condições de trabalho impedem a participação dos profissionais e a troca de conhecimentos, que são tão importantes no processo de decisão terapêutica e na manutenção da continuidade do cuidado, afetando a qualidade do atendimento aos usuários dos serviços (Leal et al., 2012). Portanto, faz-se necessário rever o modelo de funcionamento da gestão dos serviços estudados, com o fim de garantir melhor assistências aos usuários dos serviços. As limitações nas condições de trabalho também acabam afetando a qualidade dos serviços prestados, uma vez que estão diretamente relacionadas à saúde e qualidade de vida dos profissionais atuantes.

Em relação aos itens específicos da avaliação da satisfação, os resultados do presente estudo indicaram baixo grau de satisfação dos profissionais das equipes mínimas com relação aos seguintes aspectos: segurança no serviço, salário dos profissionais, conforto e aparência do serviço. Estes resultados confirmam os dados obtidos no estudo sobre a satisfação dos profissionais de CAPS, realizados por Resende, Bandeira e Oliveira (2016). O estudo de Pelisoli, Moreira e Kristensen (2007), apontou o salário dos profissionais como o item que mais gerava insatisfação. Os estudos de Rebouças, Legay e Abelha (2007), Camilo et al. (2012) e Ferreira (2015), apontaram o item “condições de trabalho” como o que mais gerava sobrecarga nos avaliados, também estando de acordo com os resultados do presente estudo. Estes resultados mostram a necessidade de maior investimento nas condições de trabalho dos profissionais dos serviços, nas condições das instalações, conforto

e aparência dos serviços, assim como em relação ao salário e benefícios que os trabalhadores recebem. A literatura encontrada também destaca a necessidade de maior investimento nesta área, mostrando que os recursos materiais presentes nos serviços de saúde mental já estudados são limitados, o que expõe as equipes a um trabalho estressante.

Com relação aos itens que indicaram alto grau de satisfação dos profissionais da equipe mínima, destacam-se os seguintes aspectos: a forma como os pacientes são tratados no serviço, o relacionamento com os colegas e o clima no ambiente de trabalho. Estes resultados confirmam dados dos estudos realizados com os profissionais de CAPS. Os estudos de Arantes (2016), Pelisoli, Moreira e Kristensen (2007) e Ferreira (2015), encontraram o mesmo resultado que o presente estudo. Os estudos de Resende, Bandeira e Oliveira (2016), Leal, Bandeira e Azevedo (2012) e Camilo, Moreira e Kristensen (2012), apontaram o item relacionamento com os colegas como o aspecto que mais gerava satisfação nos profissionais.

Os resultados da análise multivariada da sobrecarga mostraram que apenas a variável “tempo de trabalho” foi preditora do grau de sobrecarga dos profissionais das equipes mínimas de saúde mental. Este resultado indica que os profissionais que trabalhavam há mais tempo no serviço sentiam-se menos sobrecarregados do que os demais. Os estudos de Moura e Roncalli (2016) e Pelisoli, Moreira e Kristenses (2007), também verificaram que quanto maior era o tempo de trabalho, menor era a sobrecarga dos profissionais. Os outros estudos nacionais encontrados não apresentaram análises sobre esta variável.

A variável “tempo de trabalho”, como preditora do grau de sobrecarga profissional, talvez se explique pelo fato de que permanecer mais tempo no serviço pode contribuir para que os profissionais tenham maior familiaridade com o sistema de trabalho, com os próprios pacientes e desafios da área, tornando-se mais maduros e preparados emocionalmente para atuar nos seus papéis. Entretanto, contrariamente a esta perspectiva, a análise de dados ocupacionais do presente estudo apontou que grande parte dos profissionais estudados era contratada temporariamente (45,2%) ou por meio de CNPJ (4,8%), ou seja, quase 50% dos trabalhadores não eram efetivos, portanto, são profissionais baixa probabilidade de se manterem no emprego. Desta forma, eles trabalham grande parte do período do contrato em processo de amadurecimento no serviço e, em seguida, já são desligados. Esta situação contribui para que haja aumento do estresse profissional e conseqüente impacto no serviço prestado aos usuários, que por sua vez também sofrem com a alta rotatividade dos profissionais. Este dado mostra a precariedade nos contratos de trabalho nos serviços públicos atuais. Destaca-se que a rotatividade dos profissionais nos serviços de saúde mental

prejudicou a coleta de dados desta pesquisa, assim como pode prejudicar futuros estudos. Muitos serviços visitados estavam sem a presença de alguns profissionais, por terem se desligado mediante o término de contrato com o município e muitos municípios não tinham profissionais atuando há mais de um ano, como era critério de inclusão, na presente pesquisa. Os danos em relação à falta de concursos públicos, nesta área, são expressivos.

Em relação à análise multivariada da satisfação, o resultado indicou que a única variável significativamente preditiva do grau de satisfação com o serviço foi a variável “ser enfermeiro ou psicólogo”, no sentido inverso, indicando que enfermeiros ou psicólogos, sentem-se menos satisfeitos com o trabalho do que os demais profissionais. Estes resultados podem ser explicados pelo fato de que, nos serviços de saúde mental, enfermeiros e psicólogos são atuantes em cargos de maior responsabilidade, como em cargos de coordenação e/ou referência técnica municipal, além do fato de tratar-se de profissional de nível superior, o que contribui para um maior grau de cobrança e responsabilidades. Apesar de ambos os atores serem frequentemente classificados como gestores dos serviços, as condições de trabalho em que atuam foram apontadas como limitadas pelos resultados deste estudo. Além disso, a baixa remuneração dos profissionais da rede pública contribui para a insatisfação dos seus servidores, sendo este um dos itens destacados pelos profissionais estudados. Os profissionais se sentem pouco valorizados e desmotivados com o trabalho. Em consequência dessa baixa remuneração, os profissionais enfermeiros ou psicólogos acabam não conseguindo investir facilmente em especializações, cursos, etc., como aponta o resultado da análise ocupacional deste estudo, a qual indicou que 76,2% dos profissionais estudados nunca fizeram algum treinamento para trabalhar com saúde mental. Este resultado confirma dados do estudo de Fleury et al (2017), que também encontrou menor grau de satisfação com o serviço entre os enfermeiros, comparativamente a outros profissionais. No estudo de Prosser et al. (1996), a satisfação era maior para psiquiatras, comparativamente aos assistentes sociais.

O estudo de Rebouças et al. (2008), mostrou que quanto mais alta era a escolaridade, menor era o nível de satisfação dos profissionais. O estudo de Arantes (2016) mostrou que profissionais que possuíam pós-graduação, mostraram-se mais insatisfeitos, tanto na avaliação global, quanto nos quatro fatores estudados. Ambos os estudos concordam com os resultados apresentados neste trabalho, uma vez que enfermeiros e psicólogos, profissionais de nível superior, sentiam-se menos satisfeitos com os serviços do que os demais profissionais. Os demais estudos encontrados não apresentaram os resultados da relação

profissão versus nível de satisfação ou, pelo menos, profissão versus nível de escolaridade, de forma que fosse possível fazermos interpretação dos resultados.

A variável “tamanho da equipe” não foi preditora de sobrecarga profissional, como já mencionado anteriormente. Houve apenas uma tendência não significativa de uma possível relação entre menor tamanho da equipe e maior sobrecarga. Este aspecto deveria ser avaliado em pesquisas futuras, em outras regiões e com amostras maiores, já que uma parte considerável de municípios de pequeno porte atua com a limitação de até dois profissionais na equipe, como no presente estudo, onde 13 dos 42 municípios tinham até dois profissionais.

As mudanças advindas da desinstitucionalização acarretaram no aumento do trabalho dos profissionais, que precisam responsabilizar-se ainda mais pelos pacientes nos serviços comunitários, como apontado na literatura apresentada neste trabalho. Com a falta de recursos materiais e humanos adequados, necessários para o bom funcionamento dos serviços comunitários de saúde mental, a desinstitucionalização resulta em sobrecarga para os profissionais e afeta sua satisfação no trabalho. Os resultados encontrados na literatura e neste trabalho, apontam que criar condições favoráveis no local de trabalho é essencial para a satisfação e bem estar no trabalho, de forma a proporcionar o bom atendimento aos pacientes e garantir o sucesso da desinstitucionalização. O apoio da equipe entre si e apoio adequado de supervisores no trabalho para ajudar aos profissionais a enfrentarem desafios relacionados ao tratamento e acompanhamento de pacientes com transtornos mentais graves, ajuda a reduzir a carga de trabalho dos membros da equipe, evita o esgotamento e os efeitos do estresse emocional, melhora a retenção da equipe e promove o crescimento individual e coletivo. Além de tudo, com condições favoráveis de trabalho, os serviços podem ofertar atendimento de qualidade aos seus usuários.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Primeiramente, trata-se de um estudo correlacional, portanto, é preciso ter cautela na interpretação dos resultados, já que este tipo de estudo não permite o estabelecimento de relações causais entre as variáveis avaliadas. Outra limitação é que o estudo foi realizado em apenas uma região, portanto, os resultados deste estudo não podem ser generalizados para o público-alvo de outras regiões. Além disso, o tamanho da amostra foi pequeno, considerando que o total de profissionais entrevistados foi inferior ao indicado pela previsão do cálculo estatístico anteriormente realizado. Entretanto, as dificuldades encontradas, já descritas, impediram a realização de um maior número de entrevistas. Estudos futuros deverão utilizar amostras mais amplas,

assim como ampliar para outras regiões, ao avaliar os profissionais destas “Equipes Mínimas” de saúde mental.

CONCLUSÕES

Este estudo é pioneiro ao avaliar a percepção dos profissionais de “Equipes Mínimas” de saúde mental, em municípios de pequeno porte I. Não foram encontrados outros estudos semelhantes no contexto nacional, pois a maioria se concentrou na avaliação dos profissionais de CAPS. Os resultados do presente estudo demonstraram que a percepção dos profissionais de equipe mínima em saúde mental, a respeito de seus serviços, é congruente, em vários aspectos, com a dos profissionais de CAPS, avaliados em outros estudos. O “tempo de trabalho” foi o fator preditor do grau de sobrecarga, indicando que quanto menor era o tempo de trabalho no serviço, mais sobrecarregados se sentiam os profissionais, confirmando dados dos outros estudos. Dados referentes a itens específicos do serviço também indicaram pontos em comum com outros estudos, como o baixo nível de satisfação com o salário, as condições de trabalho e as condições de conforto e a aparência dos serviços. As dimensões dos espaços físicos das unidades de saúde e das condições de trabalho da equipe são as que apresentaram um dos escores mais baixos de satisfação. Os resultados apontam, portanto, para a importância de que haja maior investimento na infraestrutura, no conforto e também nas condições de trabalho dos profissionais de saúde, sendo estes elementos importantes para o bem-estar dos trabalhadores, afetando a qualidade do atendimento aos usuários.

No presente estudo, “ser enfermeiro ou psicólogo” foi o fator preditor do grau de satisfação dos estudados, indicando que estes profissionais estavam menos satisfeitos com o serviço do que os demais profissionais. Estes resultados apontam para a importância de contratar mais profissionais concursados, que permanecerão mais tempo no serviço, do que os temporários. Maior investimento em supervisões e acompanhamento dos psicólogos e enfermeiros poderia, também, contribuir para diminuir a sobrecarga e aumentar o nível de satisfação dos profissionais.

Sugere-se que sejam realizados estudos futuros que continuem a avaliar o grau de satisfação e de sobrecarga de profissionais de serviços de outras “Equipes Mínimas” de saúde de mental, em outros municípios de pequeno porte, de outras abrangências regionais, a fim de aprofundar o conhecimento sobre a percepção destes profissionais. Ressalta-se a carência de estudos destas equipes mínimas de saúde mental e a complexidade da atuação dos profissionais deste porte municipal, que atuam, em sua maioria, com equipes extremamente pequenas, às vezes com apenas um ou dois atores.

O processo de desinstitucionalização psiquiátrica está em desenvolvimento no Brasil, podendo ser considerado relativamente recente no país e as pesquisas, como as apontadas neste trabalho, mostram que ainda há muito que avançar. A melhoria e manutenção dos serviços comunitários, em termos de recursos humanos, de estrutura, formato de contratações trabalhistas de profissionais, segurança, entre outros aspectos, são necessários para que a qualidade dos serviços de saúde mental seja efetiva. Nesta perspectiva, estudos avaliativos desta categoria são tão importantes, como já foi estabelecido pela OMS.

REFERÊNCIAS

Amadei, G. N. & Oliveira, D. E. S. D. (2017). A saúde mental no interior paulista: aproximações à realidade de municípios de pequeno e médio porte. *Revista UNIESP*, 1-21. Recuperado em 14 de agosto de 2018, de http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20180302133248.pdf.

Andreoli, S. B. (2007). Serviços de saúde mental no Brasil. Reforma psiquiátrica e política da saúde mental no Brasil. In Mello, M. F., Mello, A. A. F. & Kohn. *Revista Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*, 85-100. Porto Alegre: Artmed.

Arantes, I. S. (2016). *Avaliação da satisfação profissional dos servidores em saúde mental*. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Recuperado em 12 de setembro de 2018, de <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/3030/1/ISRAEL%20DA%20SILVA%20ARANTES.pdf>.

Bandeira, M. (1991). Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: Lições de alguns países. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40(7), 350-360. Recuperado em 21 de março de 2018, de https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/lapsam/Artigos%20digitalizados/Artigo_Transinstitucionalizacao.pdf.

Bandeira, M. (1994). Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária da saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43(12)659-666. Recuperado em 22 de agosto de 2018 de https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/lapsam/Artigos%20digitalizados/Desinstitucionalizacao_o_programa_de_a_companhamento_intensivo_na_comunidade.pdf.

Bandeira, M. & Barroso, S. M. (2005). A sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(1), 34-46.

Bandeira, M., Gelinas, D. & Lesage, A. (1998). Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47(12), 627-640. Recuperado em 21 de março de 2018, de https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/lapsam/Artigos%20digitalizados/Desinstitucionalizacao_o_programa_de_a_companhamento_intensivo_na_comunidade.pdf.

repositorio/File/lapsam/Artigos%20digitalizados/Desinstitucionalizacao_o_programa_de_a
companhamento_intensivo_na_comunidade.pdf.

Bandeira, M., Ishara, S. & Zuardi, A. W. (2007). Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade de construto das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(4), 280-286. Recuperado em 19 de março de 2018, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000400007

Bandeira, M., Lesage, A. & Morissete, R. (1994). Desinstitucionalização: importância da infraestrutura comunitária de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43 (12), p. 659-666.

Bandeira, M., Perreault, M., Mercier, C., Libério, M. & Pitta, A. M. (2002). Escala de avaliação da satisfação dos familiares em serviços de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 51(3), 153-66. Recuperado em 13 de maio de 2018, de <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-316921>.

Bandeira, M., Pitta, A.M.F. & Mercier, C. (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*, 49(4), 105-115. Recuperado em 12 de fevereiro de 2018, de [https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/lapsam/Artigos%20digitalizados/Escalas%20brasileiras%20de%20avaliacao%20da%20satisfacao%20\(SATIS-BR\)%20e%20da%20sobrecarga%20\(IMPACTO-BR\)%20da%20equipe%20tecnica%20em%20servicos%20de%20saude%20mental.PDF](https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/lapsam/Artigos%20digitalizados/Escalas%20brasileiras%20de%20avaliacao%20da%20satisfacao%20(SATIS-BR)%20e%20da%20sobrecarga%20(IMPACTO-BR)%20da%20equipe%20tecnica%20em%20servicos%20de%20saude%20mental.PDF)

Bandeira, M. & Silva, M.A. (2012). Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): estudo de validação. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(3):124-32. Recuperado em 16 de abril de 2018, de <file:///C:/Users/MICROPC/Desktop/BVS/bandeira,%202012,%20scielo.pdf>.

Bandeira, M., Lima, L.A. & Barroso, S. (Org.). (2014). *Avaliação de serviços de saúde mental: princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medida*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Bandeira, M. (2014). Princípios norteadores para a avaliação de serviços de saúde mental. In: Bandeira, M., Lima, L.A. & Barroso, S. (Orgs). *Avaliação de serviços de saúde mental: princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medida*. Cap. 1. Petrópolis, RJ: Vozes.

Barroso, S. M., Bandeira, M. & Nascimento, E. D. (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(6), 270-7.

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

Bonadiman, C. S. C, Passos, V. M. A., Mooney, M., Naghavi, M. & Melo, A. P. S. (2017). A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 20(1), 191-204. Recuperado em 10 de fevereiro de 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00191.pdf>.

Borges, L. O., Argolo, J. C. T., Pereira, A. L. S., Machado, E. A. P. & Silva, W. S. (2002). A Síndrome de Burnout e os Valores Organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 15(1), 189-200. Recuperado em 20 de março de 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a20v15n1.pdf>.

Brasil. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 31, de 14 de dezembro de 2000. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, introduzindo artigos que criam o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. In: *Constituição da República Federativa do Brasil*. 17. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Diário Oficial da União.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Diário Oficial da União.

Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil*. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Recuperado em 24 de setembro de 2018, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Cadernos de Atenção Básica, n 34*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental/Ministério da Saúde. BRASÍLIA: Ministério da Saúde. Recuperado em 12 de abril de 2018, de http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf.

Brasil. (2001). Ministério da Saúde. *Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001*. Diário Oficial da União.

Brasil. (2003). Ministério da Saúde. *Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003a, institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas (Programa de Volta Para Casa)*. Diário Oficial da União.

Camilo, C.A. (2012) *Avaliação de um serviço de saúde mental: perspectivas dos pacientes, familiares e profissionais*. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de São João del-Rei. Recuperado em 10 de agosto de 2018, de https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/mestradopscologia/2013/Dissertacoes/Cleucimara_DissertacaoFinal.pdf.

Champagne, F., Contandriopoulos, A., Brouselle, A., Hartz, Z. & Denis, J. (2011). A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brouselle, Champagne, Contandriopoulos e Hartz. *Avaliação – conceitos e métodos*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011.

Clementino, F. S., Miranda, F. A. N., Martiniano, C. S., Marcolino, E. C., Junior, J. M. P. & Fernandes, N. M. S. (2018). Avaliação da satisfação e sobrecarga de trabalho dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial. *Revista Online de Pesquisa: cuidado é fundamental* 10(1), 153-159. Recuperado em 16 de fevereiro de 2019, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=32262&indexSearch=ID>.

Conselho Nacional de Saúde. (2016). *Resolução nº 510/2016*. Recuperado em 23 de agosto de 2019 de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.

Contandriopoulos, A. P. (2006). Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência Saúde Coletiva*, 11(3), 705-711. Recuperado em 20 de abril de 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30984.pdf>.

Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J. L. & Boyle, P. (1994) *Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1994.

Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Pineault, R. (1997). A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In Z. M. A. Hartz, *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas* (pp. 29-47). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Recuperado em 23 de abril, de <https://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-8585676361.pdf>.

Delgado, P. G., Schechtman, A., Weber, R., Amstalden, A. F., Bonavigo, E., Cordeiro, F. et al. (2007). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In M.F. Mello, A.A.F. Mello & R. Kohn. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil* (pp. 39-83). Porto Alegre: Artmed. Recuperado em 23 de março de 2018, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf.

Donabedian, A. (1990). *The sevenpillarsofquality*. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114(11), 1115. Recuperado em 20 de maio de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2241519>.

Dorvil, H. (1987). Les caractéristiques du syndrome de la porte tournant à Thopital Louis H. Lafontaine. *Santé Mentale au Québec*, X/(1), 79-89.

Evans, S., Huxley, P., Gately, C., et al. (2006). Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*,

188, 75-80. Recuperado em 14 de março de 2018, de <file:///C:/Users/MICROPC/Desktop/ARTS%20ANALISADOS/evans,%202006.pdf>.

Fachel, J. M. G. & Camey, S. (2000). Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. In: Cunha, J. A. (org). *Psicodiagnóstico*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, p. 158-170.

Ferreira, A. P. (2015). Satisfação, sobrecarga de trabalho e estresse nos profissionais de serviço de saúde mental. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 13(2), 91-9. Recuperado em 14 de março de 2018 de https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/15168/1/rbmt_volume_13_n%C2%BA_2_29320161552567055475.pdf.

Ferreira, P. H. R. (2014). *Centro de convivência e cultura e suas repercussões na vida de usuários de um centro de atenção psicossocial*. Dissertação de Mestrado. Unicamp: Campinas. Recuoerado em 18 de novembro de 2018 de http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/310870/1/Ferreira_PriscilaHelenaRubin_M.pdf.

Field, A. (2009) *Discovering Statistics Using SPSS*. 3rd Edition, Sage Publications Ltd., London.

Fleury, M. J., Grenier, G. & Bamvita, J. M. (2017). Job satisfaction among mental healthcare professionals: The respective contributions of professional characteristics, team attributes, team processes, and team emergent states. *SAGE Open Medicine*, v. 5, p. 1–12. Recuperado em 16 de agosto de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29276591>.

Gigantesco, A., Picardi, A., Chiaia, E., Balbi, A., & Morosini, P. (2003). Patients and relatives' satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome. *European Psychiatry*, 17(3), 139-147.

Glanzner, C. H., Olschowsky, A. & Kantorski, L. P. (2011). O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Escola de Enfermagem*

USP 45(3), 716-721. Recuperado em 16 de fevereiro de 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a24.pdf>.

Gomes, M. L. P., Silva, J. C. B. & Batista, E. C. (2018). Escutando quem cuida: quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental. *Revista Psicologia e Saúde* 10(1), 3-17. Recuperado em 16 de fevereiro de 2018, de <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v10i1.530>.

Guillemin F., Bombardier, C., & Beaton D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guide lines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417-1432.

Günther, H. (1999). Como elaborar um questionário. In L. Pasquali (Ed.). *Instrumentos Psicológicos: Manual Prático de Elaboração* (pp. 1-15) Brasília: LabPAM; IBAPP.

Hamson, L. (2001). Outcome assessment in psychiatric service evaluation. *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 36, p. 244-248.

Hannigan, B., Edwards, D., Coyle, D., Fothergill, A., & Burnard, P. (2000). Burnout in community mental health nurses: Findings from the all-Wales stress study. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 7(2), 127-134.

Holcomb, W.R., Parker, J.C., Leong, G., Thiele, J., & Higdon, J. (1998). Customer satisfaction and self-reported treatment outcomes among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 49, 929-934.

Hosmer, D. W. & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression*. New York: John Wileyand Sons, 2000.

IBGE. (2010). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Recuperado em 11 de julho de 2018, de https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40.

Ishara, S. (2007). *Equipes de saúde mental: avaliação da satisfação e do impacto do trabalho em hospitalização integral e parcial*. (Tese de doutorado). Recuperado de <http://pgsm.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2011/11/sergio-dout.pdf>

Ishara, S., Bandeira, M. & Zuardi, A. W. (2008). Public psychiatric services: job satisfaction evaluation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), p.38-41, 2008. Recuperado em 2 de maio de 2018, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000100007.

Ishara, S., Bandeira, M. & Zuardi, A. W. (2014). *O impacto do trabalho em profissionais de serviços de saúde mental*. In: Bandeira, M., Lima, L.A. & Barroso, S. (Orgs). *Avaliação de serviços de saúde mental*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Kustner, B. M., González, F. T. & García, J. F. G. (2002). Evaluación de los servicios de salud mental en el ámbito de la atención comunitaria. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 30(4), 253-258. Recuperado em 23 de maio de 2018, de <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/4420/02.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

Leal, R. M. A. C., Bandeira, M. B. & Azevedo, K. R. N. (2012). Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. *Psicologia: teoria e prática*, 14(1), 15-25. Recuperado em 12 de abril de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000100002&lng=pt&tlng=pt.

Lesage, A. & Tansella, M. (1993) Comprehensive community care without long-stay beds in mental hospitals: trends emerging from an Italian good practice area. *J Psychiatry*, 38: 187-94, 1993.

Levin, J. (1987). *Estatística Aplicada a Ciências Humanas*. 2 ed. São Paulo: Editora Harbra Ltda, 1987.

Lima, L. A & Teixeira, J. M. (1995). Assistência à saúde mental no Brasil: do mito de excesso de leitos psiquiátricos à realidade da falta de serviços alternativos de atendimento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (2):71-76.

Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp* (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lougon, M. (2006). *Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 227 p.

Luzio, C.A. & L'Abbate, S. (2009). A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 105-116. Recuperado em 12 de abril de 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100016>.

Marco, P. F., Cítero, V. A., Moraes, E. & Nogueira-Martins, L. A. (2008). O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(3), 178-183. Recuperado em 23 de abril de 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000300004>.

Mângia, E. F.; Muramoto, M. T. (2009). Modelo de Matriz. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 20, n. 2, p. 118-125, maio/ago. 2009.

Maurin, J. T. & Boyd, C. B. (1990). Burden of mental illness on the family: a critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4(2): 99-107, 1990.

Maslach, C. (2005). Entendendo o Burnout. In A.M. Rossi, P.L. Perrewé, & S.L. Sauter (Eds.). *Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional* (pp. 122-148). São Paulo: Atlas

Mello, M. F. (2007). Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. *Relatório de Gestão 2003-2006*. Brasília,

DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 16 de maio, 2018 de <http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental>.

Mercier, M. (1997). Les réalités de la réinsertion sociale. *L'Information Psychiatrique*, p. 813-821.

Ministério da Saúde. (2011). *Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006.

Moura, G. A., Roncalli, A. G. & Noro, L. R. A. (2016). Impacto do Trabalho em Profissionais de Serviços de Saúde Mental em um Município do Nordeste Brasileiro. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(2), 401-410. Recuperado em 27 de maio de 2019 de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932016000200401&script=sci_abstract&tlng=pt.

Morgado, A. & Lima, L. A. (1994). Desinstitucionalização: Suas bases e a experiência internacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43(1), 19-28.

Oliveira, W. F., Martinhago, F. & Moraes, R. S. A. M. *Entendendo o processo da reforma psiquiátrica: a construção da rede de atenção à saúde mental*. Florianópolis: UFSC, 2009.

Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Brasil: OMS.

Organização Mundial de Saúde. (2010). *Manual mhGAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde – versão 1.0*. Brasil: OMS.

Parente, C. J. S., Mendes, L. P. F., Souza, C. N. S., Silva, D. K. M., Silva, J. C., Parente, A. C. B. V. & Parente, A. C. M. (2007). O fenômeno de revolving door em hospitais psiquiátricos de uma capital do nordeste brasileiro. *Revista Mineira de Enfermagem*, 11(4), 381-386.

Pasquali, L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

Pelisoli, C., Moreira, Â. K., & Kristensen, C. H. (2007). *Avaliação da satisfação e do impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais de saúde mental*. *Mental*, 5(9), 63-78.

Perreault, M. (2014). *Prefácio*. In: Bandeira, M., Lima, L.A. & Barroso, S. (Orgs). *Avaliação de serviços de saúde mental*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Pitta, A. M. (1996). O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. M. (Org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996, p.19-26. Recuperado em 15 de maio de 2018, de https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/534884/mod_resource/content/1/1sem2015/Contratualidade_Reabilitacao_psicossocial_no_Brasil.pdf.

Prosser, D., Jhonson, S., Kuipers, E., Szmukler, G., Bebbington, P. & Thornicroft, G. (1996). Mental health, 'burnout' and job satisfaction among hospital and community-based mental health staff. *British Journal of Psychiatry*, 169, 334-337. Recuperado em 16 de março de 2018, de <file:///C:/Users/MICROPC/Desktop/ARTS%20ANALISADOS/prosser,%201996.pdf>.

Rebouças, D., Abelha, L., Legay, L.F. & Lovisi, G.M. (2008). O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. *Caderno de Saúde Pública* 24(3), 624-632. Recuperado em 22 de março de 2018, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300016.

Rebouças, D., Legay, A. & Abelha, L. (2007). Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Revista de Saúde Pública* 41(2), 244-50. Recuperado em 03 de abril de 2018, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000200011&script=sci_abstract&tlng=pt.

Resende, K. I. D. S. (2015). *Avaliação da satisfação dos pacientes, familiares e profissionais com um serviço de saúde mental*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São João del-Rei. Departamento de Psicologia.

Ruggeri, A. E. (2010). Satisfaction with mental health services. In: Thornicroft, C. & Tansella, M. *Mental health outcome measures*. 3. Ed. Glasgow: Bell & Bain, p. 99-115.

Ruggeri, A. E. (1994). Patients and relatives satisfaction with psychiatric services: The state of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, (5), 212-227. Recuperado em 13 de maio de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7992145>.

Santos, D. C. S. & Bandeira, M. (2015). Estratégias de enfrentamentos e sobrecarga dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: revisão de literatura. *Psicologia em Pesquisa*, 9(1), 88-104. Recuperado em 16 de fevereiro de 2018, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v9n1/v9n1a11.pdf>.

Santos, Q. G., Silva, G. W. S., Sobreira, M. V. S. & Miranda, F. A. N. (2016). Os serviços de saúde mental na reforma psiquiátrica brasileira sob a ótica familiar: uma revisão integrativa. *Revista Online de Pesquisa: cuidado é fundamental* 8(1), 3740-3757. Recuperado em 12 de fevereiro de 2018, de <file:///C:/Users/MICROPC/Downloads/3944-26716-1-PB.pdf>.

Saraceno, B. (1999). *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Corá, 1999. 176p.

Selltiz, C., Wrightsman, L. & Cook, S. (1987). *Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais* (vol. 1, 2a ed.). São Paulo. E.P.U.

Selye, H. (1956). The stress of life. New York. *Logmans*, 1956, 324 p.

Smith, M. J. (2004). Process and Outcome evaluations. In Roberts, A. R. & K. R. Yeager, *Evidence-based Practice Manual: research and outcome measures in health and human services* (pp. 606-609). New York: Oxford University Press.

Smith, G. R., Manderscheid, R. W., Flynn, L. M. & Steinwatches, D. M. (1997). "Principles for assessment of patient outcomes in mental health care. *Psychiatric Services*, 48 (8), p. 1.033-1.036.

Snedecor, G. W. & Cochran, W. G. (1971). *Métodos estatísticos*. México: Cia Ed. Continental, 1971. 703 p.

Soares, C. B. & Munari, D.B. (2007). Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 6, n. 3, p. 357-362, 2007.

Spricigo, J. S., et al. (2001). Desinstitucionalização ou desospitalização: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. 2001. Tessler, R. C., & Gamache, G.M. (2000). *Family experiences with mental illness*. Westport: Alburn House. Recuperado em 12 de março de 2020, de <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/81776/183234.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Thomsem, S., et al. (1999). Feelings of professional fulfilment and exhaustion in mental health personnel: the importance of organisational and individual factors. *Psychother. Psychosom*, v. 68, n. 3, p. 157-164, 1999.

Thornicroft, G. & Tansella, M. (2010). Saúde Mental da população e cuidado comunitário. In G. Thornicroft, & M. Tansella. *Boas práticas em Saúde Mental Comunitária* (pp. 6-19). Barueri: Manole.

Thornicroft, G. & Tansella, M. (2002). Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry*. 2002;1:84-90.

Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle des questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche em lanque française. *Psychologie Canadiense*, 30, 662-680.

Vigo, D., Thornicroft, G. & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 3(2), 171-178. Recuperado em 10 de fevereiro de 2018, de [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(15\)00505-2.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(15)00505-2.pdf).

World Health Organization. (2001). *The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2011). *World healthstatistics 2011*. França: WHO.

World Health Organization. (2013). *Mental healthactionplan 2013-2020*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2015). *Mental Health Atlas2014*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. França: WHO.

ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA EQUIPE EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL (SATIS-BR)

Bandeira, M., Pitta, AMF e Mercier, C (2000). 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, 49 (4): 105-115.

Obrigado por aceitar ser entrevistado(a) neste estudo coordenado por _____. O objetivo principal deste questionário é conhecer as experiências das pessoas junto aos serviços de saúde mental, com a perspectiva de os estar melhorando posteriormente.

Este questionário foi adaptado e validado a partir de um estudo feito no Brasil sobre a satisfação com os serviços de saúde mental, realizado pelo Laboratório de Investigações em Saúde Mental da USP, pelo Centro Colaborador da OMS em Montreal para Pesquisa e Formação em Saúde Mental e pelo Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da UFSJ, como parte de um estudo multicêntrico coordenado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

A permissão de utilizar este questionário foi dada pelo Dr. J.M. Bertolote da Unidade de Luta contra as Doenças Mentais da Divisão de Saúde Mental da OMS.

Todas as informações fornecidas por você serão mantidas estritamente confidenciais (e seu anonimato é garantido, se assim você desejar).

Nós estamos gratos pelo tempo que você está gastando para responder a todas estas questões e, é claro, todos os seus comentários são bem-vindos.

NOME (Opcional): _____

CARGO/FUNÇÃO: _____

NOME DO SERVIÇO: _____

TIPO DE SERVIÇO: _____

UNIDADE DE TRATAMENTO (se aplicável): _____

DATA |__| |__| |__| |__| |__|

Na primeira parte deste questionário, vamos lhe fazer algumas perguntas sobre o seu grau de satisfação com a instituição na qual você trabalha atualmente. Favor responder a todas as questões. Não há respostas certas ou erradas. Responda de acordo com sua percepção.

1. Que tipo de transporte você usa para chegar a este serviço?

Condução própria	1
Condução de familiares	2
Condução de amigos	3
Transporte público	4
Caminhada	5
Outro (especificar)_____	9

2. Quanto tempo você gasta para vir de sua casa ao serviço?

0-15 minutos	1
16-30 minutos	2
31-45 minutos	3
46-60 minutos	4
Mais que 60 minutos	5

3. Há quanto tempo você está trabalhando neste serviço?

Menos que 6 meses	1
Entre 6 meses e 1 ano	2
Entre 1 e 2 anos	3
Entre 2 e 5 anos	4
Mais que 5 anos	5

4. Até que ponto você está satisfeito com este serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

5. Qual a chance de você ser promovido neste serviço?

Muito improvável	1
Improvável	2
Mais ou menos	3
Provável	4
Muito provável	5

6. Como você se sente com a expectativa de ser promovido?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

7. O seu trabalho requer uma grande dose de responsabilidade?

Uma grande dose	1
Muita	2
Variável	3
Pouca	4
Nenhuma	5

8. Você se sente satisfeito com o grau de responsabilidade que você tem no seu serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

9. Você se sente sobrecarregado no seu serviço?

Sempre	1
Frequentemente	2
Mais ou menos	3
Raramente	4
Nunca	5

10. Você se sente satisfeito no seu relacionamento com os outros colegas?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

11. Com que frequência você tem reuniões de equipe?

Mais que uma vez por semana	1
Uma vez por semana	2
Entre 1-3 vezes por mês	3
Menos que uma vez por mês	4
Nunca (passar à questão 15)	5

12. Você se sente satisfeito com a frequência destas reuniões?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

13. Você se sente satisfeito com a forma como as reuniões de equipe se realizam?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

14. Até que ponto você se sente satisfeito com a eficácia e utilidade destas reuniões?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

15. Você sente que recebe o apoio de que necessita de seu supervisor direto?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

16. Você sente que seu trabalho é demasiadamente controlado por seus superiores?

Sempre	1
Frequentemente	2
Mais ou menos	3
Raramente	4
Nunca	5

17. Você se sente satisfeito com esta quantidade de controle?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

18. Como você se sente em relação ao grau de autonomia que você tem em seu serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

19. Você se sente satisfeito com a frequência de discussões relacionadas a temas profissionais que você tem com seus colegas no serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

20. Você participa do processo de tomada de decisões no seu serviço?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

21. Você se sente satisfeito com este nível de participação?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

22. Você participa da implementação de programas e/ou atividades novas no serviço?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

23. Você se sente satisfeito com este grau de participação?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

24. Você participa do processo de avaliação das atividades e/ou programas do serviço?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

25. Você se sente satisfeito com sua participação no processo de avaliação?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

26. Você acha que suas opiniões são levadas em consideração?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

27. Você se sente satisfeito com a atenção dada às suas opiniões?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

28. Você percebe um bom clima no ambiente de trabalho?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

29. Em geral, você se sente satisfeito com o clima no seu ambiente de trabalho?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

30. Em geral, como você classificaria o "clima" de amizade no ambiente de trabalho?

Nada amigável	1
Pouco amigável	2
Mais ou menos	3
Amigável	4
Muito amigável	5

31. Até que ponto você se sente satisfeito com seu salário?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

32. Você está satisfeito com os benefícios que recebe deste trabalho?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

33. Você está satisfeito com a atenção e os cuidados que são dados aos pacientes?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

34. Até que ponto você acha que os profissionais deste serviço compreendem os problemas dos pacientes?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Bem	4
Muito bem	5

35. Até que ponto você acha que os profissionais de Saúde Mental do serviço compreendem o tipo de ajuda de que os pacientes necessitam?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Bem	4
Muito bem	5

36. Considerando as necessidades globais dos pacientes que procuram este serviço para tratamento, até que ponto este serviço é apropriado para recebê-los aqui?

Muito inapropriado	1
Inapropriado	2
Mais ou menos	3
Apropriado	4
Muito apropriado	5

37. Você acha que existem outros serviços de que o paciente necessita mas que não recebe aqui?

Com certeza há	1
Acho que há	2
Talvez	3
Acho que não há	4
Não, certamente que não	5

37.1 Se você acha que sim, queira especificar quais são estes serviços.

.....

.....

.....

.....

.....

38. Você está satisfeito com a quantidade de informações dadas aos pacientes sobre suas doenças neste serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

39. Você está satisfeito com a quantidade de informações dadas aos pacientes sobre o tratamento que é dado neste serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

40. Em geral, até que ponto você se sente satisfeito com a forma como os pacientes são tratados pela equipe?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

41. Como você se sente com a quantidade de ajuda que é dada aos pacientes pelo serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

42. Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar privacidade durante o tratamento dos pacientes no serviço (p.ex.: portas fechadas, nenhuma interrupção durante o atendimento com o terapeuta)?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

43. Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar a confidencialidade sobre os problemas dos pacientes, e os cuidados que eles recebem no serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

44. Você se sente satisfeito com a frequência de contato entre a equipe e os pacientes?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

45. Em média, qual seria para você a frequência mais adequada de contato 1/1, entre os membros da equipe e o paciente?

Mais que uma vez por dia	1
Uma vez por dia	2
3-6 vezes por semana	3
1-2 vezes por semana	4
2-3 vezes por mês	5
Aproximadamente uma vez/mês	6
Menos que uma vez por mês	7
Nenhuma	8

46. No momento em que os pacientes entram em contato com este serviço, em geral existem outras opções disponíveis para eles?

Sim	1
Não (passar à questão 48)	2
Não tem certeza (questão 48)	3
Não sabe (questão 48)	4

46.1. Se você acha que sim, queira citar quais são estas opções.

.....

.....

.....

.....

.....

47. Se eles têm outras opções, por que você acha que eles escolhem este serviço?

Você pode marcar mais de uma resposta.

Já tinham estado lá no passado	1
Foi fortemente recomendado por alguém	2
Conheciam alguém que fazia tratamento lá	3
Confiaram na instituição/pessoa de referência	4
Localização muito conveniente	5
O tratamento estava disponível	6
Mais que uma das razões acima	7
Não sabe	8
Outros (especificar) _____	9

48. Você está satisfeito com o grau de envolvimento dos familiares no processo de tratamento dos pacientes no serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

49. Você acha que o serviço estimula as famílias a participar mais ativamente do processo de tratamento de seus familiares?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5

50. Como você se sente com a maneira como as famílias são tratadas pela equipe?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

51. Você acha a equipe suficientemente competente para lidar com o envolvimento familiar?

Muito incompetente	1
Incompetente	2
Mais ou menos	3
Competente	4
Muito competente	5

52. Em geral, como você classificaria a competência geral da equipe deste serviço?

Muito incompetente	1
Incompetente	2
Mais ou menos	3
Competente	4
Muito competente	5

53. Você se sente satisfeito com o grau de competência profissional da equipe deste serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

54. Foram tomadas as medidas apropriadas de segurança para fazê-lo sentir-se salvo/seguro/protegido em caso de um episódio de violência durante seu período de trabalho no serviço?

- | | |
|-----------------|---|
| De forma alguma | 1 |
| Não muito | 2 |
| Mais ou menos | 3 |
| Muito | 4 |
| Extremamente | 5 |

55. Você se sente satisfeito em relação às medidas de segurança do serviço?

- | | |
|--------------------|---|
| Muito insatisfeito | 1 |
| Insatisfeito | 2 |
| Indiferente | 3 |
| Satisfeito | 4 |
| Muito satisfeito | 5 |

56. Você está satisfeito com o conforto e a aparência do serviço?

- | | |
|--------------------|---|
| Muito insatisfeito | 1 |
| Insatisfeito | 2 |
| Indiferente | 3 |
| Satisfeito | 4 |
| Muito satisfeito | 5 |

57. Como você classificaria, as instalações da unidade (p.ex.: banheiro, cozinha, refeições, o próprio prédio, etc.)?

- | | |
|------------|---|
| Péssimas | 1 |
| Ruins | 2 |
| Regulares | 3 |
| Boas | 4 |
| Excelentes | 5 |

58. Se um amigo ou familiar estivesse necessitando de ajuda de uma unidade de Saúde Mental, você recomendaria a ele/a o serviço?

- | | |
|--------------------------|---|
| Não, com certeza que não | 1 |
| Não, acho que não | 2 |
| Talvez | 3 |
| Sim, acho que sim | 4 |
| Sim, com certeza | 5 |

58.1. Por que?

.....

.....

.....

.....

59. De que você mais gosta neste serviço?

.....
.....
.....
.....

60. Quais são particularmente os aspectos de que você não gosta?

.....
.....
.....
.....

61. Você acha que o serviço poderia ser melhorado?

- Sim 1
- Não 2

61.1. Se sim, de que maneira?

.....
.....
.....
.....

Para terminar, vamos fazer algumas perguntas de informação geral

62. Qual é a sua idade (anos inteiros)? |_|_|

63. Sexo:

- Masculino 1
- Feminino 2

64. Qual é o seu estado civil atual?

- Solteiro 1
- Casado ou vive com alguém 2
- Separado 3
- Divorciado 4
- Viúvo 5
- Outro (especificar)_____ 9

65. Qual foi o maior nível educacional que você concluiu?

Sem escolaridade	1
Escola elementar (1º grau)	2
Escola secundária (2º grau)	3
Curso técnico	4
Universidade	5
Pós-graduação	6
Outros	9

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!!!

ANEXO 2

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL (IMPACTO-BR)

Bandeira, M., Pitta, AMF e Mercier, C (2000). 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, 49 (4): 105-115.

Obrigado por aceitar ser entrevistado neste estudo coordenado por _____. O objetivo deste estudo é conhecer a experiência das pessoas junto aos serviços de saúde mental, com a perspectiva de estar melhorando-os posteriormente.

Este questionário foi adaptado e validado a partir de um estudo feito no Brasil sobre a sobrecarga sentida pelas pessoas que trabalham em serviços de saúde mental, realizado pelo Laboratório de Investigações em Saúde Mental da USP, pelo Centro Colaborador da OMS em Montreal para Pesquisa e Formação em Saúde Mental e pelo Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da UFSJ, como parte de um estudo multicêntrico coordenado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A permissão de utilizar este questionário foi concedida pelo Dr. J.M. Bertolote da Unidade de Luta contra as Doenças Mentais da Divisão de Saúde Mental da OMS.

Todas as informações fornecidas por você serão mantidas estritamente confidenciais (e seu anonimato é garantido, se assim você desejar).

Nós lhe agradecemos pelo tempo que você está gastando para responder todas estas questões e, é claro, todos os seus comentários são bem-vindos.

NOME (Opcional): _____

CARGO/FUNÇÃO: _____

NOME DO SERVIÇO: _____

TIPO DE SERVIÇO: _____

UNIDADE DE TRATAMENTO (se aplicável): _____

DATA |__|__|__|__|__|__|

Na primeira parte deste questionário, vamos lhe fazer algumas perguntas gerais sobre o seu trabalho.

1.Quanto tempo você passa, por semana, com portadores de transtorno mental?

Mais de 40h/semana	1
Entre 31-40h/semana	2
Entre 21-30h/semana	3
Entre 11-20h/semana	4
Menos de 10h/semana	5

2.Qual é a sua principal atividade junto aos pacientes?

Psicoterapia Individual	1
Psicoterapia de Grupo	2
Psicoterapia Familiar	3
Terapia Farmacológica	4
Atividades de Reabilitação	5
Aconselhamento	6
Cuidados Físicos de Saúde	7
Cuidados gerais	8
Outro (especificar)_____	9

3.Qual é o seu principal local de trabalho?

Enfermaria	1
Ambulatório	2
Lares abrigados	3
Hospital-dia	4
Centro ocupacional	5
Centro de reabilitação para o trabalho	6
Serviço social	7
Mais de um dos acima	8
Outro (especificar)_____	9

4.Qual é o seu horário de trabalho?

Manhã	1
Tarde	2
Noite	3

As perguntas que vamos lhe fazer agora se referem às repercussões que podem ocorrer em sua vida cotidiana devido ao seu trabalho junto às pessoas portadoras de transtorno mental. Queira responder à todas as perguntas sem exceção. Não há respostas certas ou erradas. Queira responder em função de sua percepção.

5.Quando você pensa nos resultados de seu trabalho com os portadores de transtorno mental, você se sente frustrado?

De forma alguma	1
-----------------	---

Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5

6. Você se sente sobrecarregado tendo que lidar com portadores de transtornos mentais todo o tempo?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5

7. Você tem receio da possibilidade de ser fisicamente agredido por um paciente?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5

8. De forma geral, até que ponto você diria que trabalhar no campo da Saúde Mental é satisfatório para você?

Extremamente	1
Muito	2
Mais ou menos	3
Não muito	4
De forma alguma	5

9. Você acha que o seu trabalho com portadores de transtorno mental está afetando o seu estado geral de saúde física?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5

10. Você está tendo mais problemas ou queixas físicas desde que começou a trabalhar no campo da Saúde Mental?

Nunca	1
-------	---

Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

11. Você sente necessidade de procurar médicos com mais frequência desde que começou a trabalhar no campo da Saúde Mental?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5

12. Você toma mais medicações desde que está neste emprego?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5

13. Você se sente fisicamente cansado quando termina de trabalhar?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5

14. Até que ponto seus períodos de afastamento por doença estão relacionados com períodos de estresse no trabalho?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5

15. Em geral, o contato com o portador de transtorno mental está afetando a sua estabilidade emocional?

De forma alguma	1
Não muito	2

Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5

16. Você está tendo distúrbios de sono que você relacione com o trabalho?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

17. Você se sente deprimido por trabalhar com pessoas com problemas mentais?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5

18. Você se sente culpado quando não consegue ajudar os pacientes tanto quanto você acha que eles necessitam de ajuda?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5

19. Você se sente estressado por causa do seu trabalho em Saúde Mental?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5

20. Alguma vez você precisou procurar ajuda de um profissional de Saúde Mental por causa de problemas emocionais devido ao seu trabalho?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

21. 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?

De forma alguma	1
-----------------	---

Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5

22. Você acha que outros profissionais de saúde enfrentam o mesmo nível de estresse relacionado ao seus trabalhos como você enfrenta em relação ao seu?

Extremamente	1
Muito	2
Mais ou menos	3
Não muito	4
De forma alguma	5

23. Você algumas vezes sente que ter um outro tipo de emprego faria você se sentir mais saudável emocionalmente?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5

24. Você pensa em mudar de campo de trabalho?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

25. Em geral, você sente que trabalhar com portadores de transtorno mental impede você de ter relacionamentos mais satisfatórios com sua família?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5

26. A atitude de sua família em relação aos portadores de transtorno mental ajuda você a continuar trabalhando nesse campo?

Extremamente	1
Muito	2

Mais ou menos	3
Não muito	4
De forma alguma	5

27. Você pensa, às vezes, em como você se sentiria se tivesse um doente mental em sua família?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

28. Você acha que seu contato com os portadores de transtorno mental está afetando pessoalmente sua vida social?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5

Para terminar, nós vamos lhe fazer algumas perguntas de informação geral

29. Quantos anos você tem? |_|_|

30. Sexo:

Masculino	1
Feminino	2

31. Qual é o seu estado civil atualmente?

Solteiro	1
Casado ou vive com um companheiro	2
Separado	3
Divorciado	4
Viúvo	5
Outro (especificar) _____	6

32. Qual foi o último nível de escolaridade que você concluiu?

Sem escolaridade	1
Escola elementar (1º grau)	2
Escola secundária (2º grau)	3

Curso técnico	4
Universidade	5
Pós-graduação	6
Outro (especificar)_____	7

33.Qual é a sua profissão?

Psiquiatra	1
Psicólogo	2
Assistente Social	3
Médico geral	4
Enfermeiro Psiquiátrico	5
Terapeuta Ocupacional	6
Outro (especificar)_____	7

34.Há quanto tempo você trabalha em Saúde Mental:

Mais de 10 anos	1
Entre 6 - 10 anos	2
Entre 1 - < 6 anos	3
Menos de 1 ano	4

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

ANEXO 3

**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL DOS
PROFISSIONAIS**



Universidade Federal
de São João del-Rei

Programa de Mestrado em Psicologia
Linha de pesquisa – Instituições, Saúde e
Sociedade

Data da entrevista: ____/____/2019

Entrevistador: _____

Dados Sociodemográficos e Ocupacionais:

1. Local da entrevista: _____

2. Código: _____

3. Sexo: () 0. Masculino () 1. Feminino

4. Idade: _____ anos.

5. Qual é o seu estado civil?

() 1. Solteiro

() 2. Casado

() 3. Separado/Divorciado

() 4. Viúvo

6. Qual é a sua escolaridade?

() 1. Ensino Médio

() 2. Ensino Técnico

() 3. Graduação

() 4. Especialização

() 5. Residência

() 6. Mestrado

() 7. Doutorado

7. Qual é a sua profissão?

() 1. Auxiliar de serviços gerais

() 2. Auxiliar administrativo

() 3. Auxiliar de farmácia

() 4. Auxiliar de enfermagem

() 5. Assistente social

() 6. Enfermeiro

() 7. Farmacêutico

() 8. Gerente de Unidade

() 9. Psiquiatra

- 10. Psicólogo
- 11. Terapeuta Ocupacional

8. Há quantos anos você trabalha com saúde mental? _____ anos.

9. Há quantos anos você trabalha neste serviço? _____ anos.

10. Faixa de tempo de trabalho neste serviço:

- 1. Menos de 1 ano
- 2. Entre 1 – 6 anos
- 3. Entre 6 – 10 anos
- 4. Mais de 10 anos

11. Qual a sua carga horária de trabalho?

- 1. 20 horas
- 2. 30 horas
- 3. 40 horas

12. Você possui outro trabalho remunerado? 0. Não 1. Sim

13. Se sim, qual trabalho você considera mais estressante? 0. Este serviço 1. Outro.

14. Você mora longe do seu local de trabalho? 0. Não 1. Sim

15. Se sim, você considera que isso afeta o seu trabalho? 0. Não 1. Sim

16. Qual é o seu tipo de vínculo empregatício?

- 1. Concursado
- 2. Contratado
- 3. Terceirizado

17. Qual é o seu tipo de contrato?

- 1. Temporário
- 2. CNPJ
- 3. CLT

18. Você já teve algum acidente de trabalho? 0. Não 1. Sim

19. Você faz uso de algum tipo de medicamento? 0. Não 1. Sim

20. Se sim, com qual finalidade?

- 1. Ansiolítico
- 2. Antidepressivo
- 3. Para dormir

21. Você faz psicoterapia? () 0. Não () 1. Sim

22. Como você considera o seu relacionamento com os pacientes do serviço?

() 0. Muito ruim

() 1. Ruim

() 2. Bom

() 3. Muito bom

23. Você acha difícil lidar com os pacientes do serviço?

() 0. Muito difícil

() 1. Difícil

() 2. Fácil

() 3. Muito fácil

24. Você já recebeu algum treinamento para trabalhar com pacientes psiquiátricos?

() 0. Não () 1. Sim

25. Qual é a faixa da sua renda mensal?

() 1. De 1 a 5 salários mínimos

() 2. De 5 a 10 salários mínimos

() 3. De 10 a 15 salários mínimos

() 4. Mais de 15 salários mínimos

Obrigada pela sua participação!

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: “**PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DE UMA REGIÃO DE MINAS GERAIS**”, desenvolvida pela pesquisadora Lorena Tárzia Moreira, mestranda em Psicologia na Universidade Federal de São del-Rei (UFSJ). O objetivo desta pesquisa é investigar o grau de satisfação e de sobrecarga dos trabalhadores do conjunto dos serviços de saúde mental dos municípios de pequeno porte I que não possuem CAPS, da regional da GRS Itabira/MG.

O convite à sua participação se deve ao fato de você ser profissional atuante no serviço de saúde mental do seu município, estar trabalhando no serviço estudado há, pelo menos, um ano e trabalhar em contato direto com os pacientes do serviço. A sua participação é voluntária, isto é, ela **não é obrigatória**. Você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como interromper sua participação a qualquer momento. Não haverá penalização de nenhuma maneira, caso decida não consentir na sua participação ou desistir da mesma durante a sua realização. Contudo, sua participação é muito importante para a realização da pesquisa.

A fim de preservar a sua privacidade, qualquer informação que possa identificá-lo(a) não será incluída na divulgação dos resultados da pesquisa. Sendo assim, no presente projeto, você será identificado(a) por um número que será intransferível. O resultado da pesquisa será armazenado em local seguro. Você poderá solicitar, da pesquisadora, informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, a qualquer momento, durante ou após a aplicação da mesma, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados abaixo, neste documento.

A sua participação consistirá em responder a dois instrumentos de avaliação e a um questionário sobre questões ocupacionais e sociodemográficas. Estes instrumentos serão aplicados de forma individual e a pesquisadora estará presente para esclarecer qualquer dúvida que você possa ter. Conto com a sua colaboração por aproximadamente 1 (uma) hora, sendo este o tempo necessário para a aplicação dos instrumentos.

Visa-se proporcionar a você, como benefício deste estudo, o conhecimento resultante da pesquisa, que, por sua vez, poderá contribuir para o desenvolvimento de alternativas efetivas para possíveis intervenções no futuro, visando a melhoria do serviço. Considera-se como risco para você, o desconforto de ocupar o seu tempo ao responder aos instrumentos, mas caso isso ocorra, você poderá comunicar à pesquisadora e interromper o processo. Você não terá despesa alguma como participante desta pesquisa, mas caso seja identificado e

comprovado qualquer gasto, você tem assegurado o direito de ressarcimento, bem como você tem assegurada uma indenização, caso seja descumprido qualquer compromisso citado aqui. Como garantia das informações prestadas, você receberá uma cópia do TCLE.

Os resultados gerais da pesquisa poderão ser divulgados em palestras dirigidas ao público participante, artigos científicos e no trabalho da dissertação. Porém, os resultados individuais serão repassados apenas aos participantes, caso solicitem, estando a pesquisadora à disposição para eventuais esclarecimentos. Poderão ser feitas algumas imagens dos resultados durante a realização deste estudo, que poderão fazer parte dos dados de análise ou divulgadas em periódicos e reuniões científicas.

Por favor, sinta-se à vontade para fazer qualquer pergunta sobre este estudo ou sobre os seus direitos como participante. Se outras perguntas surgirem mais tarde, você poderá entrar em contato com a pesquisadora. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEPSJ). O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes de pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o Comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto, de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Declaro que este documento foi elaborado em duas vias, rubricadas em todas

as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela(s) pessoa(s) por ele delegada (s).

São João del-Rei, _____ de _____ de _____.

Nome do Responsável

Assinatura do Responsável

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

CEPSJ: Tel e Fax - (0XX) 32- 3379- 5598

e-mail: cepsj@ufsj.edu.br

Endereço: Praça Dom Helvécio, 74, Bairro, Dom Bosco, São João del-Rei, Minas Gerais,

CEP: 36301-160, Campus Dom Bosco.

CONEP: Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

e-mail:

conep@saude.gov.br

Contato da pesquisadora responsável: Lorena Tércia Moreira:

Tel: (0XX) 31-98500-9794

e-mail:

lorena_t.m@hotmail.com