



ANÁLISE DAS CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS E DE SEU IMPACTO SOBRE A SAÚDE DOS TRABALHADORES DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO CEARÁ.

RELATÓRIO FINAL

**FORTALEZA- CEARÁ
2007**



ANÁLISE DAS CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS E DE SEU IMPACTO
SOBRE A SAÚDE DOS TRABALHADORES DOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO CEARÁ

COORDENAÇÃO INSTITUCIONAL

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Estação CETREDE / UFC / UECE

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Raquel Maria Rigotto (Coordenadora)

Ana Cláudia Araújo Teixeira

Carlos Henrique Lopes Pinheiro

Luis Fernando Tófoli

Maria Gabriela Curubeto Godoy

Natasha C. Cavalcante

Regina Heloísa Mattei de Oliveira Maciel

SUMÁRIO

RESUMO	5
APRESENTAÇÃO.....	6
1 INTRODUÇÃO.....	7
2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL	9
2.1 Breve Contextualização da Reforma Psiquiátrica no Brasil	9
2.2 Breve Contextualização da Reforma Psiquiátrica no Ceará.....	15
2.3 Alguns Conceitos Pertinentes	17
2.4 Satisfação no Trabalho	20
2.5 Impacto no Trabalho	27
2.6 Síndrome de Burnout	28
2.7 Transtornos Mentais Comuns	30
3 OBJETIVOS.....	32
3.1 Objetivo Geral.....	32
3.2 Objetivos Específicos.....	32
4 METODOLOGIA.....	33
4.1 Considerações Preliminares	33
4.2 Abordagem Quantitativa	33
4.2.1 Amostra do Estudo.....	33
4.2.2 Descrição do Trabalho de Campo.....	34
4.2.3 Instrumentos Utilizados	36
4.2.4 Análise	38
4.2.5 Outras escalas.....	41
4.2.6 Testes estatísticos.....	41
4.3 Abordagem Qualitativa	42
4.3.1 Considerações Preliminares	42
4.3.2 Escolha dos sujeitos	43
4.3.3 Descrição do trabalho de campo	43
4.3.4 Organização e análise das informações	45

5 RESULTADOS QUANTITATIVOS.....	46
5.1 Perfil dos Participantes.....	46
5.2 Análises Bivariadas.....	47
5.3 Análises Multivariadas.....	47
5.4 Variáveis associadas aos CAPS e Municípios	55
6 O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: ASPECTOS RELACIONADOS COM A SUBJETIVIDADE DOS TRABALHADORES	62
6.1 O Trabalho no Caps	62
6.1.1 Trabalhar em um CAPS: da escolha à falta de alternativa.....	62
6.1.2 Trabalho em Saúde Mental e estigma da loucura	64
6.1.3 A construção do processo de identificação com o trabalho.....	66
6.1.4 A recepção da equipe	68
6.1.5 Dimensões existenciais na relação com o trabalho.....	69
6.1.6 A organização dos serviços de saúde e a sobrecarga de trabalho	70
6.1.7 A relação com o gestor	71
6.1.8 A relação com os outros serviços de saúde.....	78
6.1.9 As dinâmicas internas de poder no CAPS	80
6.1.10 As relações pessoais.....	85
6.1.11 Como se cuidam os cuidadores?.....	86
6.2 Limites da Abordagem Quantitativa	88
6.3 Algumas Considerações Sobre Os Resultados da Abordagem Qualitativa	89
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ANEXOS.....	103
QUESTIONÁRIOS.....	104
ROTEIRO DE GRUPO FOCAL	124

RESUMO

Este projeto é um estudo das condições organizacionais e saúde mental dos trabalhadores de 36 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Ceará. As questões foram abordadas considerando-se a perspectiva da satisfação e do impacto do trabalho na saúde dos trabalhadores(as), bem como analisando a prevalência de Transtornos Mentais Comuns e de Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores. Os CAPS são serviços recentes no Brasil, implantados na perspectiva de um novo modelo de atenção em saúde mental, com características psicossociais que o distanciam dos asilos. Conhecer aspectos relacionados à saúde dos trabalhadores dos CAPS pode contribuir para redimensionar a perspectiva de cuidado produzido nesses serviços, considerando o cuidado dos cuidadores. O estudo utiliza abordagem combinada, quantitativa e qualitativa. Na abordagem quantitativa 576 trabalhadores responderam cinco questionários/escalas diferentes para a obtenção: a) do perfil sociodemográfico; b) da prevalência de Transtornos mentais Comuns; c) da avaliação da satisfação e do impacto do trabalho na saúde; d) da prevalência de Síndrome de *Burnout*. A abordagem qualitativa, de caráter exploratório, complementa os achados quantitativos. Em relação aos Transtornos Mentais Comuns, foi encontrada uma prevalência de cerca de 12% entre os trabalhadores. Os resultados apontam para uma associação estatisticamente significativa entre menor satisfação no trabalho e trabalhar no atendimento, ser terapeuta ocupacional ou psiquiatra e uma menor realização e trabalhar somente na administração ou ter vínculo regular (estatutário ou celetista). Na análise qualitativa aspectos que parecem significativos subjetivamente para uma maior realização no trabalho se relacionam à identificação com o trabalho; à qualidade das relações com colegas de trabalho, e ao sentido de equipe como grupo interativo, embora esta característica não se apresente de maneira uniforme nos CAPS.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho, desenvolvido pelo RORHES/Estação CETREDE/UECE/UFC, tem como foco a saúde dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial/CAPS do Ceará, na sua relação com o trabalho. Neste relatório, descrevemos o marco teórico-conceitual adotado, os objetivos geral e específicos, o percurso metodológico e os instrumentos de investigação, bem como os resultados obtidos na abordagem quantitativa e na qualitativa, discutidos em diálogo com o referencial teórico e trabalhos empíricos análogos. Ressaltamos que a vertente quantitativa do estudo envolveu 576 trabalhadores de nível superior, médio e elementar dos serviços, incluindo coordenadores, constituindo-se na maior pesquisa empírica realizada no campo das relações entre trabalho e saúde em serviços de saúde mental no Brasil, até o momento, inclusive pela diversidade e abrangência dos instrumentos adotados. A ampla revisão bibliográfica sobre o tema propiciou um amadurecimento da equipe de pesquisa em torno do projeto: os objetivos inicialmente definidos foram recolocados em uma dimensão maior, inclusive dialogando com as inovações metodológicas em debate na literatura científica, podendo agora contribuir com elas. A questão inicial proposta pelo estudo foi aprofundada e enriquecida ao incorporar aspectos relacionados à satisfação e impacto do trabalho em saúde mental sobre a saúde dos trabalhadores.

Desta forma, a ênfase no estudo das condições organizacionais e suas dimensões subjetivas, bem como o conhecimento de que existem padronizações e monitoramento das condições físicas dos serviços estudados, conforme portarias da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA, levou a plano secundário a descrição direta das condições físicas dos CAPS, compreendendo que a percepção que delas têm os trabalhadores é o que mais se imbrica com o foco do estudo e que esta seria captada entre os elementos avaliados no instrumento sobre satisfação no trabalho.

1 INTRODUÇÃO

Este projeto é um estudo das condições organizacionais e saúde mental dos trabalhadores de 36 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Ceará. As questões foram abordadas considerando-se a perspectiva da satisfação e do impacto do trabalho na saúde dos trabalhadores(as) desses serviços, bem como analisando a prevalência de Transtornos Mentais Comuns e de Síndrome de *Burnout*, entre os trabalhadores.

Embora os CAPS tenham apresentado crescimento numérico importante, nos últimos anos no Brasil, poucos estudos contemplam questões referentes à relação entre trabalho e saúde nestes serviços (REBOUÇAS, LEGAY E ABELHA, 2007). A literatura nacional sobre o tema, diferentemente de outros campos da saúde coletiva onde predominam os estudos quantitativos, aponta para uma maior produção qualitativa abordando, sobretudo, questões relacionadas ao processo de trabalho e às equipes dos CAPS, à vivência dos trabalhadores e também à constituição da identidade e do lugar de determinadas categorias profissionais dentro da equipe multiprofissional dos CAPS (FERRER, 2007; GARCIA E JORGE, 2006; BICHAFF, 2006; RABELO E TORRES, 2005; RAMMINGER, 2005; ZERBETTO E PEREIRA 2005; BERNARDES E GUARESCHI, 2004; OLIVEIRA E ALESSI, 2003). Já a literatura internacional vem se debruçando há mais tempo sobre a relação entre trabalho em saúde mental, contando com vários estudos sobre o tema (GALEAZZI *et al.*, 2004; EDWARDS *et al.*, 2000; PROSSER *et al.*, 1996, 1999 e REID *et al.*, 1999).

Por outro lado, há uma profusão de estudos sobre síndrome de Burnout e Transtornos Mentais Comuns tanto nas literaturas nacional quanto na internacional, realizados com trabalhadores de diversas áreas além da saúde (EVANS *et al.*, 2006; PRIEBE *et al.*, 2005; IMAI *et al.*, 2004; JENKINS E ELLIOTT, 2004; LLOYD E KING, 2004; COLLINS E LONG, 2003; HANNIGAN *et al.*, 2000; JEANNEAU E ARMELIUS, 2000; ACKER, 1999; MARTIN E SCHINKE, 1998; HISCOTT E CONNOP, 1990). Contudo, os estudos nacionais desses temas entre trabalhadores brasileiros são escassos, recentes e, mais focalizados na área da educação, com poucos estudos realizados com trabalhadores da saúde (GLASBERG *et al.*, 2007; BORGES, ARGOLO E BAKER, 2006;

CARLOTTO E PALAZZO, 2006; REIS *et al.*, 2006; SOBRINHO *et al.*, 2006; TUCUNDUVA *et al.*, 2006; SILVEIRA *et al.*, 2005; NOGUEIRA-MARTINS, 2004; ABREU *et al.*, 2002; BORGES *et al.* 2002; GIL-MONTE, 2002; CARLOTTO, 2002; TAMAYO E TRÓCCOLI, 2002).

Conhecer e compreender como está a saúde mental dos trabalhadores em saúde pode contribuir para novas leituras na construção do cuidado em saúde e no cuidado dos trabalhadores. Essas questões são relevantes para a saúde mental, visto os recursos subjetivos e interpessoais de cada profissional e da equipe multiprofissional serem importantes na produção do cuidado (PORTO E ALMEIDA, 2002).

Além das lacunas do conhecimento e da escassez de estudos na interface entre os campos da saúde do trabalhador e da saúde mental, explorar a fronteira disciplinar pode contribuir para o processo de construção da integralidade e da humanização nas práticas de saúde. As questões apontam para a necessidade de constituição de processos de cuidado que integrem as necessidades dos trabalhadores de saúde e da população, estimulando a possibilidade de produzir “atos cuidadores libertadores” (MERHY, 2007: 29), que considerem o protagonismo dos diversos sujeitos envolvidos (BRANT E MINAYO-GÓMEZ, 2005).

2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1 Breve Contextualização da Reforma Psiquiátrica no Brasil

O nascimento da Psiquiatria, no século XVIII, ocorreu no contexto do advento de uma nova forma de organização sócio-econômica, o capitalismo, e de uma nova maneira de busca do conhecimento, a ciência. A loucura, considerada até então um fenômeno mágico-religioso, foi deslocada para o âmbito da medicina e da ciência modernas, constituindo-se assim, os campos disciplinares que conformam a Psiquiatria. Novas concepções de homem e de mundo e novas formas de produção contribuíram para embasar novas práticas. As formas de produção exigiam espaços urbanos saneados e pessoas produtivas. Surgiu assim a segregação dos que não se enquadravam no perfil, entre eles, os loucos. Contudo, posteriormente, com Pinel, o asilo se constituiu como espaço específico de tratamento e de exclusão da loucura, abordada sob o estatuto médico-científico (FOUCAULT, 1987).

A instauração da exclusão como modelo de cuidado propagou-se ao longo dos séculos por diversos países. Mas, principalmente a partir de meados do século passado, surgiram questionamentos à proposta que vincula tratamento a exclusão. Emergiram, então, diversas experiências inovadoras de cuidados em saúde mental, em diversos países da Europa e Estados Unidos, que exerceram, em maior ou menor grau, influências no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 1996; AMARANTE, 1998).

A diversidade de experiências surgiu em diferentes contextos e com motivações distintas, que vão do questionamento ético e político dos processos de exclusão, passando por rupturas epistemológicas do saber psiquiátrico; e também pela necessidade de organização e racionalização da assistência baseada em pressupostos economicistas, em função da crise fiscal do Estado. Entre elas, podemos citar como as mais importantes: a Comunidade Terapêutica, na Inglaterra, nos anos 50; a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, na França, nos anos 60; a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva nos Estados Unidos, nos anos 60; a Antipsiquiatria inglesa, nos anos 60; e a Psiquiatria Democrática Italiana, nos anos 70.

Nas décadas seguintes, as experiências influenciaram a constituição de cuidados em Saúde Mental baseados na comunidade e nos territórios e contribuíram para questionar as internações em hospitais psiquiátricos em vários lugares do mundo.

Há uma década, o resgate da importância da saúde mental também foi reforçado pela constatação do impacto gerado pelos transtornos mentais em novos indicadores tais como: Carga Global de Doenças (CGD) e Anos de Vida Ajustados para Incapacidade (AVAI). Este último indicador aponta que, no ano de 2000, cerca de 12,3% dos AVAI, no mundo, deveu-se a transtornos mentais e a tendência desta proporção é de aumentar consideravelmente, chegando a mais de 20% no ano 2020 (OMS/OPAS, 2001). Além desses indicadores, os custos econômicos indiretos da desassistência, que aumenta a duração dos transtornos e as incapacidades, superam os custos diretos, o que tem reforçado a necessidade de ações precoces e constantes. Em síntese, questões éticas, políticas, sociais, culturais e econômicas têm se articulado para colocar em pauta a saúde mental na agenda da saúde.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil emergiu como movimento social no final da década de 70, estimulado pela redemocratização do país. Inicialmente caracterizado por denúncias e reivindicações advindas de trabalhadores de saúde mental, sobre as péssimas condições dos pacientes nos hospícios, as reivindicações do Movimento de Reforma Psiquiátrica foram institucionalizando-se parcialmente, passando a fazer parte do arcabouço jurídico-normativo e das políticas oficiais do Estado. Diferente do Movimento de Reforma Sanitária, cuja militância engajou-se de forma mais intensa com a política de Estado, o Movimento de Reforma Psiquiátrica manteve certa autonomia por meio de seu braço civil, o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA) (YASUÍ, 2006).

No final da década de 80, emergiu as primeiras experiências inovadoras no Brasil, com a criação do primeiro CAPS em 1987, em São Paulo (CAPS Luiz da Rocha Cerqueira), o primeiro NAPS, no mesmo ano em Bauru, e, posteriormente, a experiência de constituição da primeira rede municipal de serviços de saúde mental em Santos (1989). No início da década de 90, aconteceram as experiências de São Paulo, com a inovação de centros de Convivência (CECCOS) e a experiência de Campinas e a constituição de rede de cuidados em saúde mental articulada à atenção básica (CAMPOS, 2000; LUZIO E

L'ABBATE, 2006). Gradualmente, sob influência do movimento internacional de reestruturação da assistência psiquiátrica, cujo marco é a Declaração de Caracas (1991), na América Latina, da qual o Brasil é signatário, ocorreram mudanças normativas e institucionais, no Ministério da Saúde, com a publicação de portarias. A MS 189/91, que abre espaço para internações psiquiátricas, em hospital geral e em hospital-dia, e para atendimentos em CAPS e oficinas terapêuticas, foi uma das principais. A portaria, complementada posteriormente em 1992 pela portaria MS 224/92, reafirmava os princípios da Declaração de Caracas e estabelecia as normas de funcionamento e financiamento dos serviços de saúde mental extra-hospitalares, priorizando a internação em hospital geral. Ao mesmo tempo, a portaria instituíva regras rígidas para o funcionamento e financiamento dos hospitais psiquiátricos. Além disso, unificou duas experiências distintas: o NAPS e o CAPS, utilizando-se de características de ambos os tipos de serviços para criar um novo tipo de dispositivo regionalizado, com população adscrita definida pelo nível local, oferecendo cuidados intermediários entre o ambulatório e a internação e contando com atividades como consultas individuais, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias e de inserção social e os recursos necessários para tal (Yasuí, 2006).

No final da década de 90 e início do novo milênio, houve algumas formulações importantes no campo jurídico-normativo da saúde mental, como:

- a Lei Federal 9.867 (1999): dispõe sobre a criação e funcionamento de cooperativas sociais, permitindo o desenvolvimento de programas de integração social pelo trabalho;
- a Portaria 106 (2000/MS): regulamentando os serviços residenciais terapêuticos para a população submetida a internações de longa permanência no âmbito do SUS;
- a Lei Federal 10.216 (2001): dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial;

Após a III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, surge a portaria 336 (2002/MS), regulamentando o financiamento dos serviços CAPS, de acordo com a complexidade e abrangência populacional, criando novas modalidades de CAPS (CAPS I,

II e II; além de CAPS-AD, para portadores de problemas por álcool e drogas e CAPSi, para crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais) e estabelecendo que os CAPS devem atender preferencialmente portadores de transtornos mentais severos e persistentes. A portaria no artigo 4º, alínea “a”, define a seguinte característica em todas as modalidades de CAPS: “responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território.” Além disso, assegura a remuneração dos CAPS pelo sistema APAC (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade) pelo FAEC (Fundo de Ações Estratégicas), com recursos extrateto para estados e municípios, oriundos diretamente do Ministério da Saúde. Este último aspecto contribuiu de maneira significativa para a expansão do número de CAPS no Brasil, o que se constata pela triplicação de CAPS nos últimos cinco anos, atingindo, em 2007, mais de 1100 CAPS distribuídos por quase todos os estados do Brasil.

Em 2004, aconteceu o I Congresso Brasileiro de CAPS, envolvendo trabalhadores, usuários, familiares, gestores e coordenadores de saúde mental. A discussão deu-se em torno da proposta “Cuidar em liberdade e promover a cidadania”, pautada em três eixos: “Laços sociais”; “O cuidado cotidiano” e “Trabalhadores, usuários e familiares - transformando relações, produzindo novos diálogos”. Foi lançada, simultaneamente ao Congresso, a publicação “Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial” (Brasil, 2004). O documento reforça que os CAPS seguem os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, destacando algumas características e ações, tais como: (1) serviço de saúde aberto e comunitário do SUS; (2) lugar de referência e acolhimento para pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes; (3) substitutivo ao hospital psiquiátrico; (4) atendimento em regime de atenção diária; (5) promoção da inserção social dos usuários; (6) suporte e supervisão da atenção em saúde mental na rede básica de saúde; (7) regulação da porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; (8) coordenação das atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no território e (9) atualização da listagem dos pacientes de sua região que utilizam psicotrópicos (BRASIL, 2004).

As atividades terapêuticas oferecidas pelos CAPS incluem: (1) atendimentos individuais, grupal e familiar; (2) atividades comunitárias; (3) assembléias ou reuniões de organização do serviço e (4) reuniões do conselho local, e outras.

Segundo a portaria 336/GM/MS, de 2002, os CAPS classificam-se em três modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, segundo a base populacional de cobertura de suas ações, o número de atendimentos/dia, a estrutura física e a composição de sua equipe.

Assim, o CAPS I deve ter capacidade operacional para atender entre 20.000 e 70.000 habitantes. A equipe mínima deve ser composta por um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior de alguma das seguintes categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e quatro profissionais de nível médio. Devem ser atendidos 20 pacientes por turno, com limite 30 pacientes por dia em regime de atendimento intensivo.

O CAPS II deve ter capacidade operacional para atender entre 70.000 e 200.000 habitantes. A equipe mínima deve ser composta por um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de alguma das seguintes categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio. Devem ser atendidos 30 pacientes por turno, com limite 45 pacientes por dia em regime de atendimento intensivo.

O CAPS III deve ter capacidade operacional para atender acima de 200.000 habitantes. A equipe mínima deve ser composta por dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior de alguma das seguintes categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e oito profissionais de nível médio. Devem ser atendidos 40 pacientes por turno, com limite 60 pacientes por dia em regime de atendimento intensivo. O serviço deve permanecer aberto 24 horas.

Além dos CAPS, a portaria define serviços específicos para a atenção de usuários com problemas de álcool e drogas, pelos CAPS-AD, e de crianças e adolescentes pelos CAPSi.

Atualmente, o estado do Ceará conta com 67 CAPS. Desses, 53 são CAPS tipo I, II ou III; 11 são CAPS-AD e 3 CAPSi. No momento de elaboração desta pesquisa, no início de 2006, o Ceará contava com 36 CAPS I e II e nenhum do tipo 3, 2 CAPSi e 9 CAPS AD. De certa maneira, a informação reforça a grande expansão dos CAPS no Brasil nos últimos anos.

Segundo o documento “Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial”, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a demanda específica, oferecendo ambiente continente e estruturado com, no mínimo, consultórios para atividades individuais, sala para atividades grupais, espaços de convivência, oficinas, refeitório, sanitários e área externa para oficina, recreação e esportes. As práticas realizadas no CAPS devem ocorrer em ambiente acolhedor, inserido na cidade e no bairro. Os projetos dos serviços ultrapassam, muitas vezes, a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (Brasil, 2004:14).

Assim, no plano discursivo, os CAPS se configuram como serviços voltados para um “modo de atenção psicossocial” que procura superar o modelo biomédico centrado na tríade indivíduo-doença-fármaco (COSTA-ROSA *et al.*, 2003). Buscam a constituição ou reforço da rede de suporte social dos usuários de forma a potencializar as ações, preocupando-se com o sujeito. As equipes multiprofissionais devem assumir uma postura crítico-reflexiva do processo social em que estão inseridas, incluindo o próprio processo e suas condições de trabalho.

Contudo, diversos autores têm desenvolvido reflexões recentes sobre dispositivos como os CAPS, destacando que, apesar da formulação discursiva coerente, muitos dos pressupostos e objetivos dos CAPS ainda não foram materializados de forma global e uniforme nas práticas desenvolvidas, com descompassos e diferentes perspectivas de reforma psiquiátrica em vários municípios brasileiros (ANTUNES E QUEIROZ, 2007;

SILVEIRA *et al.*, 2007; LIMA, 2006; ALVERGA E DIMENSTEIN, 2006; TRALDI, 2006; YASUÍ, 2006). Observam-se diferentes processos de transição em andamento, com trajetórias de diferentes nuances entre um “modo asilar” e um “modo psicossocial de atenção”. Essas questões apontam para a necessidade de dar continuidade às reflexões sobre a temática dos CAPS, utilizando diversas questões como foco de discussão, no caso, a relação entre trabalho e saúde, de forma a ampliar o assunto com novas possibilidades e leituras.

2.2 Breve Contextualização da Reforma Psiquiátrica no Ceará

O estado do Ceará deu início ao processo de Reforma Psiquiátrica com a implantação do primeiro CAPS do Nordeste, em 1991, em Iguatu. Segundo Rosa (2006), na época o gestor de Iguatu pretendia construir um hospital psiquiátrico, para o que solicitou a assessoria de um médico psiquiatra. O médico havia participado de um encontro em Santos, e, conhecendo a experiência daquele município, ficou convencido da possibilidade de constituir outras formas de cuidado não excludentes. Em Iguatu, convenceu o gestor local a abrir um CAPS, ao invés de um hospital. Na época, início de 1992, o Ceará contava com 1977 leitos psiquiátricos distribuídos em 10 hospitais psiquiátricos: 8 na capital e 2 no interior.

Em 1993, o Ceará foi o segundo estado brasileiro a aprovar uma Lei Estadual que estabelece a extinção progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos e postula a criação de serviços substitutivos em saúde mental. A lei n. 12.151, conhecida como “Lei Mário Mamede” em homenagem ao autor, foi seguida, no mesmo ano, de lei municipal semelhante em Iguatu. Nesse mesmo ano inicia-se o processo de intervenção em um hospital psiquiátrico de Fortaleza, que finda com seu fechamento em 1994. Ainda em 1993, foram criados os CAPS de Quixadá e Canindé, este último filantrópico, vinculado à Santa Casa de Misericórdia do município. Em 1995 foram criados os CAPS de Icó, Juazeiro do Norte e Cascavel e o CAPS de Juazeiro é cadastrado como filantrópico. Entre os anos de 1996 e 2000 foram criados CAPS em Aracati (1997), na Regional III de Fortaleza (1998), em Itapipoca, Sobral, Morada Nova e Barbalha (1999) e em Capistrano (2000). Sobral

fecha seu hospital psiquiátrico, a “Casa de Repouso Guararapes”, em 2000, e inicia-se o processo de implantação de uma rede de atenção integral em saúde mental, atualmente referência estadual e nacional, com a criação do primeiro Serviço Residencial Terapêutico do estado, um CAPS AD, com leitos psiquiátricos em hospital geral e uma interlocução e apoio matricial intensos com a atenção básica.

Entre os anos de 2001 e 2005 criam-se CAPS em Fortaleza nas Regionais VI e IV, Quixeramobim, Crateús, Marco e Horizonte, em 2001; em Crato, Tauá, Aquiraz e CAPS AD em Sobral, em 2002; Jardim, Caucaia, Maracanaú, Maranguape e CAPS AD em Iguatú, em 2003; CAPS AD em Caucaia e Juazeiro do Norte e em Camocim, em 2004; Eusébio, Tamboril, Limoeiro do Norte, Farias Brito, Itarema, Amontada, Fortaleza Regional V, Trairí, Ibiapina e CAPS infantil em Iguatú, em 2005. Em 2005 também foi criado o Serviço Residencial Terapêutico de Icó e, em 2006, o de Iguatú.

Em 2006 abrem-se vários CAPS no interior, nos municípios de Redenção, Maranguape (CAPS AD e CAPS infantil), Russas, Acopiara, Itaitinga, Senador Pompeu, Monsenhor Tabosa, Cruz, Santana do Acaraú, Paraipaba, Icó (CAPS AD), Cedro, Orós, Icapuí, Brejo Santo e Parambú.

A Reforma Psiquiátrica do Ceará caracterizou-se, nos últimos 15 anos, pela interiorização, por ter ocorrido a partir de alguns municípios do interior. Rosa (2006) e Sampaio e Santos (1996) apontam o processo de municipalização do SUS, a melhor receptividade de alguns gestores locais e a ausência de hospitais psiquiátricos como facilitadores da ocorrência da Reforma nos municípios do interior. Embora Fortaleza tenha aberto o primeiro CAPS em 1998 e outros dois em 2001, a abertura desses serviços não impactou a lógica asilar concentrada na capital. Somente a partir de 2005, com a nova gestão municipal, é que começa a ser implementada uma política de saúde mental em concordância com os principais postulados pelo movimento de Reforma Psiquiátrica. Por muitos anos e ainda hoje, os interesses dos donos de hospitais psiquiátricos, concentrados em Fortaleza, representam entraves ao avanço da Reforma Psiquiátrica.

Em 2005, Fortaleza amplia a rede de CAPS de 3 para 14, com a seguinte distribuição: 6 CAPS tipo II, 6 CAPS AD e 2 CAPSi. Subseqüentemente, em 2007,

negocia-se o fechamento de um hospital psiquiátrico privado de 80 leitos, com a abertura de 15 leitos psiquiátricos em hospital geral privado conveniado ao SUS.

O estado do Ceará conta atualmente com 67 CAPS: 52 CAPS gerais, 11 CAPS AD e 4 CAPSi e estão em processo de cadastramento mais 17 CAPS. Além desses serviços, o estado tem atualmente 3 Serviços Residenciais Terapêuticos.

Em relação aos leitos psiquiátricos, as informações são confusas, dependendo da fonte. Segundo o DATASUS, o estado contava com 1977 leitos no início de 1992. Atualmente, pelo CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde), o Ceará tem 1173 leitos, dos quais 1084 são cadastrados pelo SUS. Segundo avaliação recente do PNASH (Plano Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares) do ano corrente, o estado tem 1043 leitos cadastrados pelo SUS. Por tais informações, teria havido uma redução de cerca de 800 leitos psiquiátricos nos últimos 15 anos. Nesse mesmo período fecharam-se três hospitais psiquiátricos: dois na capital e um no interior, havendo ainda sete hospitais psiquiátricos no estado: um no interior e seis na capital.

Embora a expansão de serviços assistenciais substitutivos seja um aspecto positivo da reforma psiquiátrica no estado, a consolidação do processo ainda necessita de aprofundamentos e discussão, do fortalecimento do controle social e da formulação de uma política estadual e políticas municipais de saúde mental com diretrizes estratégicas que, de fato, possibilitem maiores avanços na Reforma Psiquiátrica no estado e municípios.

2.3 Alguns Conceitos Pertinentes

Apresentamos, a seguir, algumas das principais perspectivas teórico-conceituais sobre as quais se desdobram diferentes compreensões a respeito de “satisfação no trabalho” e outros conceitos correlacionados à temática abordada neste estudo. Ressaltamos que, ao longo da exposição, faz-se uma análise crítico-reflexiva sobre as diversas perspectivas apresentadas, tentando apontar limites, possibilidades e viabilidades a fim de pautar o diálogo com o presente estudo.

Como pano de fundo contextual, propõe-se iniciar a discussão estabelecendo as concepções de Estado e trabalho com que se pretende dialogar. As concepções contribuem para situar outros conceitos apresentados e problematizados na discussão, tais como, satisfação e impacto do trabalho na saúde dos trabalhadores.

A cisão entre capital e trabalho, operada com o advento do capitalismo, influencia o surgimento do Estado, compreendido por alguns como uma instância representativa dos interesses das classes dominantes. À medida que novas formas de organização e exploração do trabalho foram surgindo, a concepção monolítica de Estado vai sendo questionada. Autores, como Antonio Gramsci, complexificam a concepção de Estado, situando-o como lugar de expressão de novos embates e articulações entre sociedade política e sociedade civil. O Estado representa, assim, um lugar social onde se produz a articulação, a discussão, a tomada de decisão e o desenvolvimento de lutas que recriam, permanentemente, novas formas de relação, de luta e de articulação entre as classes (TESTA, 1992).

O Estado expressa as contradições da sociedade que o constitui, incluindo aí as contradições entre capital e trabalho, que também passaram por diversas modificações desde o capitalismo mercantil. No contexto atual de capitalismo tardio, globalização econômica e reestruturação produtiva surgem novas instâncias de poder político e econômico, como as megacorporações, bem como novos espaços de resistência, sobretudo em âmbitos locais. Como não poderia deixar de ser, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), vinculado a uma proposta de política pública inclusiva, equitativa e solidária, também expressa as contradições oriundas de diferentes projetos políticos, sociais e econômicos. No plano discursivo o SUS apresenta uma formulação coerente, embora passe por sérias dificuldades de implementação das práticas, devido, entre outras questões, à restrição orçamentária e redução de gastos com políticas sociais.

As repercussões das diretrizes macroeconômicas incidem assim, de diversas formas no campo das políticas públicas. Os efeitos da influência na gestão do trabalho em saúde se expressam pela precarização das relações de trabalho, do surgimento de novas formas de alienação dos trabalhadores, mas também de novas maneiras de resistência e organização dos trabalhadores em saúde. Dentro do próprio Estado ocorrem embates entre diferentes forças e interesses que estabelecem confrontos entre o campo econômico e novas formas de

organização e gestão do trabalho que buscam valorizar o protagonismo dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado em saúde, como é o caso de trabalhadores e usuários. Neste sentido, o setor saúde tem contribuído com várias inovações no campo do controle social e no envolvimento de diversos protagonistas na construção das políticas públicas do setor.

A gestão do trabalho em saúde vem sendo discutida no SUS, destacando a importância do envolvimento dos próprios trabalhadores nesta discussão (BRASIL, 2006), o que coloca a necessidade de resgatar novas perspectivas e concepções sobre o que é “trabalho em saúde”.

Mendes-Gonçalves (1992) e Merhy (2002) se embasam na tradição marxista para analisar as especificidades do processo de trabalho em saúde. Segundo a tradição, o trabalho expressa a capacidade humana de transformação da natureza, como mostra a seguinte citação:

Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma última à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza (MARX, 1972:424 apud RIGOTTO, 2004:110).

Nessa concepção, o trabalho não é considerado uma entidade em si, mas um processo fundamental na construção do ser humano, na sua relação de transformação da natureza. Ao mesmo tempo em que o homem transforma a natureza, também é transformado. O trabalho pode representar uma das maneiras mais importantes de posicionar o ser humano como sujeito singular, complementando e dando sentido à vida (ALBERTO, 2000; LUNNARDI FILHO, 1997).

Segundo Merhy (2002), o trabalho em saúde é um agir tecnológico essencialmente relacional e em ato, onde todo serviço de saúde está vinculado a processos produtivos de atos cuidadores que podem ser “atos cuidadores castradores” ou “atos cuidadores libertadores” (MERHY, 2007:29). Os processos de trabalho em saúde se constituem

enquanto “lugares” de relações, de micropolíticas de encontros e de jogos de poder entre sujeitos/territórios” (MERHY, 2007:32). O ato cuidador em saúde pode ser considerado um encontro intercessor entre o trabalhador da saúde e um usuário, em que há um jogo relacional de ressignificação e produção social de saúde, bem como de produção de sujeitos. A subjetividade dos trabalhadores pode ser tomada, assim, como uma das características fundamentais na produção social de saúde.

Essa perspectiva coloca o trabalho na dimensão existencial, articulada a outros aspectos importantes da vida das pessoas, o que contribui para situar a discussão a seguir, sobre “satisfação no trabalho”.

2.4 Satisfação no Trabalho

A possibilidade de situar o trabalho em dimensões existenciais e subjetivas facilita a inserção de outros aspectos na discussão, além dos já conhecidos, situados principalmente no terreno da economia e da política. As novas leituras permitem abordar a discussão sobre satisfação no trabalho não apenas sob a ótica da alienação no sentido marxista do termo, mas também sob a possibilidade de considerar a importância do trabalho para a satisfação plena de necessidades psicossociais, do sentimento de prazer e da construção de sentido na vida pessoal e coletiva dos trabalhadores. De acordo com a revisão de Martinez e Paraguay (2003), alguns autores já observaram que a satisfação com aspectos psicossociais do trabalho influencia o estado emocional do sujeito.

Embora a satisfação no trabalho venha sendo amplamente estudada desde a década de 30, a relação entre satisfação no trabalho e saúde tem sido insuficientemente pesquisada e aplicada (MARTINEZ, 2002). Além disso, o construto “satisfação no trabalho” não apresenta consenso entre os diversos conceitos e teorias e suas relações com a saúde do trabalhador. Segundo Martinez e Paraguay (2003), as teorias que abordam o tema evoluíram da concepção de que o trabalhador reage mecanicamente a fatores externos e de que a satisfação no trabalho existe unicamente em função de salários, para concepções que contemplam as subjetividades. Ou seja, parte-se de compreensões meramente instrumentais

de satisfação para outras perspectivas mais dialógicas e inclusivas do protagonismo dos trabalhadores.

A satisfação no trabalho está relacionada a diversos aspectos: o ambiente psicossocial no trabalho, que engloba a organização do trabalho e as relações sociais de trabalho. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1984), os fatores psicossociais no trabalho se referem: à interação entre e no meio ambiente de trabalho, conteúdo do trabalho, condições organizacionais e habilidades do trabalhador, necessidades, cultura, causas extra trabalho pessoais que podem, por meio de percepções e experiência, influenciar a saúde, o desempenho no trabalho e a satisfação no trabalho.

As conceituações de satisfação mais freqüentes têm essa concepção como sinônimo de motivação, como atitude, como estado emocional positivo, havendo, ainda, os que consideram satisfação e insatisfação fenômenos opostos entre si. Quanto às diversas teorias que embasam as concepções de satisfação no trabalho, aponta-se algumas: a Teoria da Motivação-Higiene proposta por Herzberg em 1959; a Teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas de Maslow (1970); a Teoria X - Teoria Y de Mc Gregor, proposta em 1960; a Teoria da Expectância, de Vroom (1967); a Teoria da Imaturidade-Maturidade de Argyris entre 1960 e 1970; a Psicopatologia e Psicodinâmica do Trabalho de Dejours, a partir da década de 70; e a Teoria da Satisfação no Trabalho de Locke, desenvolvida nos anos 70 (MARTINEZ E PARAGUAY, 2003).

A concepção de satisfação no trabalho como motivação baseia-se na Teoria da Motivação-Higiene de Herzberg. Segundo a teoria, satisfação é um fenômeno de natureza diferente da insatisfação. A primeira está associada a “fatores intrínsecos ao trabalho” ou motivadores (conteúdo do trabalho e aos desafios das tarefas) e a segunda se associa à carência de fatores extrínsecos ao trabalho ou “fatores de higiene” (remuneração, supervisão, ambiente de trabalho). A teoria gerou críticas devido à falta de consistência empírica da divisão entre fatores intrínsecos e extrínsecos do trabalho, já que fatores motivadores podem ser responsáveis tanto por satisfação quanto por insatisfação no trabalho. Ainda, segundo Martinez e Paraguay (2003), a sinonímia entre satisfação e motivação tem sido apontada como geradora de confusão e de falhas na formulação de

hipóteses e na seleção de instrumentos de pesquisas, especialmente das destinadas a correlacionar satisfação no trabalho com produtividade.

A motivação expressa a tensão gerada pela necessidade, enquanto a satisfação representa a sensação de atendimento da necessidade. A diferenciação apresenta influências da Teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas e da Teoria da Expectância. A Teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas (Maslow) considera que o trabalho tem papel importante na satisfação de necessidades humanas estabelecidas em diferentes níveis hierárquicos, nos mais básicos, relacionados à sobrevivência, e em outros, relacionados à realização individual. O trabalho apresenta aspectos psicossociais importantes para as pessoas, podendo favorecer ou dificultar a satisfação das necessidades humanas, o que também influencia a própria satisfação no trabalho. A Teoria da Expectância (Vroom), baseada em aspectos motivacionais conscientes e racionais, aproxima-se de concepções instrumentais de satisfação no trabalho, relacionando esta diretamente com o alcance de objetivos considerados atrativos ou valiosos para o indivíduo.

Essas teorias também influenciam concepções que associam satisfação com atitude. Contudo, tal associação apresenta limitações, já que as atitudes são disposições para agir e decorrem de conceitos, informações e emoções. Algumas atitudes podem decorrer da satisfação no trabalho, mas não a definição do conceito.

É relevante lembrar que qualquer proposta teórica se fundamenta em determinadas concepções de homem e de mundo que podem gerar diferentes desdobramentos práticos. Por exemplo, a Teoria X de McGregor, que considera o homem como um ser indolente, passivo, irresponsável e resistente às inovações. Desta forma, a partir de postulados propostos em termos científicos, o autor justifica a hierarquia e o controle dos trabalhadores. Nesta perspectiva teórica, a satisfação no trabalho é vista como decorrente exclusivamente de recompensas financeiras. Posteriormente, ao observar a falta de consistência e a inadequação da Teoria X, Mc Gregor elabora a Teoria Y, que atribui as causas da indolência e falta de responsabilidade não apenas ao trabalhador, mas também aos métodos da organização e ao controle do trabalho. Desta forma, o autor propõe que o princípio fundamental é a integração entre os objetivos individuais e organizacionais. O

trabalho pode ser fonte de satisfação (e feito voluntariamente), ou fonte de castigo (e, se possível, evitado).

A Teoria Y representou um avanço na época, por considerar aspectos da organização, não apenas do trabalhador, importantes para a satisfação no trabalho. Exerceu influências em teorias posteriores, como a Teoria da Imaturidade-Maturidade de Argyris, que considera que o desenvolvimento ou crescimento do indivíduo no trabalho depende das condições que a organização lhe oferece. Na teoria de Argyris, a imaturidade dos trabalhadores é dependente de papéis e situações que visam adaptá-los ao trabalho, gerando frustração no desenvolvimento, impedindo-os de alcançar plena satisfação no trabalho. O autor acredita que mudanças organizacionais que valorizem os trabalhadores podem ajudar a que estes avancem da imaturidade para a maturidade, tornando-se agentes mais participativos, independentes, com interesses mais profundos, consciência e controle sobre si.

A proposta teórica da Psicopatologia e Psicodinâmica do Trabalho, formulada principalmente por Dejours, na França, de maneira mais sistematizada a partir da de 1970, baseia-se na Psicanálise. Dejours propõe a noção de "carga psíquica" para abordar o sofrimento no trabalho, referindo-se aos elementos afetivos e relacionais da carga mental do trabalho, em que carga mental compreende fenômenos de ordem neurofisiológica e psicológica (DEJOURS, 1994). O bem-estar, como carga psíquica, está relacionado ao sentido atribuído ao trabalho executado. Assim, se o trabalho permite o alívio da carga psíquica, ele pode ser fonte de prazer e equilíbrio. Quando não possibilita alívio, aumentando a carga psíquica, torna-se fonte de sofrimento e patologia para o trabalhador (DEJOURS, 1994). O sofrimento é considerado uma vivência subjetiva intermediária entre a doença mental descompensada e o bem-estar psíquico, representando um estado de luta contra as forças que o empurram em direção à doença mental (DEJOURS E ABDOUCHELI, 1994). A insatisfação no trabalho está relacionada ao sofrimento do trabalhador e ao conteúdo da tarefa, decorrente dos sentimentos de indignidade por realizar uma tarefa desinteressante e sem significado; sentimentos de inutilidade por desconhecer o que representa o trabalho no conjunto das atividades da organização; sentimentos de desqualificação em função de questões salariais e de valorização do trabalho.

As teorias que relacionam satisfação e insatisfação no trabalho como fenômenos opostos apresentam, pelo menos, duas vertentes distintas: (a) uma mais objetiva e operacional, por adotar medidas de satisfação por meio de escalas que vão de “muito satisfeito” até “muito insatisfeito”; (b) outra que considera satisfação e insatisfação opostos semânticos, também compondo dois extremos do mesmo fenômeno. O modelo teórico de Locke considera a satisfação no trabalho como um estado emocional agradável, resultante da percepção da pessoa sobre como o trabalho permite satisfação de seus valores importantes. A satisfação no trabalho é a relação entre o que o indivíduo quer de seu trabalho e o que percebe que está obtendo. Satisfação e insatisfação no trabalho estão, assim, relacionadas à possibilidade ou não de atingir expectativas desejadas, sendo situações opostas do mesmo fenômeno, que se expressa mediante estados emocionais na forma de alegria (satisfação) ou sofrimento (insatisfação).

Neste estudo, a abordagem quantitativa utiliza instrumentos de avaliação da satisfação no trabalho, cujos referenciais teóricos se aproximam da concepção de satisfação no trabalho como oposto de insatisfação. Os instrumentos validados favoreceram esta opção. Entretanto, são de nosso conhecimento as limitações pertinentes a tais instrumentos, pois, embora permitam estabelecer padrões gerais para o estudo da satisfação no trabalho, não contemplam dimensões subjetivas e a dinâmica das relações subjacente às nuances possíveis entre a satisfação e a insatisfação no trabalho. Outros aspectos pretendem ser contemplados, pelo menos, parcialmente, pela utilização da abordagem qualitativa combinada.

Entre os diversos referenciais teóricos expostos resumidamente, nem todos são específicos apenas à satisfação no trabalho, por abordar também outras questões associadas ao trabalho. Os diversos referenciais detêm-se sobre diferentes aspectos da relação entre trabalhador e trabalho: experiência do sujeito trabalhador; avaliação das ações e suas conseqüências; características subjetivas e necessidades individuais; meio ou entorno social e situação específica de trabalho. Embora cada sujeito apresente especificidades na sua relação com o trabalho, existe também uma dimensão compartilhada, coletiva e semelhante entre o que o conjunto dos trabalhadores quer ou espera do trabalho, o que possibilita a

complementação entre as diferentes perspectivas teóricas, bem como a sua utilização combinada em diferentes abordagens de investigação, quantitativas e qualitativas.

Assim, é relevante salientar que a satisfação no trabalho é um fenômeno complexo, devendo ser elucidado sob diversas perspectivas e abordagens. As abordagens quantitativas apresentam limites e possibilidades, sob os quais pretendemos nos debruçar, de maneira a dimensionar os riscos de redução de um fenômeno complexo, mas também de tentar desvelar padrões comuns que embasem novos pressupostos e investigações do significado da satisfação no trabalho na perspectiva dos próprios trabalhadores.

Embora diversas teorias explorem a temática da satisfação no trabalho, as relações desta com a saúde dos trabalhadores ainda está sendo estabelecida. Segundo Martinez e Paraguay (2003), diversos estudos transversais têm demonstrado a associação entre satisfação no trabalho e saúde do trabalhador, em especial, a saúde mental. Porém são necessários mais estudos longitudinais que demonstrem a direção causal dessas associações, bem como estudos qualitativos da dinâmica e significado das associações observadas.

Na revisão da literatura de Martyinez e Paraguay (2003), diversos autores apontam que pessoas mais satisfeitas com o trabalho apresentam melhores condições de saúde física e mental e menor ocorrência de doenças, bem como maior longevidade. Outros aspectos como ausentismo, rotatividade, queda da produtividade, greves, acidentes de trabalho, dependência de álcool ou drogas também estão associados ao nível de satisfação no trabalho. Pessoas satisfeitas no trabalho apresentam melhor qualidade de saúde física, e trabalhadores insatisfeitos têm maiores riscos de desenvolver problemas e agravos de saúde: fadiga, dificuldade respiratória, dor de cabeça, problemas digestivos e perda de apetite, aumento do colesterol, doença cardíaca artereosclerótica e dores musculares. Contudo esses resultados devem ser considerados com cuidado, pois pode haver fatores de confusão, que influenciam o nível de satisfação no trabalho e o estado de saúde. Assim, as condições físicas devem ser consideradas co-variáveis e não conseqüências do nível de satisfação no trabalho, já que a associação entre saúde física e satisfação no trabalho é difícil de ser estabelecida.

Quanto à saúde mental, a satisfação no trabalho é um dos principais componentes da satisfação geral com a vida, sendo um aspecto subjetivo de bem-estar. A satisfação no trabalho é importante para a saúde mental do trabalhador na sua relação com o trabalho e nas influências que exerce em sua vida pessoal, familiar e social. A insatisfação no trabalho pode, assim, afetar a vida do indivíduo fora do trabalho.

O quadro 1 apresenta a síntese das conclusões de estudos sobre satisfação no trabalho e saúde mental. Suas limitações impedem o estabelecimento da relação causal entre satisfação no trabalho e saúde mental, uma vez que exposição e evento são observados no mesmo corte temporal. Entretanto, os estudos oferecem a avaliação das relações por meio de medidas de associação.

Quadro 1: Síntese de estudos sobre a relação entre satisfação no trabalho e a saúde mental dos trabalhadores (baseado em Martinez e Paraguay, 2003).

AUTORES E ANO	LOCAL	POPULAÇÃO ESTUDADA	PRINCIPAIS CONCLUSÕES
Takeda, Yokoyama, Miyake e Ohida (2002)	Japão	Assistentes sociais da previdência social	Satisfação no trabalho apresentando forte associação negativa com esgotamento (burnout) e depressão
Aasland, Olf, Falkum, Schweder e Ursin (1997)	Noruega	Médicos noruegueses	Baixo nível de satisfação no trabalho estava significativamente associado com relato de saúde subjetiva insatisfatória
Zalewska (1996)	Polônia	Bancários	Trabalhadores insatisfeitos demonstram ser mais susceptíveis à ansiedade depressiva em situações difíceis, o que provavelmente dificulta a organização das tarefas e seu desempenho, e se ressentem dos efeitos do estresse causado por sobrecarga, com sintomas de dores de cabeça, cansaço, corpo tenso, fraqueza muscular e dificuldade para respirar com mais frequência do que os trabalhadores satisfeitos
Abouserie (1996)	Reino Unido	Docentes de uma universidade	Correlação negativa significativa entre estresse e satisfação no trabalho e uma relação inversa entre os dois fenômenos
Ramirez, Graham, Richards, Cull e Gregory (1996)	Reino Unido	Médicos especialistas de hospitais	Satisfação no trabalho inversamente associada à exaustão emocional, despersonalização e morbidade psiquiátrica (depressão, perda de confiança, distúrbio do sono e outros sintomas). Efeito protetor da satisfação no trabalho sobre a saúde mental. Os aspectos do trabalho que apresentam maior contribuição para a satisfação no trabalho foram relações interpessoais satisfatórias, valorização e posição profissional, estímulo intelectual, recursos e gerenciamento adequados.
Rocha (1996)	São Paulo	Analistas de sistema	Satisfação no trabalho como fator protetor da saúde, como fator de diminuição na frequência de sintomas

			do "estado nervoso", distúrbios neuro-vegetativos, alterações dos hábitos alimentares e problemas digestivos. Satisfação no trabalho aparece associada negativamente à procura de consulta médica e como fator de redução da interferência negativa do trabalho na vida familiar e pessoal. Os fatores que aparecem associados à satisfação no trabalho: aprendizado constante, controle sobre o processo de trabalho, sentimento de "ser um artista produzindo uma obra" (possibilidade de criação), e percepção de desafio na resolução de problemas
O'Driscoll e Beehr (1994)	EUA Nova Zelândia	Empregados administrativos	Satisfação no trabalho como mediador importante entre as reações dos indivíduos às pressões e demandas do trabalho
Rahman e Sen (1987)	Bangladesh	Empregados em trabalhos repetitivos	Funcionários altamente satisfeitos relataram níveis de saúde mental significativamente maiores e queixas de saúde mínimas, quando comparados com trabalhadores com baixa satisfação no trabalho

O construto “satisfação no trabalho” é um conceito polissêmico, embasado em diversas vertentes teóricas, ainda em construção. Os aspectos relacionados à satisfação no trabalho necessitam de mais estudos quantitativos e qualitativos. Os estudos epidemiológicos permitem descrever características da população ou amostra, bem como estabelecer associações, riscos e probabilidades entre variáveis. Mas, os estudos não contemplam a investigação dos processos e dinâmica das relações observadas, devendo ser complementados com outras estratégias, como análises qualitativas e estudos de caso que possibilitem compreender dimensões não mensuráveis do fenômeno.

2.5 Impacto no Trabalho

Outra questão abordada é o “impacto” do trabalho na saúde dos trabalhadores. Embora a revisão da satisfação no trabalho apresente grande diversidade teórico-conceitual, o mesmo não ocorre em relação ao impacto no trabalho. Escassos são os estudos sobre o tema e, entre o que encontramos, pode-se dizer que o impacto no trabalho se refere às repercussões dos fatores relacionados ao trabalho sobre a saúde e o sentimento de bem-estar da equipe, bem como ao grau de sobrecarga sentida pela equipe em relação ao trabalho (REBOUÇAS, LEGAY E ABELHA, 2007; BANDEIRA, PITTA E MERCIER,

1999 e 2000). Impacto é uma categoria tipicamente epidemiológica, passível de quantificação. No impacto do trabalho na saúde dos trabalhadores da equipe de saúde mental, os aspectos que se destacam são: fatores relacionados aos efeitos do trabalho sobre, física e mental (problemas físicos referidos pelo trabalhador, consultas ao médico, uso de medicamentos, efeito do trabalho sobre a sua estabilidade emocional e sobre sua necessidade de procurar ajuda profissional); funcionamento da equipe (frequência com que o profissional pensa em mudar de trabalho, frequência com que pensa em outro tipo de trabalho que o faria sentir mais saudável, afastamentos por doença devido ao estresse no trabalho, receio de ser agredido no trabalho, qualidade do sono, saúde em geral); sentimento de estar sobrecarregado (sentir-se frustrado com os resultados do trabalho, sentir-se sobrecarregado pelo contato constante com os pacientes, sentir-se cansado após o trabalho, sentir-se deprimido por trabalhar com pessoas com distúrbios mentais, sentir-se estressado por trabalhar com doença mental) (BANDEIRA, PITTA E MERCIER, 1999 e 2000).

2.6 Síndrome de Burnout

A associação entre trabalho e saúde é difícil de ser estabelecida, por estarem os dois fenômenos correlacionados entre si, influenciando-se mutuamente, além de serem afetados por fatores externos. Depois da segunda metade do século XX é que a associação entre condições de trabalho e ocorrência de problemas físicos e mentais de saúde começa a ser investigada. Na década de 70, Maslach *et al.* (1996) propuseram um construto conceitual a partir do qual se desenvolveram escalas para mensurar uma tríade de dimensões relacionadas à organização do trabalho e ao estresse crônico relacionado ao trabalho.

Segundo Maslach *et al.* (2001), o *burnout* é uma síndrome psicológica de diversos sintomas e sinais resultantes de estressores interpessoais crônicos relacionados ao trabalho, caracterizada por: exaustão emocional, despersonalização (ou ceticismo) e diminuição da realização pessoal (ou eficácia profissional). A exaustão emocional (EE) apresenta fadiga

intensa, falta de forças para enfrentar o dia de trabalho e sensação de exigências além dos limites emocionais. Na despersonalização (DE) ocorre distanciamento emocional e indiferença em relação ao trabalho ou aos usuários do serviço. A diminuição da realização pessoal (RP) se manifesta por falta de perspectivas para o futuro, frustração e sentimentos de incompetência e fracasso. Outros sintomas como insônia, ansiedade, dificuldade de concentração, alterações de apetite, irritabilidade e desânimo também são comuns.

Maslach *et al.* (1996) desenvolveram um instrumento para o diagnóstico e estimativa de prevalência da síndrome de *burnout*, denominado *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Possui três versões aplicáveis a categorias profissionais específicas: MBI-HSS (*Human Services Survey*), para as áreas de saúde/cuidadores ou serviços humanos/sociais; MBI-ES (*Educator's Survey*), para educadores; e MBI-GS (*General Survey*), para profissionais não necessariamente em contato direto com o público-alvo do serviço. As três versões são auto-aplicáveis e avaliam as três dimensões do *burnout* (EE, DE e RP).

Embora diversos estudos venham investigando a síndrome de *burnout*, seu reconhecimento clínico é pequeno. Existem questionamentos sobre se a síndrome representa, de fato, uma nova entidade clínica ou poder agrupar-se a entidades conhecidas, como Transtornos de Ansiedade e Transtornos Depressivos. Contudo, como a síndrome, por definição, está associada ao surgimento de sinais e sintomas relacionados especificamente ao trabalho e vem tomando força como entidade separada (VIEIRA *et al.*, 2006). Nesta perspectiva, o *burnout*, ou síndrome do esgotamento profissional, vem sendo alvo de estudos de prevalência em diversas categorias profissionais e estão sendo realizados estudos de análises da validade de construto e de identificação de fatores de risco ou de proteção.

Estudos de prevalência mostram taxas de *burnout* variando entre 30% e 47% entre profissionais de saúde (CABALLERO *et al.*, 2001; ATANCE MARTINEZ, 1997). A taxa chegou a 27,6% na população de trabalhadores da Finlândia (AHOLA *et al.* 2005). Estudos feitos no Brasil apontam para uma prevalência de cerca de 10% (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Aspectos que favorecem o surgimento da síndrome de *burnout* se relacionam à história pessoal de grande envolvimento no trabalho, visto como prioridade de vida ou uma missão. Entretanto, fatores da organização do trabalho (divisão do trabalho, tempos, ritmos e duração das jornadas, remuneração e estrutura hierárquica) são preponderantes na determinação da síndrome. A importância da personalidade e do temperamento como fatores de risco para *burnout* também vem se destacando em pesquisas mais recentes (THORESEN *et al.*, 2003; JARDIM E SILVA FILHO, 2001; THOMSEN *et al.* 1999).

A síndrome do esgotamento profissional integra a Lista de Doenças Profissionais e Relacionadas ao Trabalho (Ministério da Saúde, Portaria nº 1339/1999). Está classificada sob o código Z73.0 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão - CID-10), como problema que leva ao contato com serviços de saúde (BRASIL, 2001).

Takeda *et al.* (2002) mostram associação inversa entre satisfação no trabalho e maior prevalência de síndrome de *burnout*. Explorar satisfação, estresse e sobrecarga no trabalho, por meio de diferentes instrumentos, contribui para a análise de diversos aspectos relacionados à saúde e trabalho, bem como para a validação e comparação dos diversos construtos. A possibilidade de cruzar informações oriundas de diferentes instrumentos amplia as informações e foi um dos aspectos motivadores de utilização de vários tipos de instrumentos neste estudo.

2.7 Transtornos Mentais Comuns

Os termos “Transtornos Mentais Comuns” ou “Transtornos Mentais Leves”, de uso generalizado, agrupam transtornos mentais associados a quadros neuróticos, somatoformes, ansiosos e depressivos leves, com pouca incapacitação, bem como sintomas não incapacitantes como dissonia, má digestão, falta de apetite, irritação fácil com as pessoas, estado assustado, cansaço fácil, sentimentos de tristeza, choro fácil, cefaléias, idéias autolesivas, dificuldade de tomar decisões, falta de interesse pelas coisas, confusa ao pensar, sentimento de inutilidade, sensação de nervosismo, tensão e preocupação,

dificuldade no desempenho de uma função útil, sofrimento e insatisfação duradoura com o trabalho e insatisfação em realizar as tarefas diárias (RABELO *et al.*, 2006).

Contudo, “Transtornos Mentais Graves” ou “Transtornos Mentais severos e persistentes” apresentam imprecisões e falta de consenso. A facilidade de operacionalização desses termos no estudo de prevalência nas populações, bem como na organização de estratégias de saúde mental por níveis de atenção baseados em uma herança preventiva tem contribuído para a sua difusão. Desta maneira, restam aos Transtornos Mentais Graves ou Severos e persistentes os quadros psicóticos e neuróticos graves, e o uso de substâncias psicoativas que provocam capacitação não eventual, demorada, caracterizada por duração significativa, com um grau de sofrimento psíquico e de incapacitação nas relações interpessoais e na competência social (RABELO *et al.*, 2006).

Em 1980, Harding *et al.* desenvolveram o SRQ-24 (*Self Report Questionnaire*), instrumento que se disseminou mundialmente pela OMS (Organização Mundial da Saúde), validado em diversos estudos. O SRQ é um questionário de identificação de transtornos psiquiátricos em nível de atenção primária. Na primeira versão, o SRQ era composto por 24 questões subdivididas em duas seções: a primeira com 20 questões elaboradas para detecção de transtornos “neuróticos”, e a segunda com quatro questões para detecção de transtornos “psicóticos”. Esta última parte foi excluída posteriormente por apresentar baixa sensibilidade e especificidade. Assim, o instrumento passou a ser conhecido como SRQ-20, mantendo apenas a primeira seção composta de 20 perguntas sobre transtornos “neuróticos” (HARDING *et al.*, 1980).

O SRQ-20 foi validado no Brasil por Mari e Willians (1986). Os estudos variam em relação aos pontos de corte para escores positivos do SRQ. As diferenças estabelecidas, geralmente, segundo o sexo consideram entre 6 a 8 respostas positivas suficientes na determinação da presença de Transtorno Mental Comum.

Há diversos estudos que investigam a prevalência de Transtornos Mentais Comuns em diferentes populações, contudo não foram encontrados estudos brasileiros utilizando o SRQ-20 com trabalhadores de saúde mental (CABANA *et al.*, 2007; GASTAUD *et al.*, 2006; LUDEMIR, 2005; COSTA *et al.*, 2002, ALMEIDA, 1999; BORGES *et al.*, 1997).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar as condições organizacionais dos CAPS gerais do Ceará implantados até o final de 2005, considerando suas repercussões na saúde mental dos trabalhadores destes serviços.

3.2 Objetivos Específicos

1. Descrever o perfil sociodemográfico dos trabalhadores dos CAPS;
2. Detectar a prevalência de Síndrome de Burnout entre os trabalhadores dos CAPS;
3. Identificar a prevalência de transtornos mentais leves entre os trabalhadores dos CAPS;
4. Avaliar a satisfação da equipe técnica em relação às condições organizacionais dos CAPS;
5. Avaliar o impacto do trabalho na saúde mental dos trabalhadores dos CAPS;
6. Analisar as condições organizacionais dos CAPS sob a perspectiva dos trabalhadores.

4 METODOLOGIA

4.1 Considerações Preliminares

Este estudo utiliza uma abordagem combinada quantitativa e qualitativa. Embora, no projeto inicial, não houvesse pretensões de enfatizar qualquer uma das abordagens, no decorrer do estudo, com o aprofundamento da revisão bibliográfica, percebeu-se a existência de lacunas no conhecimento de questões de natureza quantitativa relacionadas à saúde mental dos trabalhadores de saúde mental, bem como à escassez de estudos quantitativos que tratam da satisfação no trabalho e suas dimensões organizacionais em serviços do tipo CAPS.

O redimensionamento do componente quantitativo da pesquisa levou à opção de enfatizar tal componente e, em função do tempo e dos recursos do estudo, restringir o componente qualitativo. Destaque-se que a opção, de caráter operacional, não descarta a importância de realização de estudos qualitativos que possam complementar, aprofundar e ajudar a compreender os achados do componente quantitativo, nem representa opção epistemológica por apenas um tipo de abordagem.

Resguardadas as limitações apontadas, este é o estudo de maior monta já realizado no Brasil abrangendo serviços do tipo CAPS, pela população quantitativamente investigada e pela diversidade de instrumentos utilizados.

4.2 Abordagem Quantitativa

4.2.1 Amostra do Estudo

Esta abordagem foi feita por estudo transversal que abrangeu todos os CAPS gerais do Ceará criados até março de 2006, excluídos os CAPS AD, pela especificidade dos serviços e por existirem apenas três no Ceará até março de 2005, bem como os CAPSi devido a suas especificidades. Além disso, até março de 2005 existiam apenas dois CAPSi recém criados no Ceará.

Inicialmente, a amostra do estudo incluiu os CAPS gerais existentes no Ceará até dezembro de 2005, sendo, posteriormente, incluídos os CAPS habilitados em 2006. A amostra abrange um total de 580 trabalhadores de nível superior, médio e elementar, incluindo os coordenadores dos serviços. Os CAPS incluídos no estudo tinham 6 meses ou mais de funcionamento.

4.2.2 Descrição do Trabalho de Campo

O período de realização do trabalho de campo foi de abril a junho de 2007. Os serviços foram contatados por telefone, conforme lista fornecida pelo Núcleo Estadual de Saúde Mental. O contato inicial foi feito com os coordenadores dos CAPS, explicando brevemente os objetivos da pesquisa e agendando a visita à instituição. O tempo de visita variou de acordo com a disponibilidade dos profissionais para responder os questionários, entre um a dois dias. Alguns CAPS foram visitados mais vezes a fim de completar a coleta de dados.

A participação na pesquisa foi voluntária. Houve vários casos de trabalhadores ausentes por licença ou por férias no dia da visita. Em muitos municípios pequenos do interior os trabalhadores foram convidados a comparecer ao serviço pela coordenação, caso quisessem, voluntariamente, participar da pesquisa. Vários compareceram para responder ao questionário, demonstrando interesse e cooperação.

A taxa de recusas foi pequena, menor que 3%. Durante as visitas foram realizadas observações gerais registradas em diário-de-campo para a triangulação de informações da abordagem qualitativa.

No Quadro 2 os municípios participantes de pesquisa quantitativa são apresentados. A Figura 1 apresenta o mapa do Ceará, evidenciando os que dispunham de CAPS até março de 2006.

Quadro 2: Lista de municípios com CAPS incluídos na pesquisa. Ceará, 2007.

Aquiraz	Caucaia	Iguatu	Marco
Amontada	Crateús	Itarema	Morada Nova
Aracati	Crato	Itapipoca	Quixadá
Barbalha	Eusébio	Jardim	Quixeramobim
Camocim	Farias Brito	Juazeiro do Norte	Russas
Canindé	Fortaleza (6 CAPS)	Limoeiro do Norte	Sobral
Capistrano	Horizonte	Maracanaú	Tauá
Cascavel	Icó	Maranguape	Tamboril

Fonte: Núcleo Estadual de Saúde Mental

O Estado do Ceará, com 184 municípios, está subdividido em 3 macrorregiões de saúde: Fortaleza, Sobral e Cariri. A macrorregião de Fortaleza é a maior, contando com cerca de 100 municípios. A macrorregião de Sobral tem 55 municípios e a do Cariri 29 municípios. Cada macrorregião subdivide-se em microrregiões de saúde, agrupadas segundo critérios de acessibilidade, de recursos e de fluxos populacionais. No Estado são 22 microrregiões de saúde, 20 delas com municípios com pelo menos um CAPS até dezembro de 2005. Posteriormente, foram criados CAPS em outros municípios das 2 microrregiões sem CAPS, cujos serviços não foram incluídos neste estudo por sua criação ter ocorrido após dezembro de 2005. Atualmente, o Estado conta com 52 CAPS gerais, 11 CAPS AD e 4 CAPSi, distribuídos em 47 municípios.

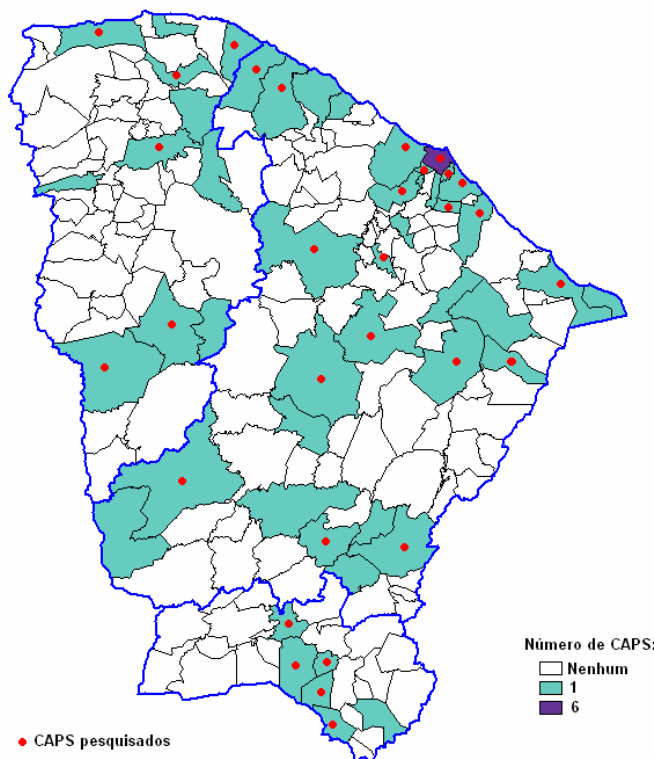


Figura 1: Distribuição de CAPS no Estado do Ceará considerando-se as macrorregiões, até junho de 2007. Ceará, 2007.

4.2.3 Instrumentos Utilizados

O projeto inicial previa a utilização de quatro questionários: (a) Instrumento de avaliação das condições organizacionais e físicas dos centros, específico para as coordenações das instituições; (b) Instrumento de determinação do perfil dos trabalhadores dos CAPS no Ceará; (c) Inventário de Valores Organizacionais; (d) Escala de Burnout de Maslach (MBI).

No decorrer do estudo, optou-se por manter os instrumentos *b* e *d*, acrescentar o SRQ-20 e modificar os demais instrumentos. A escolha deveu-se ao fato de contar com instrumentos específicos para o estudo do trabalho em serviços de saúde mental, validados no Brasil, que contemplam questões pertinentes à cultura organizacional, como o SATIS-BR e o IMPACT-BR e que incluem as percepções sobre os aspectos físicos do trabalho.

QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Composto de 15 questões gerais com variáveis sociodemográficas do entrevistado (sexo, idade, profissão, e outras), elaborado pela equipe de pesquisa.

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Composto de 22 questões tipo *likert* pontuadas de 0 (“nunca”) a 6 (“sempre”), com 3 subescalas para mensuração dos seguintes aspectos da síndrome de *burnout*: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional. A escala foi validada para o Brasil por Lautert, em 1995 (CARLOTTO E CÂMARA, 2004).

SRQ-20 (SELF REPORT QUESTIONNAIRE)

Composto de 20 questões com duas alternativas (sim ou não) sobre sintomas mentais presentes no momento do preenchimento, de forma a triar a prevalência provável de Transtornos Mentais Comuns (TMC). A escala foi validada para a aplicação em brasileiros por Mari e Williams (1985).

SATIS-BR (ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL)

Composto de 59 itens, dos quais são utilizados, para pontuação da escala, 32 itens agrupados em 4 fatores: qualidade dos serviços oferecidos aos participantes; participação da equipe no serviço; condições de trabalho; relacionamento no serviço. Os itens são pontuados por escala tipo *likert* cuja pontuação varia de 1 a 5 (BANDEIRA, PITTA E MERCIER, 2000).

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

Composto de 28 itens tipo *likert* com 5 pontuações. São utilizados para a pontuação de 18 itens agrupados em 3 fatores: efeitos sobre a saúde física e mental; efeitos no funcionamento da equipe; repercussões emocionais do trabalho (BANDEIRA, PITTA E MERCIER, 2000).

4.2.4 Análise

As análises estatísticas deste estudo foram feitas com o auxílio do pacote estatístico computacional SPSS 13.0.

ANÁLISE DE CONFIABILIDADE DAS ESCALAS

As escalas SATIS-BR e IMPACT-BR originais foram desenvolvidas por Bandeira, Pitta e Mercier (2000) com o intuito de validar a escala original canadense em uma amostra pequena de profissionais paulistanos de nível superior. Neste estudo, procurou-se testar a confiabilidade dos resultados em uma amostra maior e heterogênea. Para diferenciar o escore original da escala dos escores obtidos aqui, nomeamos provisoriamente o escore validado no contexto nordestino desta pesquisa de SATIS-NE e IMPACT-NE. Ressalte-se, no entanto, que foge do escopo deste estudo a realização de análise fatorial das novas pontuações.

SATIS-NE (ESCALA SATISFAÇÃO NO TRABALHO PARA O NORDESTE)

No caso específico da escala SATIS-BR, analisou-se apenas as questões de indagação direta do grau de satisfação do indivíduo. A razão da opção deveu-se à possibilidade de mais clareza do construto “satisfação”, já que as outras perguntas trazem, implícito, um viés cultural da escala original de que o entrevistado esteja mais ou menos satisfeito diante de situações específicas. Um bom exemplo é o item 7, cujo enunciado é “O seu trabalho requer uma grande dose de responsabilidade?” e as opções variam de “uma

grande dose” a “nenhuma”, sendo associada a maior pontuação, 5, à opção “nenhuma responsabilidade”. Ora, indivíduos podem estar satisfeitos com uma dose de responsabilidade variável, dependendo de suas características pessoais. O problema se agrava com a grande variabilidade da amostra em termos de escolaridade. Assim, foram incluídos, na análise de confiabilidade, somente 29 itens. Utilizando como critério limite a correlação item-total mínima de 0,35 e o acréscimo do alfa de Cronbach na retirada do item, dois itens foram retirados, resultando, para a SATIS-NE, um escore de 27 itens com um alfa de 0,91. Os itens da SATIS-NE estão dispostos no quadro 3.

Quadro 3: 27 Itens da escala SATIS-NE segundo análise de confiabilidade realizada nos itens de satisfação da escala SATIS-BR com 580 trabalhadores de 37 centros de atenção psicossocial (CAPS) do estado do Ceará, 2007.

S4	Satisfação com o serviço
S10	Satisfação com o relacionamento com os colegas
S12	Satisfação com a frequência das reuniões
S13	Satisfação com a forma das reuniões
S14	Satisfação com eficácia e utilidade das reuniões
S17	Satisfação com a quantidade de controle
S19	Satisfação com a frequência de discussões sobre temas profissionais com os colegas
S21	Satisfação com o nível de participação nas decisões
S23	Satisfação com a participação na implementação de programas e novas atividades
S25	Satisfação com a participação no processo de avaliação
S27	Satisfação com a atenção dada às opiniões
S29	Satisfação com o clima no ambiente de trabalho
S31	Satisfação com o salário
S32	Satisfação com os benefícios do trabalho
S33	Satisfação com a atenção e cuidados dados aos pacientes
S38	Satisfação com a quantidade de informações dadas aos pacientes sobre a doença
S39	Satisfação com a quantidade de informações dadas aos pacientes sobre o tratamento
S40	Satisfação com a forma como os pacientes são tratados pela equipe
S41	Satisfação com a quantidade de ajuda dada aos pacientes
S42	Satisfação com as medidas para assegurar a privacidade durante o tratamento
S43	Satisfação com as medidas para assegurar a confidencialidade sobre pacientes
S44	Satisfação com a frequência de contatos da equipe com os pacientes
S48	Satisfação como o grau de envolvimento dos familiares no processo de tratamento
S50	Satisfação como a maneira como as famílias são tratadas pela equipe
S53	Satisfação como grau de competência geral da equipe
S55	Satisfação em relação às medidas de segurança
S56	Satisfeito com o conforto e aparência do serviço

IMPACT-NE (Escala de Impacto do Trabalho para o Nordeste)

A análise de confiabilidade do estudo de validação (BANDEIRA, PITTA & MERCIER, 2000) foi refeita com os mesmos itens, uma vez que não havia itens incongruentes com o construto geral da escala. Obteve-se uma escala de 18 itens, diferentes dos itens da validação original. Os critérios para a manutenção dos itens foram os mesmos da escala SATIS-NE. A pontuação IMPACT-NE obteve alfa de Cronbach de 0,89. Os itens que compõem a pontuação desta versão da escala podem ser vistos no quadro 4.

Quadro 4: 18 Itens da escala IMPACTE-NE segundo análise de confiabilidade realizada nos itens de impacto da escala IMPACT-BR com 580 trabalhadores de 37 centros de atenção psicossocial (CAPS) do estado do Ceará, 2007.

IM5	Sente-se frustrado com os resultados do trabalho
IM6	Sobrecarga por tratar de portadores de transtornos mentais
IM7	Tem receio da possibilidade de ser agredido fisicamente por um paciente
IM9	Acha que o trabalho está afetando sua saúde física
IM10	Acha que está tendo problemas ou queixas físicas desde que começou a trabalhar com saúde mental
IM11	Sente necessidade de procurar médicos com maior frequência desde que começou a trabalhar
IM12	Toma mais medicação
IM13	Sente-se fisicamente cansado quando termina o trabalho
IM14	Até que ponto os afastamentos do trabalho se relacionam com o estresse do trabalho
IM15	O contato com portador de transtorno mental está afetando a estabilidade emocional
IM16	Está tendo distúrbios de sono relacionados ao trabalho
IM17	Sente-se deprimido por trabalhar com pessoas com problemas mentais
IM19	Sente-se estressado por causa do trabalho
IM20	Precisou procurar ajuda de profissional de saúde mental por problemas emocionais com o trabalho
IM23	Sente que ter um outro tipo de emprego o faria ser mais saudável emocionalmente
IM24	Pensa em mudar de trabalho
IM25	Trabalhar com portadores de transtornos mentais impede relacionamento satisfatório com a família
IM28	Acha que o contato com portadores de transtornos mentais está afetando a vida social

4.2.5 Outras escalas

No SRQ-20, a presença ou ausência de transtorno mental comum (TMC) seguiu a codificação da validação nacional (MARI E WILLIAMS, 1985). São considerados portadores de TMC, do sexo feminino, os indivíduos com 6 ou mais respostas afirmativas e, do sexo masculino, aqueles com 8 ou mais respostas afirmativas aos sintomas perguntados.

A codificação das três subescalas (fatores) do inventário de burnout de Maslach manteve também os fatores originais, validados por Carlotto e Câmara (2004).

4.2.6 Testes estatísticos

Para a variável de desfecho dicotômica (presença ou não de transtorno mental) foram utilizados o teste de χ^2 (qui-quadrado) de Pearson (análise bivariada) e a regressão logística (análise multivariada).

Para as variáveis de desfecho contínuas (escalas), foram utilizados, para a análise bivariada, os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis (distribuições não paramétricas) e análise de variância – ANOVA (distribuições paramétricas). Para a análise multivariada, foram utilizadas regressões lineares. Quando as variáveis independentes apresentavam distribuições significativamente distintas da curva normal (não-paramétricas), as variáveis contínuas foram categorizadas em indicadores dicotômicos.

Foram incluídas nas análises multivariadas todas as variáveis cujo nível de significância indicado pelo p, nas análises bivariadas, fosse inferior a 0,1. Na regressão linear, pelo caráter exploratório da investigação (ABBAD E TORRES, 2002), optou-se pelo procedimento de regressão “passo-a-passo” (stepwise), com valores de F de $p \leq 0,05$ para entrar no modelo e, para sair, de $p \geq 0,1$. Na regressão logística, o melhor modelo de regressão foi escolhido pela técnica da análise de razão de verossimilhança (likelihood ratio analysis).

Nas escalas contínuas (SATIS-NE, IMPACT-NE, e MBI) optou-se por obter, para cada indivíduo, não a soma, mas a média dos itens respondidos, uma vez que as três escalas são de tipo likert com resposta máxima de 5 (SATIS-NE e IMPACT-NE) e 6 (dimensões do MBI). As médias apresentam resultados mais intuitivos à interpretação do que as somas da pontuação, embora haja imprecisão no constructo correspondente. Indivíduos que não responderam a qualquer um dos itens de uma determinada escala não receberam pontuação e foram excluídos das análises da escala preenchida de forma incompleta.

4.3 Abordagem Qualitativa

4.3.1 Considerações Preliminares

A abordagem qualitativa utilizada está vinculada à tradição hermenêutico-crítica que busca o sentido construído no contexto histórico e político, expresso através do discurso e práticas discursivas emergentes nas falas, silêncios e ações.

Para a parte qualitativa do estudo, inicialmente previu-se a realização de 6 grupos focais em 3 municípios. A pesquisa qualitativa foi redimensionada em função da ampliação da parte quantitativa que, inicialmente, previa a utilização de 4 instrumentos aplicados a 400 trabalhadores, mas que, posteriormente, foi modificada para 5 instrumentos aplicados em 576 trabalhadores. Assim, a pesquisa qualitativa, prevista para ter início após o trabalho de campo da pesquisa quantitativa, com o propósito de aprofundar questões apontadas, mas não elucidadas por ela, foi realizada em dois CAPS de dois municípios, com um grupo focal em cada um.

O componente qualitativo desta pesquisa teve caráter exploratório, realizando-se um grupo focal em um CAPS de Fortaleza, previamente ao trabalho de campo quantitativo, para averiguar se questões importantes seriam realmente contempladas pelos instrumentos adotados, bem como para elaborar o questionário sobre o perfil sociodemográfico dos trabalhadores. O segundo grupo focal foi realizado no final do trabalho de campo quantitativo, tendo sido selecionado um município da área metropolitana de Fortaleza que

apresentava os melhores escores no MBI. O intuito foi averiguar quais questões poderiam relacionar-se à elucidação dos resultados quantitativos.

Destacamos que, embora redimensionada, a parte qualitativa apontou elementos que merecem ser aprofundados posteriormente, em outros projetos, devido à quantidade e riqueza de informações quantitativas obtidas que necessitam complementar-se com abordagens que possibilitem maior compreensão dos achados.

4.3.2 Escolha dos sujeitos

Os sujeitos participantes dos grupos focais foram convidados a partir de contato com as coordenações dos serviços. Os grupos focais foram agendados em dias e horários de reunião das equipes, por possibilitar a participação de um maior número de trabalhadores. Os grupos foram abertos aos trabalhadores que quisessem e pudessem participar, independentemente de pertencerem a nível superior, médio ou elementar ou ser da coordenação do serviço. O único critério estabelecido foi o de ser trabalhador do CAPS.

4.3.3 Descrição do trabalho de campo

Para melhor compreender os resultados obtidos na análise qualitativa, uma breve contextualização dos serviços e municípios onde foram realizados os grupos focais é apresentada a seguir, uma vez que existem diferenças relacionadas às distintas realidades vivenciadas pelos trabalhadores em ambos os serviços.

Nos dois serviços fomos recebidos pelas coordenadoras na data e horário agendados, que coincidia com a data e horário da reunião das equipes. Embora a reunião tenha uma agenda semanal oficial, notou-se que, em nenhum deles, ela acontece regularmente. Quando chegamos aos serviços, todos os profissionais estavam envolvidos em alguma atividade de atendimento individual ou grupal. Tivemos que aguardar entre uma a uma hora e meia para dar início aos grupos. As reuniões tiveram cerca de uma hora e meia de duração.

Um dos CAPS pesquisados, tipo II, situa-se na área urbana da capital e abrange uma grande população, três a quatro vezes maior do que o estipulado pelas portarias ministeriais. Este CAPS é o mais antigo da cidade, tendo sido referência municipal e metropolitana, com usuários cadastrados de diversas regionais do município e até de outros municípios.

O CAPS possui uma equipe com mais de 25 trabalhadores. Parte dos trabalhadores são concursados pelo município e outra parte cedida, principalmente, da esfera federal, por ser um serviço vinculado à Universidade. Ao longo de sua história, o duplo vínculo, bem como as diferentes vinculações de seus trabalhadores, tem gerado situações de conflitos e desgaste da equipe.

No momento de realização da pesquisa, o serviço estava passando por uma nova fase: após uma reforma do espaço físico, bem recebida por usuários e trabalhadores, uma nova gerência foi instituída. O momento da pesquisa coincidiu com a chegada, há pouco tempo, da nova coordenadora, e a equipe estava com novas expectativas, visto que parte dos trabalhadores estava insatisfeita com a coordenadora anterior. Além disso, o serviço passava por uma fase de reestruturação, pois, com a abertura de novos CAPS no município, vários usuários estavam em processo de transferência.

Os participantes do grupo focal foram trabalhadores de nível superior, estando ausentes os médicos e os trabalhadores do nível médio. A nova coordenadora optou por não participar, para deixar os trabalhadores mais à vontade. Os 5 participantes do grupo focal pertencem às seguintes categorias profissionais: psicologia, serviço social, terapia ocupacional e enfermagem. Parte dos trabalhadores eram antigos, estando há cerca de 6 anos no serviço e parte era novata, com uma trabalhadora que estava há cerca de 2 meses no CAPS.

O segundo grupo focal foi realizado em um município da área metropolitana, selecionado em função de ter bons indicadores de *burnout*, ou seja, apresentar escores melhores que outros municípios, com menor prevalência da síndrome. Esse CAPS, de tipo I, faz a cobertura de um município industrial de cerca de 60.000 habitantes. Possui uma equipe de 15 trabalhadores. Para a reunião, compareceram 6 pessoas, inclusive a

coordenadora, que parece ser bem aceita e entrosada com o grupo. Uma trabalhadora de nível médio também participou. Outros dois trabalhadores de nível médio que chegaram a compor a roda, antes de iniciado o grupo, preferiram sair, por ser seu horário de fim de expediente.

O CAPS existe há cerca de 6 anos e parte da equipe participante do grupo focal ajudou na sua implantação. A trabalhadora mais nova tinha assumido o CAPS por um concurso municipal realizado há um ano e meio. Houve uma mudança na gestão da secretaria municipal de saúde do município e os trabalhadores tinham vivenciado situações difíceis nessa nova gestão. Praticamente todos os trabalhadores de nível superior não moram no município, mas na capital, deslocando-se diariamente para trabalhar, com exceção do médico, que vai alguns dias apenas, não perfazendo 40 horas de carga horária semanal.

O grupo focal foi composto por profissionais das áreas da psicologia, serviço social, enfermagem, terapia ocupacional e nível médio. O grupo relata que o médico do serviço, que iria participar do grupo, alegou ter problemas a resolver.

As informações obtidas nos grupos focais foram trianguladas com as observações registradas em diários-de-campo, organizados durante o trabalho de campo quantitativo. O roteiro do grupo focal pode ser visto no anexo.

4.3.4 Organização e análise das informações

As reuniões dos grupos focais foram gravadas e transcritas em editor de texto Microsoft Word XP. As falas, submetidas a leituras transversal e horizontal, de maneira a possibilitar a impregnação e a construção de unidades de significação, ajudaram a compor temas, dimensões e eixos, constituindo uma rede interpretativa.

5 RESULTADOS QUANTITATIVOS

5.1 Perfil dos Participantes

A Tabela 1 apresenta o perfil dos participantes quanto aos dados sociodemográficos e trabalhistas. É importante ter em mente, entretanto, que houve certa heterogeneidade nos critérios de cada equipe, sobre a quem submeter o questionário, principalmente quanto à participação de trabalhadores de nível médio e fundamental. É possível que o perfil da amostra não represente o universo completo no tocante aos trabalhadores.

Alguns resultados chamam a atenção. Notadamente, o trabalho em saúde mental atrai mulheres. Quase três quartos dos trabalhadores são mulheres, o que suscita a importância da discussão sobre questões de gênero dentre trabalhadoras de saúde mental.

Chama também a atenção o número de trabalhadores com pós-graduação (residência, especialização e pós-graduação *strictu sensu*), em mais de um terço da amostra estudada.

Quanto à prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) pelo SRQ-20, o resultado pode ser considerado relativamente baixo, comparado a outras amostras de trabalhadores, como a do estudo de Delcor *et al.* (2004) com professores de escolas particulares, cuja prevalência de TMC foi 41,5% e, na saúde, o estudo de Araújo *et al.* (2003), que evidenciou prevalência de 33% em profissionais de enfermagem (nível superior e médio).

Em relação ao vínculo trabalhista, cerca 45% dos participantes são concursados ou celetistas (contrato por CLT). Aproximadamente 30% trabalham como terceirizados ou cooperados. Restam ainda cerca de 25% que apresentam outras formas de vínculo, como “contratado”, “comissionado” e “temporário” (*sic*), entre outros. É um número considerável de respostas que traz alguma reserva quanto à compreensão deste item por parte dos participantes ou, de fato, há grande diversidade de formas de contratação.

Quanto ao local de residência dos trabalhadores entrevistados, 80% residem nos municípios onde trabalham e um número considerável, em Fortaleza (40%), circulando para trabalhar em outros municípios da região metropolitana. Esta é uma característica particular dos psiquiatras dos CAPS.

5.2 Análises Bivariadas

A tabela 1 apresenta as análises bivariadas para a presença de TMC segundo as características sócio-demográficas e trabalhistas da amostra. A tabela 2 apresenta os resultados das associações bivariadas entre as medidas das escalas SATIS-NE, IMPACT-NE e MBI e estas mesmas variáveis, excetuando-se os dados de localização dos CAPS, comparados serviço a serviço a seguir. Os dados obtidos nas análises devem ser interpretados com cautela, uma vez que pode haver efeito confundidor de uma variável com a outra. Por exemplo, os médicos e psiquiatras mostraram-se estatisticamente mais insatisfeitos que o resto da amostra, o mesmo acontece com os que têm pós-graduação. Como quase todos os psiquiatras são pós-graduados (residência em Psiquiatria), pode estar havendo um efeito conjunto mais bem esclarecido através das análises multivariadas. As associações com significância estatística de $p < 0,1$ foram incluídas nas análises multivariadas.

5.3 Análises Multivariadas

Os resultados da análise multivariada para as respostas dos participantes estão disponíveis no quadro 5.

Em relação aos transtornos mentais comuns, as variáveis associadas independentemente foram: ser separado ou viúvo, estar trabalhando na saúde mental por 1 a 10 anos e ser enfermeiro de nível superior. No tocante à associação com o estado civil, trata-se de um dado clássico e que não exige maiores comentários. Nos enfermeiros, a prevalência de TMC (24,1%) chega a ser maior que a de enfermeiros de um hospital público baiano, 20% (ARAÚJO *et al.*, 2003) e sugere uma atenção especial à saúde mental

desses profissionais nos CAPS que, muitas vezes, pela peculiar relação com o conceito de cuidado (LEOPARDI *et al.*, 2001), estão na linha de frente do trabalho, absorvendo demandas que se apresentam de forma mais organizada para os outros profissionais. O assunto deve ser aprofundado em estudos qualitativos posteriores para sua maior compreensão. Nota-se que os TMC estão associados aos piores resultados em quase todas as escalas. Embora não deixe de ser um resultado esperado, isso indica a necessidade de atentar para este aspecto do trabalho em saúde mental, uma vez que provavelmente a saúde mental do profissional influencia desfechos clínicos nos clientes do serviço.

Rebouças *et al* (2007) utilizaram os instrumentos SATIS-BR e IMPACT-BR para avaliar trabalhadores de um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro com características manicomiais. Devido às mudanças das escalas, não é possível avaliar diretamente os resultados nos dois estudos. No entanto, cabe ressaltar que na análise multivariada, alguns resultados foram semelhantes, entre os quais se inclui a associação entre menor impacto e baixa escolaridade. Curiosamente, houve um paralelo com o achado de que a vinculação de trabalho mais estável esta associada a resultados menos favoráveis nas escalas. Encontramos menor realização profissional com vínculos estáveis. No estudo de Rebouças *et al* (2007), houve associação entre maior satisfação e ser contratado por ONG, e maior impacto e ter vínculo federal e municipal. No estudo carioca, houve associação de maior idade com maior satisfação e menor impacto. Embora o fator idade não tenha aparecido em nossa análise multivariada, pode ser que se trate, na verdade, do tempo de trabalho em saúde mental e o seu enfrentamento.

Tabela 1: Ocorrência de variáveis sociodemográficas e ocupacionais e associação com diagnóstico de transtorno mental comum (TMC) para 580 trabalhadores de 37 centros de atenção psicossocial (CAPS) do estado do Ceará, 2007.

	<i>n</i> válido	ocorrências	percentual válido	erro- padrão	TMC (SRQ-20) prevalência	erro- padrão
Sexo feminino	578	415	71,8%	(1,9%)	12,9%	(1,7%)
Faixa etária	554					
Até 24 anos de idade		42	7,6%	(1,1%)	7,3%	(4,1%)
25 a 34 anos de idade		204	36,8%	(2,1%)	11,8%	(2,3%)
35 a 44 anos de idade		180	32,5%	(2,0%)	14,2%	(2,6%)
45 ou mais anos de idade		128	23,1%	(1,8%)	9,2%	(2,6%)
Estado civil	579					
Solteiro		208	35,9%	(2,0%)	12,3%	(2,3%)
Casado		292	50,4%	(2,1%)	9,6%	(1,8%)
Separado/viúvo *		78	13,5%	(1,4%)	18,7%	(4,5%)
Escolaridade	579					
Até ensino fundamental		88	15,2%	(1,5%)	16,5%	(4,0%)
Ensino médio		189	32,6%	(2,0%)	9,2%	(2,1%)
Ensino superior		101	17,4%	(1,6%)	14,3%	(3,6%)
Pós-graduação lato/strictu		201	34,7%	(2,0%)	10,8%	(2,2%)
Ocupação	577					
Psiquiatra/médico		40	6,9%	(1,1%)	11,1%	(5,3%)
Enfermeiro *		29	5,0%	(0,9%)	24,1%	(8,1%)
Psicólogo		46	8,0%	(1,1%)	13,3%	(5,1%)
Assistente social		42	7,3%	(1,1%)	9,5%	(4,6%)
Terapeuta ocupacional		43	7,5%	(1,1%)	9,5%	(4,6%)
Aux./téc. enfermagem		46	8,0%	(1,1%)	6,8%	(3,8%)
Recepcionista		50	8,7%	(1,2%)	14,0%	(5,0%)
Cargo de chefia	575	81	14,1%	(1,5%)	11,5%	(3,6%)
Função de nível médio	576	300	52,1%	(2,1%)	11,4%	(1,9%)
Área exclusiva de ação	577					
Atendimento		356	61,7%	(2,0%)	12,5%	(1,8%)
Administrativa		194	33,6%	(2,0%)	11,7%	(2,4%)
Jornada semanal	577					
Até 20 horas		143	24,8%	(1,8%)	12,1%	(2,8%)
De 20 a 40 horas		322	55,8%	(2,1%)	10,8%	(1,8%)
40 ou mais horas		112	19,4%	(1,6%)	14,3%	(3,4%)
Tempo de trabalho na saúde mental	576					
Menos de 1 ano [†]		117	20,3%	(1,7%)	5,2%	(2,1%)
1 a 10 anos**		388	67,4%	(2,0%)	14,3%	(1,8%)
10 ou mais anos		71	12,3%	(1,4%)	9,1%	(3,6%)
Vínculo de trabalho	576					
Terceirizado/cooperado		177	30,7%	(1,9%)	8,0%	(2,1%)
CLT/concursado		259	45,0%	(2,1%)	14,4%	(2,2%)
Transtorno mental comum (SRQ-20)	562	66	11,7%	(1,4%)	—	
Município de residência	561					
Mesmo município do CAPS		443	79,0%	(1,7%)	11,2%	(1,5%)
Fortaleza		223	39,8%	(2,1%)	14,0%	(2,3%)
Localização do CAPS	580					
Macrorregião de Fortaleza		446	76,9%	(1,8%)	11,4%	(1,5%)
Macrorregião de Sobral		75	12,9%	(1,4%)	9,5%	(3,4%)
Macrorregião de Cariri		59	10,2%	(1,3%)	17,5%	(5,1%)
Região Metropolitana		248	42,8%	(2,1%)	12,5%	(2,1%)

Tabela 2: Medidas de satisfação (SATIS-NE) e impacto (IMPACTO-NE), e subescalas do Inventário de Burnout de Maslach segundo variáveis sociodemográficas e ocupacionais de 580 trabalhadores de 37 centros de atenção psicossocial (CAPS); estado do Ceará, 2007.

Variáveis demográficas e ocupacionais	Escala de Satisfação		Escala de Impacto		Inventário de Burnout de Maslach					
					Exaustão Emocional		Realização Profissional		Despersonalização	
	média	d.-p.	média	d.-p.	média	d.-p.	média	d.-p.	média	d.-p.
Sexo feminino	3,45	0,57 *	1,73	0,53 **	1,55	1,07 **	4,66	0,88	0,67	0,80
Faixa etária										
Até 24 anos de idade	3,55	0,46	1,71	0,47	1,71	1,17	4,53	0,98	0,76	0,83
25 a 34 anos de idade	3,41	0,58 *	1,75	0,55	1,58	1,07	4,65	0,79	0,66	0,70
35 a 44 anos de idade	3,48	0,61	1,69	0,53	1,43	0,95	4,72	0,92	0,60	0,75
45 ou mais anos de idade	3,54	0,63 *	1,61	0,47 *	1,33	1,09 *	4,59	1,10	0,74	0,93
Estado civil										
Solteiro	3,45	0,58	1,70	0,48	1,62	1,06 *	4,65	0,85	0,66	0,78
Casado	3,52	0,59	1,69	0,56	1,41	1,02	4,65	0,97	0,70	0,81
Separado/viúvo	3,46	0,61	1,63	0,47	1,32	1,03	4,63	0,94	0,60	0,66
Escolaridade										
Até ensino fundamental	3,95	0,46 ***	1,53	0,47 **	1,42	1,20	4,84	1,00 **	0,99	1,05 **
Ensino médio	3,55	0,54 *	1,63	0,46	1,30	0,89 *	4,44	1,03 **	0,71	0,82
Ensino superior	3,35	0,55 **	1,79	0,51 *	1,69	1,11 *	4,66	0,80	0,53	0,63
Pós-graduação lato/strictu	3,29	0,58 ***	1,76	0,59	1,56	1,05	4,75	0,79	0,57	0,62
Ocupação										
Psiquiatra/médico	3,06	0,69 ***	1,77	0,68	1,74	1,26	4,76	0,81	0,76	0,69
Enfermeiro	3,33	0,56	1,78	0,64	1,74	1,18	4,66	0,90	0,45	0,65
Psicólogo	3,24	0,52 **	1,76	0,49	1,53	0,97	4,96	0,62 *	0,44	0,58 *
Assistente social	3,34	0,52 *	1,72	0,43	1,57	0,90	4,79	0,65	0,47	0,57
Terapeuta ocupacional	3,19	0,63 **	1,90	0,64 *	1,85	1,21 *	4,43	0,91	0,62	0,60
Aux./téc. enfermagem	3,46	0,56	1,68	0,51	1,39	1,07	4,51	0,93	0,67	0,80
Recepcionista	3,53	0,46	1,70	0,50	1,46	0,99	4,58	1,01	0,97	0,85 **

NOTA: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; teste de Mann-Whitney.

Tabela 2 (cont.): Medidas de satisfação (SATIS-NE) e impacto (IMPACTO-NE), e subescalas do Inventário de Burnout de Maslach segundo variáveis sociodemográficas e ocupacionais de 580 trabalhadores de 37 centros de atenção psicossocial (CAPS); estado do Ceará, 2007.

Variáveis e ocupacionais	Escala de Satisfação		Escala de Impacto		Inventário de Burnout de Maslach										
	média	d.-p.	***	média	d.-p.	Exaustão Emocional		Realização Profissional		Despersonalização					
						média	d.-p.	média	d.-p.	média	d.-p.				
Cargo de chefia	3,57	0,55		1,76	0,54	1,61	1,03	4,69	0,80	0,62	0,74				
Função de nível médio	3,64	0,54	***	1,61	0,45	**	1,33	0,99	**	4,58	1,02	0,78	0,88	**	
Área exclusiva de ação															
Atendimento	3,35	0,58	***	1,73	0,55	*	1,54	1,07	*	4,71	0,84	0,62	0,71		
Administrativa	3,72	0,52	***	1,60	0,46	*	1,34	0,98	*	4,52	1,05	0,78	0,90		
Jornada semanal															
Até 20 horas	3,27	0,60	***	1,66	0,53		1,41	0,94		4,56	0,95	0,59	0,72		
De 20 a 40 horas	3,54	0,55	*	1,74	0,55	*	1,52	1,08		4,71	0,88	0,67	0,79		
40 ou mais horas	3,60	0,61	**	1,61	0,45		1,44	1,10		4,59	1,01	0,75	0,81		
Tempo de trabalho na saúde mental															
Menos de 1 ano	3,63	0,54	**	1,63	0,48		1,21	0,94	**	4,60	0,96	0,61	0,73		
1 a 10 anos	3,44	0,59	**	1,73	0,54	**	1,58	1,06	***	4,62	0,92	0,66	0,77		
10 ou mais anos	3,51	0,63		1,58	0,50	*	1,36	1,10		4,91	0,84	*	0,84	0,92	
Vínculo de trabalho															
Terceirizado/cooperado	3,54	0,57		1,65	0,54	*	1,41	1,03		4,74	0,90	0,67	0,79		
CLT/concursado	3,45	0,60		1,73	0,53	*	1,52	1,08		4,53	0,94	**	0,71	0,81	
Transtorno mental comum (SRQ-20)	3,26	0,64	**	2,21	0,54	***	2,62	1,12	***	4,14	0,70	***	0,95	0,89	**
Município de residência															
Mesmo município do CAPS	3,52	0,58	**	1,68	0,50		1,46	1,02		4,63	0,94	0,71	0,81		
Fortaleza	3,28	0,58	***	1,77	0,57	*	1,62	1,10	**	4,64	0,89	0,61	0,68		
Total	3,48	0,59		1,69	0,53		1,48	1,05		4,65	0,92	0,67	0,78		

NOTA: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; teste de Mann-Whitney.

Quadro 5: Resultados das análises multivariadas e resultados dos instrumentos aplicados (SATIS-NE, IMPACT-NE, MBI e SRQ-20) para 580 trabalhadores de 37 centros de atenção psicossocial (CAPS) do estado do Ceará, 2007.

	Menor	Maior
SATIS-NE – Satisfação	morar em Fortaleza atuar somente no atendimento ser portador de transtorno mental comum (SRQ-20) ser médico ou psiquiatra trabalhar na saúde mental de 1 a 10 anos ser terapeuta ocupacional	ter até ensino fundamental ter ensino médio
IMPACT-NE – Impacto	ter até ensino fundamental execer função de nível médio	ser portador de transtorno mental comum (SRQ-20) exercer jornada de 20 a 40 horas
MBI – Exaustão emocional	execer função de nível médio	ser portador de transtorno mental comum (SRQ-20) ser solteiro estar na saúde mental de 1 a 10 anos
MBI – Realização Profissional	ser portador de transtorno mental comum (SRQ-20) ter ensino médio ser terapeuta ocupacional atuar somente na administração vínculo concursado ou CLT	ter até ensino fundamental
MBI – Despersonalização	—	ter até ensino fundamental trabalhar na recepção
Transtorno mental comum pelo SRQ-20	—	ser separado ser enfermeiro estar na saúde mental de 1 a 10 anos

Na escala SATIS-NE, tem-se a associação de menor satisfação com algumas variáveis, com efeitos independentes entre si: morar em Fortaleza, atuar somente em atendimento, ser médico/psiquiatra, ser terapeuta ocupacional e estar trabalhando na saúde mental por um período de 1 a 10 anos. É interessante perceber que no exemplo citado no item análise bivariada, desaparece o efeito da pós-graduação e mantêm-se apenas as categorias de psiquiatras e terapeutas ocupacionais.

Maior satisfação está associada a ter escolaridade nenhuma, pouca ou média. Na escala IMPACT-NE, os fatores associados a maior impacto são: a presença de TMC e jornadas de 20 a 40 horas. O efeito de jornadas de mais de 40 horas não pôde ser demonstrado,

provavelmente, pelo pequeno número de trabalhadores nessa condição. Por outro lado, há menor impacto para participantes com baixa escolaridade e exercendo funções de nível médio no serviço (é bom lembrar que há trabalhadores com nível superior que exercem este tipo de trabalho).

Na escala MBI (*burnout*), é necessário examinar cada subescala separadamente. A exaustão emocional (EE) se apresenta associada, de forma aumentada, com as seguintes características independentes: ser solteiro, ter TMC e ter um tempo de trabalho em saúde mental de 1 a 10 anos e reduzida nos que exercem funções de nível médio. A baixa escolaridade tem um efeito mais favorável também na subescala falta de realização profissional (FRP). Dessa vez, ao contrário de outros resultados, ter ensino médio está associado com baixa realização (ou falta de realização profissional), assim como trabalhar exclusivamente em funções administrativas. Ainda, neste tópico, observa-se que os terapeutas ocupacionais se sentem pouco realizados, assim como os portadores de TMC. Chama a atenção o fato de que os indivíduos com vínculos mais estáveis (concursados e contratados pela CLT) apresentam os menores escores na subescala FRP. Quanto à escala de despersonalização, tendência a se ver e tratar as pessoas como objetos, duas características se destacaram por se associarem com este domínio: ter pouca escolaridade e trabalhar na recepção.

É importante notar que, em geral, possuir pouca ou média escolaridade está associado com escores mais favoráveis. Questionando as limitações do método quantitativo, convém interrogar o que pode estar por trás desses resultados e levantar questões importantes que, provavelmente, só podem ser esclarecidas qualitativamente, como o significado de satisfação para os profissionais e o grau de intenção em “agradar” ao responder um questionário desse tipo. Outra associação preocupante é o fato de que os profissionais de baixa escolaridade responderam de forma afirmativa às perguntas sobre a tendência a se tratar pessoas como objetos (e a formulação dos itens é bastante clara quanto a isto). Ainda a esse respeito, levando em consideração a importância de todos os profissionais do CAPS compreenderem a importância da humanização e do acolhimento, é relevante investigar com maior cuidado as atitudes e sentimentos dos profissionais sem nível superior, em especial, os recepcionistas.

Infelizmente, a categoria tempo de trabalho no instrumento é extremamente ampla (1 a 10 anos), tornando difícil entender a partir de quanto tempo de trabalho começa a associação com TMC, menor satisfação e maior exaustão emocional. O que as análises bi e multivariada parecem indicar é que existe um efeito protetor em se estar há pouco ou há muito tempo trabalhando com saúde mental – no primeiro caso, por ainda não ter sido suficientemente exposto ao estresse, no segundo, por já ter desenvolvido mecanismos de enfrentamento. Evidentemente, trata-se de raciocínio hipotético que precisa ser verificado e avaliado, inclusive com estudos qualitativos.

Quanto às categorias profissionais, há um destaque claro, além da associação de TMC com a enfermagem, de médicos e psiquiatras com maior insatisfação e terapeutas ocupacionais com maior insatisfação e menor realização profissional. Cabe a indagação da razão pela qual a categoria mais bem remunerada é tão insatisfeita. Talvez convenha perguntar se a prática desses profissionais está sendo realizada de forma verdadeiramente comunitária e não ambulatorial. Os profissionais podem estar insatisfeitos por desejarem trabalhar de forma mais próxima à atenção psicossocial e não conseguirem – pela pressão da demanda ambulatorial por prescrições – ou por não se adaptarem justamente à demanda de novas atividades psicossociais, como o atendimento grupal e visitas domiciliares. Os dois pólos extremos, não mutuamente excludentes, dependem, evidentemente, do contexto de relacionamento com o restante da equipe do CAPS. O tema se mostra um ponto palpante para análises quali-quantitativas no futuro.

Entre os terapeutas ocupacionais, existe uma antiga discussão sobre a própria identidade da categoria, que evidencia uma “crise” na interação com a biomedicina reducionista (KIELHOFNER, FAOTA, 2004; p. 44). Outra possibilidade a ser levantada, percebida anedoticamente nas queixas de terapeutas ocupacionais que trabalham no CAPS, é a queixa constante da falta de insumos materiais importantes para ação da categoria, que utiliza, por excelência, objetos intermediários para a terapêutica – coisa não tão essencial – embora também importante – em outras categorias. De qualquer maneira, vale frisar que, de forma independente a ser TO ou médico, trabalhar no atendimento está associado a níveis de satisfação baixos – embora trabalhar só na administração esteja ligado a falta de realização profissional.

Em resumo, embora não seja possível estabelecer relações causais em um estudo deste tipo, pela ausência de componente longitudinal, é possível explorar informações interessantes que podem ser perseguidas posteriormente de maneiras quantitativas, de forma a estabelecer nexos causais, e qualitativas, de forma a ampliar nossa compreensão sobre os fenômenos.

5.4 Variáveis associadas aos CAPS e Municípios

Na Tabela 3 constam os dados gerais relativos aos 37 CAPS analisados. Na maioria (62,2%) são CAPS tipo II, de grau intermediário de complexidade, que exigem a atuação de, pelo menos, um psiquiatra (enquanto no CAPS I pode ser um médico). A grande maioria dos CAPS cearenses (70,3%) está localizada na macrorregião de Fortaleza e apenas cerca de 30% na região metropolitana – o que é uma tendência recente, pois, no início, os CAPS do Ceará tendiam a se concentrar em áreas relativamente distantes de unidades de internação psiquiátrica. Aproximadamente um terço dos CAPS estudados têm entre 1 e 3 anos de funcionamento, um terço têm entre 4 e 6. O terceiro terço representa os CAPS cearenses mais tradicionais, com destaque ao pioneiro CAPS de Iguatu, com 16 anos, primeiro do Norte-Nordeste do país.

Na Tabela 4 mostra-se o escore médio de cada CAPS para as escalas likert: SATIS-NE, IMPACT-NE e MBI. Os resultados obtidos na escala de satisfação e na subescala exaustão emocional (EE) do MBI mostram diferenças estatisticamente significativas, porém isto quer dizer apenas que existem diferenças entre os CAPS no seu total. Não realizamos testes *pos-hoc* para aferir quais seriam essas diferenças. No entanto, as diferenças extremas são provavelmente estatisticamente significativas. No caso da SATIS-NE os resultados variaram, na média dos respondentes, de 2,5 (CAPS I de Eusébio) a 4,1 (CAPS I de Amontada). No caso da exaustão emocional, as médias variaram de 0,7 (CAPS II de Tamboril) a 2,1 (CAPS II de Barbalha).

Na Tabela 5, foram testadas de forma bivariada, as associações entre as escalas e determinadas características dos CAPS, como o tipo de serviço, a macrorregional de saúde,

pertencer à região metropolitana e tempo de funcionamento do serviço. De forma semelhante, na Tabela 6 as associações entre as médias das escalas por município são apresentadas. Na prática, equivale a dizer que os seis CAPS gerais de Fortaleza foram consolidados em um só município, mantidas as médias dos outros municípios com um único CAPS geral. Na análise, testa-se a hipótese de diferenças estatisticamente significantes, de forma bivariada, entre índices relevantes de internação psiquiátrica em 2006, segundo município de residência: média de permanência, internações psiquiátricas por 10 mil habitantes e total de dias de permanência em internação psiquiátrica por 10 mil habitantes.

Tabela 3: Perfil de 37 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) avaliados em 32 municípios do Estado do Ceará, 2007.

CAPS	número de entrevistados	Tipo de CAPS	Macro-Regional	Região Metropolitana	Tempo em funcionamento (anos)	Idade média dos trabalhadores
Amontada	10	I	Fortaleza	Não	2	31,6
Aquiraz	17	I	Fortaleza	Sim	5	41,0
Aracati	17	II	Fortaleza	Não	10	43,7
Barbalha	7	II	Cariri	Não	8	29,8
Canindé	15	II	Fortaleza	Não	14	35,6
Capistrano	14	I	Fortaleza	Não	7	37,6
Cascavel	20	II	Fortaleza	Não	12	35,1
Caucaia	15	II	Fortaleza	Sim	4	33,6
Crateús	15	I	Sobral	Não	6	42,3
Crato	14	II	Cariri	Não	5	38,7
Cruz	10	I	Sobral	Não	1	31,1
Eusébio	14	I	Fortaleza	Sim	2	37,2
Farias Brito	8	I	Cariri	Não	2	34,0
Fortaleza - SER I	28	II	Fortaleza	Sim	1	34,9
Fortaleza - SER II	20	II	Fortaleza	Sim	1	35,0
Fortaleza - SER III	25	II	Fortaleza	Sim	9	41,4
Fortaleza - SER IV	33	II	Fortaleza	Sim	6	37,6
Fortaleza - SER V	21	II	Fortaleza	Sim	2	36,4
Fortaleza - SER VI	24	II	Fortaleza	Sim	6	37,3
Horizonte	13	I	Fortaleza	Sim	6	37,5
Icó	15	II	Fortaleza	Não	12	37,0
Iguatu	20	III	Fortaleza	Não	16	42,3
Itapipoca	16	II	Fortaleza	Não	8	39,1
Itarema	8	II	Sobral	Não	2	33,3
Jardim	15	I	Cariri	Não	4	37,8
Juazeiro do Norte	15	III	Cariri	Não	12	38,6
Limoeiro do Norte	7	II	Fortaleza	Não	2	39,7
Maracanaú	22	I	Fortaleza	Sim	4	37,7
Maranguape	16	II	Fortaleza	Sim	4	39,4
Marco	9	II	Sobral	Não	6	36,1
Morada Nova	13	II	Fortaleza	Não	8	36,2
Quixadá	13	II	Fortaleza	Não	14	39,8
Quixeramobim	14	II	Fortaleza	Não	6	38,4
Russas	11	I	Fortaleza	Não	1	34,5
Sobral	22	II	Sobral	Não	8	33,1
Tamboril	11	II	Sobral	Não	2	32,3
Tauá	13	I	Fortaleza	Não	5	36,5

Tabela 4: Medidas de satisfação (SATIS-NE) e impacto (IMPACTO-NE), e subescalas do Inventário de Burnout de Maslach de 580 trabalhadores segundo os centros de atenção psicossocial (CAPS) onde trabalham; estado do Ceará, 2007.

CAPS	Escala de Satisfação***		Escala de Impacto		Inventário de Burnout de Maslach					
					Exaustão Emocional*		Realização Profissional		Despersonalização	
	média	d.-p.	média	d.-p.	média	d.-p.	média	d.-p.	média	d.-p.
Amontada	4,1	0,3	1,3	0,2	1,0	1,0	4,6	0,9	1,1	1,2
Aquiraz	3,2	0,6	1,7	0,4	1,0	0,7	4,5	1,1	0,4	0,7
Aracati	3,5	0,5	1,7	0,4	1,0	0,9	4,6	1,4	0,5	0,5
Barbalha	2,9	0,5	1,8	0,7	2,1	1,2	4,3	1,1	0,6	0,7
Canindé	3,9	0,3	1,7	0,5	1,8	1,2	4,5	0,8	1,1	1,5
Capistrano	3,4	0,8	1,8	0,4	1,6	1,1	4,6	1,1	0,6	0,7
Cascavel	3,4	0,4	1,6	0,6	1,7	1,4	4,5	1,0	0,8	0,9
Caucaia	3,5	0,5	1,9	0,8	1,6	1,4	4,8	1,1	0,9	0,8
Cratêus	3,6	0,8	1,6	0,6	1,4	1,0	5,1	0,7	0,8	0,7
Crato	3,5	0,5	1,7	0,4	1,7	1,1	4,2	0,8	1,1	1,0
Cruz	4,0	0,3	1,6	0,4	1,1	0,7	4,9	0,8	0,4	0,5
Eusébio	2,5	0,6	1,5	0,5	1,3	1,3	4,4	1,0	0,4	0,5
Farias Brito	3,9	0,5	1,7	0,9	1,0	0,9	5,0	0,6	0,7	0,7
Fortaleza - SER I	3,6	0,6	1,8	0,6	1,6	1,2	4,8	0,8	0,8	0,7
Fortaleza - SER II	3,1	0,4	1,8	0,6	1,7	1,0	4,5	1,0	0,5	0,6
Fortaleza - SER III	3,3	0,6	1,7	0,5	1,7	1,0	4,4	1,0	0,8	0,8
Fortaleza - SER IV	3,5	0,5	1,7	0,6	1,2	0,9	4,7	0,7	0,5	0,7
Fortaleza - SER V	3,3	0,7	1,7	0,4	1,9	1,3	4,5	0,8	0,7	0,8
Fortaleza - SER VI	3,1	0,5	1,9	0,5	1,9	1,3	4,5	1,2	0,7	0,6
Horizonte	3,4	0,5	1,8	0,6	1,7	1,0	4,8	0,7	0,5	0,7
Icó	3,8	0,5	1,7	0,6	1,1	0,7	4,8	1,0	1,0	1,0
Iguatu	3,6	0,4	1,5	0,4	2,0	1,1	5,1	0,6	0,5	0,6
Itapipoca	3,3	0,4	2,1	0,6	1,6	0,9	4,6	1,1	0,6	0,7
Itarema	3,8	0,6	1,6	0,4	1,1	1,1	4,6	0,7	0,6	0,5
Jardim	3,7	0,4	1,7	0,5	1,7	1,0	4,2	0,6	0,5	0,9
Juazeiro do Norte	3,7	0,6	1,5	0,5	1,2	0,9	4,8	0,9	0,8	0,6
Limoeiro do Norte	3,4	0,8	1,6	0,5	1,3	1,0	4,7	0,9	0,8	0,7
Maracanaú	3,6	0,5	1,6	0,4	1,4	1,0	4,8	0,9	0,6	0,9
Maranguape	3,2	0,6	1,6	0,5	1,3	1,0	4,4	1,1	0,4	0,5
Marco	3,6	0,3	1,6	0,4	1,3	0,7	4,5	1,1	0,6	0,7
Morada Nova	3,9	0,3	1,9	0,4	1,5	0,7	4,8	0,8	0,9	1,0
Quixadá	3,6	0,6	1,7	0,4	1,6	0,9	4,5	0,7	0,8	0,8
Quixeramobim	3,9	0,5	1,5	0,3	1,2	0,7	5,2	0,8	0,6	0,8
Russas	3,2	0,4	1,7	0,4	1,6	0,8	4,8	0,7	0,9	0,6
Sobral	3,4	0,6	1,8	0,6	1,7	1,1	4,7	0,5	0,5	0,6
Tamboril	3,8	0,3	1,4	0,4	0,7	1,0	4,8	1,3	0,4	0,8
Tauá	3,8	0,5	1,6	0,4	1,1	0,8	4,8	1,1	1,0	1,1
Total	3,5	0,6	1,7	0,5	1,5	1,0	4,6	0,9	0,7	0,8

NOTA: *** $p < 0,001$; * $p < 0,5$ (diferença entre todos os CAPS; teste de Kruskal-Wallis)

Em relação aos CAPS, a única associação significativa é a menor média de satisfação nos trabalhadores dos CAPS da Região Metropolitana (em geral, mais recentes). Optou-se, porém, por destacar as tendências de associações ($0,5 < p < 0,1$), que poderiam ser significativas se o tamanho da amostra (37 CAPS) fosse maior. A tendência caminha na direção de maior impacto e menor realização profissional nos CAPS tipo II e maior despersonalização nos CAPS da Região Metropolitana. É possível que os índices dos CAPS II estejam associados às dificuldades intrínsecas ao serviço, mais complexos e, em geral, instalados em municípios maiores que os CAPS I – embora isso nem sempre aconteça. Quanto aos CAPS III, o número muito pequeno (somente 2) não nos permite fazer qualquer inferência.

Entre os índices municipais de internação psiquiátrica, o único índice que apresentou associações significativas é o de permanência média de internação psiquiátrica. Houve menor satisfação e menor realização profissional nas equipes de CAPS de municípios cuja média de permanência, em 2006, foi superior a 28 dias (4 semanas). O número indica uma inclinação à internação em hospitais especializados, que tendem a ter médias de permanência mais longas do que leitos e enfermarias em hospitais gerais.

É possível lançar a hipótese de que trabalhar em CAPS na proximidade de unidades de internação prolongada – que dificulta a reintegração do cliente e “compete” diretamente com o paradigma psicossocial – pode levar a maiores dificuldades no trabalho, aumentando a sensação de controle da situação, aumentando a insatisfação e a realização profissional. Diante do cenário da reforma dos cuidados em saúde mental no Brasil, esta é uma importante questão a ser posteriormente investigada.

Tabela 5: Associação, por centro de atenção psicossocial (CAPS) de trabalho, entre as médias das escalas de satisfação (SATIS-NE) e impacto (IMPACTO-NE), e subescalas do Inventário de Burnout de Maslach e características dos serviços, segundo 580 trabalhadores de CAPS; estado do Ceará, 2007.

Características dos serviços	n	Escala de Satisfação		Escala de Impacto		Inventário de Burnout de Maslach							
		média	d.-p.	média	d.-p.	Exaustão Emocional		Realização Profissional		Despersonalização			
						média	d.-p.	média	d.-p.	média	d.-p.		
Tipo de serviço													
CAPS I	12	3,54	0,42	1,63	0,13	} †	1,32	0,27	4,70	0,26	} †	0,66	0,25
CAPS II	23	3,49	0,28	1,71	0,15		1,50	0,33	4,60	0,21		0,70	0,20
CAPS III	2	3,61	0,07	1,54	0,00		1,56	0,56	4,97	0,21		0,65	0,23
Macro-regional de saúde													
Fortaleza	26	3,47	0,33	1,69	0,15	1,48	0,29	4,65	0,21	0,71	0,22		
Sobral	6	3,70	0,23	1,59	0,14	1,24	0,34	4,78	0,21	0,54	0,15		
Cariri	5	3,55	0,38	1,69	0,10	1,52	0,43	4,49	0,38	0,73	0,23		
Região Metropolitana													
Sim	12	3,28	0,28	**	1,72	0,11	1,53	0,28	4,58	0,17	0,59	0,17 †	
Tempo de funcionamento													
1 a 3 anos	11	3,52	0,46	1,62	0,17	1,32	0,36	4,69	0,20	0,66	0,24		
4 a 6 anos	13	3,51	0,24	1,67	0,12	1,42	0,26	4,64	0,30	0,65	0,22		
7 ou mais anos	13	3,51	0,28	1,73	0,14	1,58	0,32	4,63	0,22	0,74	0,20		
Total	37	3,51	0,32	1,68	0,15	1,44	0,32	4,65	0,24	0,68	0,22		

NOTA: ** $p < 0,01$; † $p < 0,1$ (Análise de variância, ANOVA)

Tabela 6: Associação, por município de trabalho, entre as médias das escalas de satisfação (SATIS-NE) e impacto (IMPACTO-NE), e subescalas do Inventário de Burnout de Maslach e índices municipais de internação psiquiátrica no ano de 2006, segundo 580 trabalhadores de CAPS; estado do Ceará, 2007.

Índices municipais de internação psiquiátrica em 2006	n	Escala de Satisfação		Escala de Impacto		Inventário de Burnout de Maslach						
						Exaustão Emocional		Realização Profissional		Despersonalização		
		média	d.-p.	média	d.-p.	média	d.-p.	média	d.-p.	média	d.-p.	
Média de permanência												
Menos que 4 semanas	16	3,68	0,22	1,66	0,16	1,36	0,33	4,75	0,27	0,70	0,22	
4 semanas ou mais	16	3,42	0,37 *	1,67	0,14	1,45	0,31	4,58	0,20 *	0,68	0,24	
Internações/10 mil habitantes												
Menos que 5	16	3,62	0,27	1,67	0,17	1,44	0,30	4,69	0,24	0,73	0,24	
5 ou mais	16	3,47	0,37	1,66	0,14	1,37	0,34	4,64	0,27	0,65	0,22	
Dias permanência/10 mil hab.												
Menos que 160 dias	15	3,66	0,24	1,66	0,17	1,42	0,33	4,76	0,23	0,69	0,22	
160 ou mais dias	17	3,45	0,37	1,67	0,13	1,39	0,32	4,59	0,25	0,68	0,24	
Total	32	3,55	0,33	1,66	0,15	1,40	0,32	4,67	0,25	0,69	0,23	

NOTA: * p<0,05 (Análise de variância, ANOVA)

6 O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: ASPECTOS RELACIONADOS COM A SUBJETIVIDADE DOS TRABALHADORES

A análise e discussão das informações obtidas na abordagem qualitativa baseiam-se na interlocução entre os eixos e temas encontrados nos discursos e na literatura discutida previamente, além de outros autores e pesquisas que ajudam a nortear novas questões emergentes nos discursos enunciados. Desta maneira, foi composta uma rede interpretativa polissêmica que possibilita resgatar aspectos relacionados à subjetividade do trabalho em saúde mental e à saúde dos trabalhadores.

Como esclarecimento, ressalta-se que os tópicos numerados representam eixos gerais e os subtópicos, os temas que constituem a versão dos autores, escolhas de leituras interpretativas e recortes sobre o material discursivo coletado.

6.1 O Trabalho no Caps

6.1.1 Trabalhar em um CAPS: da escolha à falta de alternativa

Trabalhar no CAPS nem sempre é uma escolha planejada. Muitas vezes é a oportunidade de trabalho que surge, gerando dúvidas, angústias, expectativas. O eixo trata esses temas, ou seja, como muitos trabalhadores chegaram até o CAPS para desenvolver suas atividades profissionais. Surgem assim, questões como a falta de experiência prévia e o desafio de trabalhar em saúde mental. Os CAPS são serviços novos, sendo este um dos motivos da ausência de experiência prévia, nem mesmo durante a formação profissional na graduação de diversas categorias profissionais, o que ainda acontece predominantemente em hospitais psiquiátricos.

Há muitas trajetórias possíveis cujo desfecho comum é o fato de trabalhar em um CAPS. Diversos fatores contribuem para a chegada de um trabalhador em um CAPS, entre eles: o acaso, o destino, a única alternativa de emprego que surgiu, uma escolha previamente planejada, motivada por uma identificação anterior com a saúde mental. Existem concursos públicos para a área da saúde que não possibilitam a escolha prévia do local de lotação, colocando a saúde mental como uma das possibilidades, geralmente, para os últimos classificados. Assim, esse tipo de concurso “às cegas” faz

com que, muitas vezes, outros locais de lotação mais concorridos, como hospitais gerais e postos de saúde, sejam preenchidos, sobrando as últimas vagas para os CAPS.

A escolha do CAPS como local de trabalho por falta de alternativas consideradas melhores, pode refletir dimensões socioculturais relacionadas ao estigma da loucura, que ocorre na sociedade como um todo, inclusive entre os profissionais de saúde. Assim, a chegada ao CAPS pode representar o fim de alguns caminhos e outras possibilidades, mas também pode significar um novo começo, repleto de desafios e descobertas em um processo gradual de identificação um novo trabalho e com especificidades em relação à saúde em geral. As falas a seguir ilustram algumas dessas questões:

Eu... pra falar a verdade, quando eu fiz o concurso eu nem sabia o que era CAPS. Sou bem sincera, eu sou humilde nas minhas coisas. (...) Eu não sabia. Eu fiz o concurso, precisava trabalhar e quando cheguei aqui: “o que é isso?”. Não entendia nada. E foi um desafio, foi angustiante também. “Não. Acho que eu tô no lugar errado. Isso não é pra mim não.” E não teve outra alternativa no momento, naquela ocasião. Ou era isso ou isso.

Eu trabalhava no PSF, minha formação toda voltada pra saúde pública e tudo, fiz o concurso e quando foi o ano passado fui chamada pra cá. Quando eu cheguei só tinha pra assumir aqui o CAPS, não tinha experiência nenhuma, gostei.

Então depois que eu me formei, não foi de propósito, foi sem querer que eu fui encaminhada ao CAPS. (...) E aí assim, “você quer”? (...) Então, já que eu tava precisando trabalhar, assim como ela (pessoa que a convidou). Tava precisando trabalhar nisso. A gente não pode escolher. Então eu aceitei o desafio. “Veja. Vá lá. Se você gostar, você fica. Senão, a gente vê uma outra coisa.

E aí apareceu o do CAPS, que é esse aqui. Foi um desafio, porque era um emprego, que eu não tinha experiência, mas tinha vontade, tive ajuda da equipe, da coordenação da equipe.

Fui chamada pra concurso lá em Itaitinga em hospital, não no CAPS. Só que antes eu fui chamada pelo plantonista da clínica (...) E aí depois de algum tempo passado um ano, um ano e pouco surgiu pra cá. (o CAPS, onde já tinha estagiado antes) (...) o CAPS de novo. O destino. Será que é um sinal? (risos) Mas de qualquer maneira eu já tinha um conhecimento, tinha alguma vivência. Eu aceitei.

Mesmo nos casos em que a identificação com o trabalho em saúde mental é anterior, a possibilidade de trabalhar em um CAPS também gera certa apreensão ante a nova perspectiva, incluindo os trabalhadores que escolheram tal serviço por opção

peçoal. A falta de experiência de trabalho na saúde mental parece ser um dos fatores relevante e revelados para essa apreensão, conforme ilustram as transcrições abaixo:

Eu nunca tinha trabalhado com saúde mental, eu botei o currículo aqui na época que tavam abrindo aqui o CAPS (...) eu já tinha procurado visitar o CAPS da três (CAPS Escola), tinha ido num encontro em Fortaleza, então eu sempre tive essa queda por essa história aí (saúde mental), eu vim pra cá (...).

Quando eu passei pela faculdade eu me identifiquei muito com psiquiatria, achava bom os trabalhos de psiquiatria; então eu disse tudo bem vou assumir (o CAPS), com certo medo e tudo.

6.1.2 Trabalho em Saúde Mental e estigma da loucura

Trabalhar em um CAPS significa também entrar em contato com a loucura e com os sentimentos de medo e apreensão que o fenômeno desperta. A construção social da loucura como fenômeno a ser excluído e segregado passa pela construção social do estigma sobre ela. As dimensões socioculturais da loucura permeiam o imaginário social e são internalizadas, em maior ou menor grau, por todos nós, inclusive por aqueles com maior contato com o fenômeno, como profissionais de saúde mental, familiares e os próprios usuários. Os sentimentos, relatados pelos trabalhadores, relativos à “falta de experiência”, em uma leitura superficial, podem revelar elementos do imaginário sobre a loucura e também sobre seu estigma.

É interessante observar como o estigma da loucura se estende a quem trabalha com ela, conforme a fala de uma profissional de saúde a respeito da transferência de uma colega para o CAPS:

Eu tava tirando férias, a gente não escolhe. Fiquei tirando férias nos postos de saúde e fui chamada pra vir pra cá. Eles me deram os pêsames, uma doutora, “você vai para os CAPS, meus pêsames”. Mas eu vim tirei um mês de férias aí depois voltei novamente pra cá e to aqui faz quase dois anos e gosto muito de trabalhar aqui eu tô muito bem.

A morte simbólica imputada à loucura parece estender-se aos que trabalham com ela. Parece existir uma relação entre a morte simbólica (os “pêsames” dados à trabalhadora que estava sendo transferida para o CAPS) e a concepção do estigma associado à loucura. Segundo Goffman (1988:7), a concepção de *estigma* representa uma “situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena”, sendo

um termo criado pelos gregos para referir-se a sinais corporais, “marcas” que imputavam diferenças não apenas físicas, mas também morais, caracterizando o portador de tal marca como um transgressor, geralmente um criminoso ou traidor. A partir de tal marca justificava-se toda uma gama de comportamentos sociais de segregação e exclusão.

Goffman (1988) parte da concepção de estigma na Antigüidade para situar questões contemporâneas como certas doenças, e deficiências, além da loucura, por serem situações que estabelecem não apenas distinções físicas, mas também sociais. O autor coloca que a concepção de estigma modifica, inclusive, a noção de identidade social, e de pertencimento à espécie humana, como se o portador do estigma passasse para outra categoria menos humana, redefinindo, inclusive, a alteridade do sujeito estigmatizado.

Na fala apresentada percebe-se que a morte simbólica expressa um pesar associado a um estigma que não atinge apenas os loucos, mas também seus cuidadores, os profissionais de saúde mental. Neste sentido, representa, também, a morte simbólica profissional.

O campo da saúde, principalmente a Medicina, se caracteriza por ter sido historicamente construído como um objeto de estudo associado ao corpo e suas afecções. Só que esse objeto sofreu uma série de deslocamentos quando foi construído o campo disciplinar da Psiquiatria e, posteriormente, o da Saúde Mental. Contudo, existe um aspecto comum aos objetos da Psiquiatria e da Saúde Mental, por ter ocorrido em ambos a “perda do corpo” e a constituição de novo “objeto” mais impreciso e vago, indissociável de um sujeito que compartilha uma série de características com o profissional cuidador e pesquisador. Assim, a Psiquiatria que, nas concepções contemporâneas, cuida dos “transtornos mentais” e a Saúde Mental, que cuida de dimensões impalpáveis de saúde, compartilham a subjetividade enquanto instrumento predominante de trabalho, um objeto não material e difuso.

Esta questão instigante acompanha a Psiquiatria desde seu nascimento enquanto disciplina e suas diversas tentativas de aproximação da Medicina, em busca de uma “corporificação” dos problemas mentais. Atualmente, esta vertente mais organicista da Psiquiatria vem sendo reforçada por teorias e pesquisas das Neurociências. À perda de um corpo se sucede a substituição deste por moléculas e neurotransmissores,

microcorpos, por eles se tenta construir um referencial teórico explicativo dos transtornos mentais e de reforçar o estatuto científico da psiquiatria.

Contudo, no campo da Saúde Mental, as concepções organicistas representam apenas uma das muitas vertentes existentes, havendo uma diversidade de concepções teóricas, por vezes divergentes, que constituem a área de conhecimento “psi”. A diversidade e complexidade do campo da Saúde Mental pode confundir alguns mas, por outro lado, enriquece, abrindo diversas possibilidades de intervenções práticas.

A questão é que o reforço do estatuto científico e o achado de um “corpo” ou de “microcorpos” para a Psiquiatria e as influências dessas vertentes no campo da Saúde Mental, mais amplo e distinto da Psiquiatria, não garante o fim do estigma criado por um processo histórico, social e ideológico de construção da diferença, de concepção da alteridade, que permeia o imaginário da sociedade e, conseqüentemente, dos profissionais de saúde. As mudanças socioculturais necessárias para o fim do estigma sobre a loucura devem referenciar-se em novas concepções de homem e de mundo, indutoras de novos patamares civilizatórios, sendo este um processo situado no campo da ética, da política, da cultura e da construção de uma nova concepção de ciência, contextualizada e complexa, que considere as dimensões subjetivas e as diversas formas de expressão da condição humana.

6.1.3 A construção do processo de identificação com o trabalho

Se a chegada no CAPS acontece por diferentes motivações, sendo poucos os trabalhadores que fazem uma escolha real, por uma identificação com o trabalho em saúde mental, anterior à inserção profissional, a identificação com o trabalho em saúde mental no CAPS também apresenta diversas formas de expressão. Podemos caracterizar esta identificação como processual, sobretudo entre os profissionais que não fizeram a escolha pessoal de trabalhar em saúde mental. De qualquer maneira, o processo gradual de identificação com trabalho, parece expressar-se na motivação de realizar novos investimentos em estudo e formação por parte dos trabalhadores, abrindo novas perspectivas e maior satisfação com o trabalho. Parece que a vivência cotidiana nos serviços e o contato com problemas desconhecidos, colocam novas necessidades e

desafios para a aprendizagem, sendo um estímulo à continuidade da formação profissional, conforme ilustram as seguintes falas:

(...) fui contratada inicialmente, fiz um curso em especialização em saúde mental. E aí eu disse, eu vou tentar me especializar pra entender melhor, inclusive eu até tava colocando que a especialização foi muito bacana foi muito boa, mas a prática da gente é muito importante, quando você se depara com questões que são colocadas, eu digo puxa vida isso aí eu vivencio, foi toda uma identificação. E aí a gente tá aqui, aí fiz o concurso e fiquei nos classificáveis e fui chamada agora em julho. Vai fazer um ano e tô aqui, e é uma identificação muito grande com o trabalho, porque eu gosto de fazer, não me cansa, eu tô feliz por isso, porque eu trabalho com prazer, isso é muito importante pra gente.

Eu tô há pouco tempo também, mas tô tentando a cada momento ler, entender melhor, fazendo curso ... mas tô tentando, não sei se tô conseguindo também, mas tô tentando. Agora é muito diferente de outras áreas. Muito mais complexo, mas estou gostando.

Fiquei um pouco de pé atrás porque não tinha formação (para trabalhar no CAPS). Mas agora entrei, com a ajuda das meninas (colegas) eu tô estudando em casa, também. Espero fazer alguma formação. Algum curso ... aí eu comecei a ter uma vivência maior ... eu tô aí.

O processo de identificação com o trabalho, a descoberta de novos limites e possibilidades para a atuação profissional e o entrosamento com os colegas de trabalho são aspectos relevantes na satisfação com o trabalho, a ponto de tornar o serviço extensão da própria casa, como mostra a fala de uma trabalhadora:

Eu vim de outro CAPS (...) e aí surgiu a oportunidade (...) vim pra seleção e fiquei e também fazia especialização em saúde mental e já mesmo nesse caminho, (...) e assim como diz a C. (colega) o CAPS de (município) é a nossa casa. a gente costuma dizer que é a continuidade da nossa casa. A gente se sente tão bem em casa como a gente se sente aqui, meio que um filho que foi gerado pela gente e a gente tem toda uma identificação, a gente passa o dia aqui e dorme em casa.

Outras falas ressaltam a importância da identificação com o trabalho, da formação e da possibilidade de novas descobertas, influenciando o crescimento profissional no sentido de maior experiência e conhecimentos, aspectos que parecem relacionados à satisfação com o trabalho:

Eu estou aqui há um ano e meio, mas a minha formação é de psicologia e eu sempre tive um vínculo com consultório, então eu fazia mais a parte

ambulatorial muito longe desse serviço. Cheguei por esse convite com receio pelo desafio não tinha experiência nesse sentido só experiências diferentes, mas gostei é um serviço muito especial muito sutil, porque ao mesmo tempo que é muito atraente porque a cada dia a gente descobre coisas novas a gente se sente mais feliz por uns e impotentes em outros casos, então assim é um misto mas é um misto que agrada.

Então assim, fui direcionando meus estudos, todos os cursos que eu fui fazendo, eu fui fazer mestrado, fazendo articulação com a psiquiatria, estudos de depressão, abordagem psiquiatria-psicanálise (...) Tudo dentro da lógica de atendimento do CAPS. Então, assim, eu não quero jamais deixar esse trabalho. Apesar de todas as dificuldades que a gente já enfrentou: mudança de gestão, problemas de... profissional, eu adoro trabalhar no CAPS.

De cara eu acho que deparamos com profissionais que se identificam muito com o trabalho, eu acho que isso já é um grande passo todo mundo gosta do que faz.

6.1.4 A recepção da equipe

Ao chegar ao CAPS tem-se um aspecto que ameniza a angústia e o medo de trabalhar em uma área desconhecida, geralmente marginal na saúde. O aspecto facilitador, surge, em geral, entre pessoas que relatam não ter experiência anterior em saúde mental e se relaciona especificamente à recepção da equipe e as possibilidades de apoio, união e aprendizagem coletiva. As transcrições a seguir destacam esses aspectos:

(...) E trabalha em união com outro, tenta dividir o que passa com outro em relação ao seu paciente, não é só meu nem só seu, não. É meu é seu e tudo e vai pedir ajuda se não tá conseguindo e vai pedir ajuda a um e a outro então já começa por aí todo mundo gosta muito do que faz, então já a equipe cresce muito nesse sentido.

(...) mas graças a Deus encontrei uma equipe excelente que me ajudou e ainda estou aprendendo, mas me sinto bem quando to com dúvida procuro uma e outra. Todo mundo me orienta, ajuda, a parte técnica os auxiliares de enfermagem, tem a M. (colega) que trabalha há muito tempo, (...) então encontrei toda essa estrutura e não tive dificuldade, já tinha me identificado com psiquiatria e não senti tanta dificuldade em assumir e to levando tá bem a equipe é ótima não tenho problema com ninguém(...).

(...) E a equipe aqui também faz um diferencial me recebeu bem e é muito bacana a gente consegue trabalhar integrado até pra combater essas adversidades que a gente tem eu acho que a gente faz esse serviço mais sólido sempre tá consultando o outro tá sugerindo e eu acho que a gente tem liberdade aqui nesse sentido, isso engrandece.

A gente aprende muito um com o outro. Entre a gente, as trocas de conhecimento. Foi um desafio desde o começo. Mas assim, não pense que a

gente não tem mais desafio, porque foi só no começo, a gente nunca tinha trabalhado, a lógica era outra, de outros trabalhos (...). Porque, diariamente, tem sempre um paciente que nos surpreende, tem sempre uma situação nova (...).

A recepção da equipe, que expressa a interação e a qualidade das relações entre os trabalhadores, é um aspecto importante relacionado a fatores psicossociais da organização. A literatura reforça a relação entre colegas de trabalho e a interação da equipe como um componente intra-institucional que afeta a satisfação e o impacto do trabalho na saúde do trabalhador (OIT, 1984). Essas questões, situadas no plano das dinâmicas internas do CAPS, são importantes nos serviços de saúde mental, repercutindo na qualidade do cuidado produzido.

6.1.5 Dimensões existenciais na relação com o trabalho

O trabalho no CAPS pode incluir possibilidades de crescimento não apenas do usuário, mas profissional e pessoal para alguns trabalhadores. Quando as dimensões existenciais são ativadas no sentido de uma maior identificação e realização, elas parecem superar as dificuldades e limitações enfrentadas nos serviços:

Eu acho que é um lugar de crescimento a gente lida com o subjetivo muito tempo. A queda subjetiva. E a dor do outro às vezes é a nossa dor também, a história do outro é a história de outras dores também que a gente conhece, então a gente cresce e ajuda o outro crescer nessa prova. Eu acho que é um espaço de crescimento em todos os sentidos porque quando a gente vê que o outro vem pra cá não se reconhece cidadão e passa por aqui e passa a se reconhecer cidadão, então pra mim isso é o grande êxtase dessa história, porque ele se olha e se acha menosprezado, estigmatizado ele mesmo não se compreende às vezes, a família não compreende por causa da complexidade e ele chega aqui ele sai pelo menos tendo um vislumbre, de quando ele passa por aqui, qual é a história dele (...) pra mim é um espaço de exercício de cidadania o CAPS e de crescimento.

Eu percebo como uma ressignificação do ser, eu sei que é pouco em vista a tantas questões que a gente tem, mas faz tanta diferença um espaço como esse. Quando a gente consegue evitar uma internação, puxa vida, é um ganho. Quando a gente vê um paciente nosso como aconteceu esse mês agora, bipolar, a mãe tem uma rejeição enorme com ele, é uma pessoa que tem potencial, mas que não é estimulado, ele passou num concurso, ele tava aqui com a gente a gente engajou a gente trabalhou junto, ele tava internado ele veio do hospital de Messejana.... e fez o concurso e conseguiu os primeiros lugares no concurso.

(...) então eu acho que é assunto mesmo de um trabalho de cidadania de conscientização de muito compromisso, eu sei que não está tudo feito tem um monte de coisa ainda pra gente fazer, mas eu acho que é a sementinha é isso que a gente está plantando.

Crescimento, dignidade, respeito resgata tudo isso dessas pessoas a gente vê como tá sendo colocado o resgate de respeito às vezes na família, na comunidade a dignidade deles o crescimento deles como ela já colocou a gente vê isso e nosso mesmo, às vezes a gente se depara com situações e você cresce com aquilo em vez de adoecer, pelo contrário, não adoecer faz é crescer mais eu fico é mais forte pra ajudar aquelas pessoas pra melhorar aquela situação que eles estão passando naquele momento.

Depois que eu entrei no CAPS eu me sinto uma outra pessoa, com certeza eu sinto que amadureci muito. Aqui é uma escola.

De cara eu acho que deparamos com profissionais que se identificam muito com o trabalho, eu acho que isso já é um grande passo todo mundo gosta do que faz.

Todo mundo tem iniciativa, tem prazer, tem interesse.

Vale destacar que as dimensões existenciais de identificação e realização com o trabalho surgem especificamente no CAPS com melhores escores na escala MBI (*Burnout*).

6.1.6 A organização dos serviços de saúde e a sobrecarga de trabalho

O trabalho nos CAPS tem diferenças contextuais relacionadas à organização de cada sistema municipal de saúde. Diversos aspectos organizacionais dos sistemas municipais que exigem definições por parte dos gestores podem afetar as condições de trabalho e a qualidade da atenção prestada. Percebe-se que, embora existam normatizações ministeriais que determinam a capacidade quantitativa de atenção de um CAPS, em termos de cobertura populacional, muitos municípios, principalmente metrópoles e capitais, não têm um número suficiente de serviços ante as grandes necessidades da população. Essa é a situação de um dos CAPS pesquisados, situado na capital. Some-se a isso o fato do serviço ser o mais antigo do município, com uma grande demanda estabelecida. Assim, na discussão sobre o trabalho no CAPS no grupo focal preponderou o discurso sobre a sobrecarga de trabalho:

de muito trabalho, praticamente não pára. Da hora que chega até a hora que vai embora. A gente tem um planejamento diário do que já fazer, mas sempre tem outras decorrências que a gente acaba fazendo outras coisas para além do planejado (...), assim como a gente tem muito paciente e poucos profissionais a gente leva o tempo todo correndo, né?

É! Sobretudo de dois anos pra cá nós acumulamos uma quantidade de trabalhos de tamanhos diversos e que não conseguimos dar conta, né, vamos dizer assim. Por quê? A demanda é enorme e você tem hora pra chegar, mas não tem hora

pra sair. Você... faz muito tempo que eu não sei o que é cumprir a minha agenda de assistente social, de atendimento de benefício, orientação. É... acabamos tendo que fazer o trabalho dos outros. Não é tanto da função, mas assim, por exemplo, verificar como é que tá a questão do prontuário da receita, na medicação, porque o número de médico é insuficiente. O espaço de tempo, o intervalo que tem entre uma consulta e outra. Enorme. Aí o paciente precisa, então ele pega alguém da equipe, você tem que sentar, você tem que ouvir o paciente, você tem que dar uma resposta pra que ele saia daqui atendido (...) dentro das possibilidades.

A questão é a seguinte: a política de saúde mental do município sempre sinalizou da seguinte forma: não feche as portas. Então esse é um problema estrutural. Isso não é de hoje não. Há quatro anos atrás a gente já sentava com a coordenação e já dizia: “não temos condições de dar uma resposta qualitativa”. Mas é bom parar, pelo menos para ver como a gente tá, as redondezas e tudo. (...) Então hoje, o empenho do CAPS, eu acho fantástico, né, que a gente visa uma oportunidade de trabalhar com um pouco mais de qualidade no atendimento ao paciente, mas ao mesmo tempo tem uns problemas muito grandes, porque a quantidade (...) é insuficiente até pra regional.

6.1.7 A relação com o gestor

Em relação aos fatores externos que influenciam o trabalho e as possibilidades de avanço do modelo de atenção do serviço, encontra-se de forma bem marcante o modelo de gestão, que se expressa, em geral, como uma relação tensa com o gestor em um dos municípios pesquisados. A falta de preparo e sensibilidade do gestor municipal parece, na percepção de uma trabalhadora, ser atribuível, parcialmente, ao fato da Reforma Psiquiátrica ser um processo recente e, conseqüentemente, pouco conhecido por alguns gestores:

Mas saúde mental ainda é uma proposta mais nova, a nível Brasil da reforma psiquiátrica é uma proposta mais nova e tal e o gestor eu acho que ele não está ainda pronto, ele ainda não entendeu a complexidade a importância do tipo de sofrimento que chega ao trabalho da gente, a demanda que chega a própria complexidade da sociedade e tal. É toda uma especificidade que o olhar tem que ser sensível, que o gestor ele não tem esse olhar eu não posso mentir pra vocês (refere-se ao gestor de seu município).

A relação com o gestor e o modelo de gestão adotado afetam a satisfação no trabalho, gerando sentimentos de desvalorização e falta de reconhecimento, percebidos pelo trabalhador por determinadas atitudes. Entre os aspectos relacionados à desvalorização e falta de reconhecimento, na percepção dos trabalhadores, encontrou-se, em um dos CAPS pesquisados: a falta de investimento na formação e capacitação, que

se expressa no impedimento de realizar cursos e atividades de educação permanente incluídas na carga horária de trabalho, a ausência do gestor em atividades importantes do serviço, a pouca escuta do gestor em relação a problemas vivenciados pela equipe e a postura de falta de diálogo e pactuação ao estabelecer mecanismos de vigilância e controle sobre os trabalhadores:

A capacitação, a gente não existe nesse ponto, por exemplo, nesse ponto nós aqui do CAPS não somos valorizados em nenhum momento. Nada. (neste momento muitas falam concordando com essa opinião) Aperfeiçoamento, atualização, nada. Não existe curso, se você quiser fazer, que pague, que se vire que... fora do horário de trabalho. Nós não somos liberados pra nada.

Mês passado a gente tava com a polícia militar, o tempo todo é ligando e dizendo do trabalho diferenciado que a gente faz no município, mas na hora que a gente precisa, e na hora do apoio, da motivação, de liberar pra curso, de liberar pra capacitação, pra vim aqui pra discutir, pra propor tudo é negado pra gente.

Nós fizemos aqui vários eventos, pra você ter uma idéia, nós temos seis anos de história e nesses seis anos de história muitas vezes os gestores não vieram aqui, nas festas, nos eventos, não vêm, não valoriza. Quer dizer, isso para o profissional que faz! Puxa vida. A gente é alguém que faz, a gente vem prepara toda uma história com eles, eles vibrando (usuários) e os gestores não aparecem.

A ausência do gestor em atividades importantes do serviço se mostra não apenas como desvalorização dos trabalhadores, mas também como frustração de expectativas da população atendida. Assim, a ausência do gestor em atividades para as quais sua presença foi confirmada, parece ser percebida como uma despreocupação e um descaso para com os usuários por parte dos trabalhadores. Considerando que as práticas também se configuram enquanto “práticas discursivas” que expressam determinadas concepções, esta situação de “ausência”, de falta do gestor parece reforçar formas de manifestação do estigma sociocultural sobre a loucura.

A marginalidade da saúde mental, expressa nas “ausências”, também se desvela pela percepção dos trabalhadores de um tratamento diferenciado (pior, no caso), da saúde mental em relação a outras áreas, o que demonstra diversas faces do estigma da loucura e se estende ao campo de saber e fazer de quem cuida dela:

Se você for perguntar, não, o CAPS existe o CAPS tá aí eu implantei o CAPS aqui, mas eu acho que tá faltando essa sensibilidade mesmo pra nossas questões,

quando a gente chega a disponibilidade não é a mesma que a atenção básica tem, entende?

Outra forma de desvalorização se relaciona à escuta pobre ou ausente, por parte do gestor, refletindo a relação de poder verticalizada e pouco dialógica. Situação que ilustra isso foi o problema vivenciado por uma das equipes pesquisadas em relação a um colega de adoecido, sem condições de trabalhar, que chegou a fazer ameaças a diversas pessoas da equipe, afetando usuários com atitudes não terapêuticas. A situação gerou grande sofrimento na equipe, que não contou com o apoio e solidariedade do gestor:

E mais uma vez a gente esteve sozinhas porque em nenhum momento a gestão apoiou e perguntou o que tava acontecendo. Porque não era uma coisa específica ou minha ou da C. (colega), era de todo mundo, dos pacientes, era geral. Ele tinha uma postura de ameaçar mesmo ele me ameaçou de morte ameaçou uma enfermeira do PSF, de bater na cara da C. o paciente dizia que chegava aqui pra se tratar, saía mais doente do que quando chegava. A gente não podia fazer nada.

Percebe-se não apenas a desvalorização e desconsideração ante uma situação difícil, vivenciada pela equipe e pela coordenação, mas um confronto de poderes dentro do serviço: o poder técnico da equipe associado ao poder político-gerencial da coordenação e o poder médico, representado pelo profissional problemático. A expectativa de mediação do embate, que cabia ao gestor municipal, foi frustrante para a equipe, visto o gestor não ter tomado atitudes consideradas adequadas na sua percepção, aumentando o sofrimento. A experiência caracteriza certa desqualificação do discurso da equipe, representando um imbricamento de poderes que se sobrepõem, mas onde predomina o poder político e técnico de um profissional específico, o médico:

(...)e a gente mais uma vez se sentiu desamparadas, por esse motivo, porque os relatos que eu encaminhava com todas as ocorrências que aconteciam não foram ouvidas (...) eram como se não (nós) estivéssemos contra ele, perseguindo ou fazendo bloco contra ele. Era muito chato, foi preciso chegar às vias de fato pra poder ele ter saído (agredir um trabalhador do PSF na frente do gestor).

A desvalorização dos trabalhadores relaciona-se também a mecanismos de vigilância e controle dos trabalhadores. O modelo de gestão revela elementos

encontrados na Teoria X de McGregor, que considera o homem como um ser indolente, passivo, irresponsável e resistente à inovações, justificando assim, o controle dos trabalhadores. As tentativas frustradas de argumentar com o gestor sobre a não necessidade de um relógio ponto como mecanismo de controle e a concepção dos trabalhadores como “burladores” do trabalho ilustram essa questão:

Mas isso não é visto como é importante (opinião dos trabalhadores), a gente quer burlar, “vocês querem burlar, vocês querem ver defeito em tudo, vocês dão um jeito, é só uma experiência” (gestor), mas tá aí há não sei quantos meses (relógio-ponto). Mas isso mexeu com a gente.

Parece que a questão do relógio-ponto reforça também a valorização de um aspecto formal do trabalho, a carga horária, em detrimento de questões mais importantes na visão dos trabalhadores:

É muito interessante essa coisa, a visão que a equipe inteira acha equivocada, o trabalho é o seguinte, passe da hora que você chega a hora que você sai da sua unidade, o resto não é trabalho. Você entende essa visão? Você não pode criar, produzir, trocar, não é trabalho. O que é valorizado? É você entrar sete e meia a sair no seu horário bater o ponto e cumprir o seu lado.

O controle pelo relógio-de ponto, contrariou e gerou insatisfações entre os trabalhadores. Atender os usuários não parece ser problema, mas sentir-se vigiado sim:

Depois desse ponto pra mim o estresse aumentou eu me senti pior, tolhida, vigiada. Com certeza eu tive alteração.

Como ela (colega) falou, não os nossos atendimentos, atender o paciente está ali com ele isso não incomoda não estressa a gente tá preparado pra isso, mas são essas coisas que incomodam muito a gente (o ponto).

O fato de os trabalhadores demonstrarem estar cientes de suas responsabilidades e carga horária reforça sua percepção de considerar o controle desnecessário. Além disso, a dinâmica do serviço e o cuidado aos usuários parecem ter sido afetados negativamente com a adoção da medida:

A gente passa o dia aqui, a gente não sai pra almoçar fora, ninguém, todo mundo chega aqui as sete e meia e só sai daqui as quinze para as cinco. A gente almoça dentro da unidade é o dia inteiro aqui dentro, então a gente não vê essa necessidade de tá toda hora... e isso incomoda, as vezes tá atendendo, tem dia que meio dia ainda tá lá na sala, ela tá atendendo. A médica que muitas vezes passa do horário que tá com a demanda maior, que muitas vezes chegou pacientes em crise, ela tem que parar pra ir bater o ponto. Isso tem incomodado muito.

Eu tô me lembrando da história quando botaram aqui o ponto porque o ponto não veio com o CAPS imediatamente foi muito engraçado. O ponto não era aqui porque inicialmente colocaram o ponto na policlínica, então a gente entrava no nosso horário, a gente batia o ponto na vinda, tínhamos que sair meio dia pra bater o ponto; pra voltar; uma e meia a gente tinha que sair de novo; pra ir e pra voltar. Então assim, se o paciente precisasse, o CAPS só tinha um carro, o carro tinha que levar a gente lá, então a gente dizia, fica aí meu filho que eu vou bater o ponto. Você já viu que situação?

Não tem jeito. Se a gente tá atendendo o paciente e meio dia e passou, a orientação é essa, deixa o paciente a vai bater o ponto. Hoje o paciente tava em crise, nu, era meio dia, o pessoal da unidade vizinha ficou com medo não quis entrar, porque era um homem nu chama a atenção, mas todo mundo tinha que bater o ponto. Podia deixar ele sair, ir pra BR, se jogar, mas todo mundo tinha que ir lá dentro bater o ponto.

Os aspectos apontados caracterizam um modelo de gestão centralizado, burocrático e pouco dialógico, que desconsidera dimensões da intersubjetividade no trabalho em saúde. Além disso, a gestora parece conceber o trabalho em saúde apenas com dimensões assistenciais relacionadas, especificamente, ao atendimento direto de usuários, de preferência no espaço físico do serviço. Atividades territoriais e comunitárias, de apoio matricial e articulação de uma rede de cuidados em saúde mental emergem como desvalorizadas, por não haver condições de capacitar as equipes do PSF, nem de construir espaços de encontro para planejamento de atividades, discussão de casos e construção de projetos terapêuticos interinstitucionais entre CAPS e PSF:

Não tem essa história, a gente precisa fazer um trabalho melhor com o PSF, essas reuniões que precisam ser feitas, isso não é estimulado isso não é dado importância. Quando a gente propõe isso a história se esvai.

(...) mas essa crise é uma crise da saúde do (município), todos os profissionais da saúde de (município) se sentem como nós, a gente talvez pior porque a gente tem essa especificidade, mas é uma queixa de todos. Aqui em (município) não é liberada reunião do PSF com as outras unidades de saúde. Na outra gestão que a gente tinha a nível de secretário, a gente tinha uma reunião pra tá discutindo tudo. Eu não sei qual foi a última vez que a gente se encontrou com os nossos colegas, os nossos colegas como é que eles fazem às vezes pra encaminhar aqui.

(...) porque saúde é aquilo compartimentalizado totalmente. Saúde mental é pra lá; atenção primária é pra lá; secundária é pra lá, é tudo assim é separado. Como é que um PSF que atende pessoas portadoras de deficiências mentais, que tem um papel também, como é que a gente vai trabalhar separado? A linguagem não é a mesma (...) A gente não pode fazer saúde separado.

A atitude do ao facilitar ou dificultar a constituição de uma rede articulada entre os serviços de saúde é importante, visto haver resistências históricas à integração da saúde mental no âmbito das ações mais globais de saúde. A desvalorização do gestor pode reforçar, assim, a resistência dos profissionais de outras áreas em compartilhar o cuidado dos portadores de saúde mental.

Muitas das questões apontadas evidenciam como o modelo de gestão interfere no modelo de atenção, impedindo avanços ao reforçar um enfoque ambulatorial e individualizado sobre o processo saúde/doença. Pode configurar-se, assim, um embate entre o poder técnico de trabalhadores que tensionam para conseguir avanços no modelo de atenção e o poder político de um gestor que não viabiliza tais avanços, como se pode perceber em um dos municípios estudados. É interessante observar que as dificuldades em lidar com um gestor que não compartilha a concepção sobre novos modelos de atenção e gestão e, inclusive, dificulta avanços, parece ser um aspecto que gera considerável insatisfação em relação ao trabalho, embora as condições físicas e estruturais sejam reconhecidamente boas:

E vale assim ressaltar que a nível de estrutura o CAPS de (município) funciona muito bem, a gestão não deixa faltar nada. (...) tem carro pra pegar pra trazer, funciona bem, nós temos um cardápio bacana elaborado por nutricionista, nós temos um suporte medicamento (...) A gente tem todo um suporte que eu acredito que em muitos CAPS a nível de Ceará não tem. A gente tem transporte, temos material pra terapia ocupacional, a gente é um serviço muito bem quisto no município, mas a gente não tem um pingo de valorização...

A fala demonstra que a satisfação no trabalho em saúde é um fenômeno complexo, que não se limita a boas condições físicas ou estruturais de trabalho. Os novos modelos de atenção postulam novas modalidades de gestão, mais participativas, de maneira a envolver os diversos atores na sua construção e tomada de decisões. A produção social da saúde também é um processo de produção social de sujeitos, incluídos os trabalhadores e usuários. Essa é uma questão premente no campo da saúde mental, onde a subjetividade é o instrumento de trabalho preponderante. Nesse campo, a qualidade das relações entre a equipe, a equipe-usuários e equipe-gestor é fundamental para o bem-estar dos trabalhadores.

A atenção e o cuidado com os trabalhadores transparecem no exercício da gestão, não apenas na possibilidade de proporcionar atividades terapêuticas específicas

e pontuais. O bem-estar dos trabalhadores se reflete na interação entre os processos de trabalho e as práticas de cuidado daí decorrentes, repercutindo nos atos cuidados oferecidos aos usuários.

Embora serviços da esfera pública tenham proposto novos modelos de atenção em saúde, como é o caso dos CAPS e apresentem diversas inovações no plano discursivo, o embate com o modelo que se pretende superar é cotidiano no plano das práticas. Os CAPS se caracterizam como serviços de transição entre um modelo asilar e novos modelos psicossociais. Outro tipo de transição vivenciada nos CAPS reflete os conflitos entre os modelos de gestão tradicionais da administração brasileira, em geral, que influencia as instituições públicas, e as novas propostas de gestão mais participativas.

Os CAPS fazem parte de um conjunto de organizações públicas que podem ser consideradas como sistemas dinâmicos, complexos, interdependentes e interrelacionados. Além disso, segundo Dussault (1992:13) *“as organizações públicas dependem em maior grau do que as demais do ambiente sociopolítico: seu quadro de funcionamento é regulado externamente à organização.”* Assim, as organizações públicas são mais vulneráveis à interferência do poder político. Essas questões estão presentes para os trabalhadores dos CAPS, visto que a cada mudança de gestão se deparam com novas possibilidades ou retrocessos em relação ao avanço da Reforma Psiquiátrica no âmbito municipal.

Essa regulação externa do trabalho tem como decorrência a necessidade de desenvolver outras habilidades, além da capacitação técnica, pois o trabalho em saúde mental em organizações públicas exige uma série de atributos que não são aprendidos, corriqueiramente, nas formações profissionais. Macedo (2006:94) sugere que, no Brasil, *“os trabalhadores de organizações públicas sempre necessitam possuir habilidades diplomáticas nas suas relações de trabalho, para não provocarem divergências com a administração pouco competente dos gestores”*. O autor também ressalta que os verdadeiros indicadores de poder nas organizações públicas são as relações de estima e os jogos de influência. Assim, habilidades políticas, dramatúrgicas e comunicativas vão sendo geralmente adquiridas ao longo da inserção profissional no serviço.

Além disso, segundo Carbone (2000), as organizações públicas mantêm as características básicas das demais organizações, acrescidas de especificidades como

apego às regras e rotinas, supervalorização da hierarquia, paternalismo nas relações e apego ao poder, entre outras. O autor aponta também algumas características das organizações públicas que dificultam as mudanças: o burocratismo, o autoritarismo e centralização, aversão aos empreendedores, o levar vantagem, e o reformismo.

Muitas das características descritas aparecem nos modelos de gestão tradicionais adotados em organizações públicas como as secretarias de saúde, afetando serviços como os CAPS. Surge assim, uma disputa entre propostas instituintes e propostas instituídas em relação à atenção e à gestão, que se refletem na configuração e circulação de poderes dentro dos CAPS. Os serviços apresentam uma ação política, além da técnica, que exerce influências nos processos extra CAPS, em um processo dialético de construção da Reforma Psiquiátrica e do SUS.

6.1.8 A relação com os outros serviços de saúde

A atribuição do CAPS de organizar uma rede de cuidados em saúde mental é o papel de articulação do serviço que nem sempre é compreendido pelos trabalhadores de outras áreas. Isso aponta para a necessidade de lutar contra a “marginalidade”, em que a Saúde Mental é colocada em relação à outras áreas da saúde. Além das dificuldades apontadas, com relação ao gestor, outras dificuldades e possibilidades foram enunciadas na relação com outros serviços de saúde e outros setores, mostrando o papel de agente da mudança cultural que o CAPS tem na construção de novas idéias de cuidado das pessoas em sofrimento por problemas mentais.

A resistência de trabalhadores e de outros serviços de saúde, como o PSF (Programa Saúde da Família), é percebida pelos trabalhadores dos CAPS como falta de apoio e, conseqüentemente, necessidade de maior empenho para convencer os profissionais e instituições. Os trabalhadores atribuem essa resistência a questões culturais, que, como já discutimos, estão associadas ao estigma da loucura:

Se a gente encaminha, faz uma contra referência pra um monitoramento clínico, por exemplo, que não é o nosso papel, mas nós que fazemos. Mas não é paciente do CAPS? Então isso cansa porque é uma batalha diária de estar esclarecendo e sempre quando vem de lá pra cá nós não temos escolha pra não fazer; ah, mas faz, o CAPS tem que fazer sempre e do contrário nem sempre ou raramente. A

gente não tem essa coisa da cooperação no serviço como um todo e nem do gestor de saúde.

A questão dessa resistência que é mesmo cultural...

E dificuldade também não só com relação a esse negócio de gestão, mas também com as equipes de PSF com acompanhamento do paciente, a gente tem hora que se vê fazendo ações que o PSF devia estar fazendo. E eles excluem só por ser pacientes do CAPS. A gente acaba vendo o lado clínico, cuidando curativos fazendo aqui sem condições que aqui não é uma unidade, mas a gente se comove tanto com o paciente que acaba cuidando dele nesse sentido, indo até a residência dele pra cuidar dum problema no pé do paciente. Os PSF não tem um cuidado com esses pacientes da gente, pacientes que tem transtornos mentais a gente sente muito essa dificuldade eles isolam.

Essa resistência não é monolítica, com demonstrações de maior disponibilidade e sensibilidade de trabalho conjunto por parte de trabalhadores de outros setores da saúde:

Mas há pessoas do PSF de outras unidades, da policlínica, centro de fisioterapia, da CAF, das outras unidades do município, do próprio hospital que tem interesse, mas há um distanciamento tão grande...

Assim, na falta de espaços formais, os trabalhadores tentam construir a possibilidade de interlocução com colegas mais receptivos de outros serviços em espaços informais:

Acontece mais por vontade individual dos profissionais, ou seja, na informalidade do que uma política do sistema de saúde.

Sabe que horas a gente discuti casos com os nossos colegas? Na topic, porque a gente vem no mesmo transporte. E são alguns profissionais, alguns médicos, alguns enfermeiros. Aí a gente chega na topic e: “Ah, fulano! Eu quero falar contigo.” Aí uma tá bem aqui e a outra tá bem ali e não dá pra sentar junta aí a outra grita: “Ó aquele paciente foi?” Porque a gente não tem tempo e nem horário pra se encontrar. E é assim que a gente discute, então com as pessoas a gente acaba tendo essa relação mais pessoal. Quando a gente liga: “Ah, fulano, eu tô precisando que você faça uma avaliação!” “Ok, então quando eu for na topic eu converso contigo mais tarde.”

6.1.9 As dinâmicas internas de poder no CAPS

Em relação à dinâmica interna de poder do CAPS, suas formas de expressão, circulação e deslocamento, nota-se contradições, contra-poderes e resistências na dinâmica interna dos CAPS (Silveira, 2005). Por vezes, são enunciados aspectos importantes da dinâmica interna de poder nas dimensões silenciadas do discurso. Entre eles a questão de “quem” compõe o que os participantes dos grupos focais consideram a “equipe” do serviço. É interessante observar que a “equipe”, como grupo articulado, com certo protagonismo e decisão na organização do serviço e dos processos de trabalho parece ser composta, predominantemente, pelo núcleo de profissionais de nível superior que agrega profissionais de outras categorias que não os médicos.

O grupo mais articulado de ambos os serviços investigados corresponde ao que esteve presente nos grupos focais, configurando uma espécie de “mini-equipe interação”, enquanto a equipe maior, englobando todos os trabalhadores do serviço, caracteriza-se como “equipe agrupamento” (Peduzzi, 2001). Observa-se a equipe maior cindida em três grupos: médicos, profissionais de nível superior de outras categorias profissionais (“não-médicos”) e profissionais de nível médio e elementar. Essa cisão, decorrente da divisão técnica do trabalho em saúde desde seus primórdios, é emblemática do setor e representa um desafio para a construção da interdisciplinaridade, um dos atributos importantes apregoados para os CAPS como serviços representantes de um novo modelo de atenção. Além disso, a divisão mostra lugares de agregação de determinados poderes e contra-poderes, gerando obstáculos para a construção de processos de trabalho mais integrados e se refletindo na fragmentação das práticas, muitas vezes limitadas a ações multiprofissionais desarticuladas.

Nota-se nos CAPS estudados três tipos de configuração de poder:

- 1) O poder médico, eminentemente técnico e historicamente hegemônico nos serviços de saúde. Esse poder tem sido colocado em xeque nos CAPS, expresso pela disputa de comando, sobretudo, entre o núcleo que se configura como “equipe interação” e outros profissionais de nível superior.
- 2) O poder do núcleo de profissionais da equipe interação, que se agrega em torno de uma proposta discursiva mais psicossocial, mas que, contraditoriamente, muitas vezes reforça o poder médico. As situações de

crise e emergência são emblemáticas, emergindo no discurso de um dos grupos focais a importância do médico nessas situações, colocando o “restante” da equipe em um papel secundário. O poder se parece configurar como político e técnico, influenciando os processos de trabalho e organização interna do serviço.

- 3) Os contra-poderes adotados por alguns trabalhadores de nível médio e elementar. Nessa questão, observa-se claramente a relação hierárquica baseada no grau de instrução, que reflete relações de poder historicamente determinadas. Destaca-se a dimensão silenciada, mas que expressa práticas e atos baseados em concepções que fundamentam as relações de poder. Considera-se que ausência ou presença mínima de pessoas de nível médio nos grupos focais realizados não se deu por acaso, mas expressa o lugar secundário que este grupo de profissionais costuma ter nos serviços.

A questão da divisão da equipe surgiu claramente em um dos CAPS pesquisados, em que apareceram os termos “*médicos*” e “*não médicos*”, cindindo o grupo que compõe a equipe. O grupo “*médicos*” possui composição clara. O grupo “*não médicos*” é composto “*pelo resto*”, conforme aparece no discurso. Quando este tema surgiu, nas expressões faciais e movimentos corporais dos participantes da reunião transpareceu certo incômodo e insatisfação. Um dos participantes explicou que os termos estão em uso desde o início do serviço e que representava “*o distanciamento dos médicos do resto da equipe*”, como a dificuldade na relação com os psiquiatras:

você sabe da dificuldade que é trabalhar com psiquiatra em equipe multidisciplinar, então nós já tivemos algumas dificuldades. Tivemos ótimos colegas que já passaram por aqui e deixaram saudades, tivemos experiências, a última experiência foi muito traumática uma pessoa muito difícil que mexeu com todas nós aqui (...)

(...) na saúde pública existem muitos médicos que não têm a visão da saúde coletiva. Aquela postura do consultório. Aquela coisa mesmo...

Desse modo é que as tensões na relação com os psiquiatras transparecem. A volubilidade da relação com os médicos, ora boa, ora ruim, depende do profissional psiquiatra. A abertura e escuta por parte do psiquiatra aos demais colegas da equipe é

uma característica percebida como importante para a boa integração. A equipe de um dos CAPS pesquisados fez questão de frisar que havia integração com o novo profissional, pontuando as diferenças com o profissional anterior:

a gente recebeu essa pessoa como a salvação da pátria, essa pessoa que a gente tava falando, porque eu dizia, meu Deus eu quero que venha alguém pra cá porque a situação tá muito grave e muito séria que tava acontecendo aqui porque e a gente tava adoecendo porque a gente vinha trabalhar com medo, a gente tinha medo do nosso colega(anterior)

A observação de campo mostrou que, após a reunião, os trabalhadores fizeram comentários velados a respeito de condutas divergentes entre o núcleo da equipe e o profissional médico.

Por outro lado, não houve oportunidade de conversar com os médicos e ouvir suas versões. Na pesquisa quantitativa a categoria profissional que apresentou mais insatisfação em relação ao trabalho foi a dos médicos. Questões instigantes relacionadas a esse resultado merecem aprofundamento.

Em relação aos trabalhadores de nível médio e elementar, nos grupos focais e no decorrer do trabalho de campo quantitativo, pode-se perceber menor participação nas atividades decisórias e atividades de cuidado realizadas no CAPS. A ausência dos trabalhadores nas reuniões sistemáticas da equipe dos CAPS é significativa. Em um dos CAPS investigado, as alegações para o não envolvimento dos trabalhadores de nível médio e elementar envolveram falta de confiança e problemas específicos no comportamento de três trabalhadores. O relato abaixo ilustra as alegações:

E tem algo mais, a gente tem alguma dificuldade com algumas pessoas do nível médio não são todas, mas a gente tem alguns problemas e as próprias pessoas acabam não querendo participar. As pessoas que tem essa dificuldade, por exemplo, tem uma pessoa aqui que leva tudo pro secretário, umas picuinhas, umas bobagens e a gente acaba tendo essas dificuldades (...) tem algum momentos que a gente evita até de chamá-los porque se a gente tá precisando dá uma relaxada e eles estão participando então às vezes fica complicado, então a gente até evita.

Talvez caibam aqui observações sobre a existência de um “*informante*” do gestor no serviço. A situação reforça o modelo de gestão tradicional e autoritário, em

que há desconfiança e suspeita ante o núcleo de poder representado por um grupo de trabalhadores do serviço e se estabelece um mecanismo de controle e informação. Por outro lado, na perspectiva do trabalhador alçado à condição de “informante”, a situação representa uma forma de contra-poder interno na dinâmica do serviço, visto o lugar secundário ocupado pelos trabalhadores de nível médio e elementar na hierarquia. A dinâmica de poder criada por essa situação específica gera uma série de cuidados e tensões no CAPS, com conversas a portas fechadas e o desabafo de que foi melhor o funcionário/informante ter desistido de participar da reunião do grupo focal:

E tem uma outra coisa, hoje a gente tá podendo falar aqui no grupo porque uma pessoa saiu daqui porque se não amanhã tudo que a gente tava falando tava no ouvido do nosso secretário e a rebordosa ia ser muito grande. Então, tudo que a gente faz dentro da unidade entre nós aqui é muito cuidadoso. Nós temos uma pessoa que fica fiscalizando a gente, nós batemos ponto aqui quatro vezes por dia nós não precisamos de uma pessoa que fique fiscalizando porque é um ponto automático cada um sabe apertar lá no negócio, mas a pessoa fica dentro da unidade. Como é que se faz saúde mental em um ambiente desse? Aí como é que se faz saúde mental se a gente tem que ficar todo mundo aqui quietinho, - peraí vê se não tem ninguém ali na porta, a gente que fica aqui ó, olhando, as vezes a gente abre a porta e a pessoa cai pra dentro da sala. E tudo que acontece a pessoa vai e sai falando pra um e pra outro. Se a pessoa tivesse ficado no grupo ninguém tinha condições de falar nada do que a gente está falando. (outra. – ah, com certeza.) porque amanhã seria um caos aqui dentro dessa unidade.

Fica evidente o prejuízo do contra-poder para as relações dos trabalhadores. Aspectos como maior transparência na comunicação e modelos de gestão mais horizontais, participativos e dialógicos estão, assim, imbricados com a possibilidade de contribuir para melhorar a saúde mental dos trabalhadores.

Embora haja problemas específicos de algumas pessoas do nível médio em um dos CAPS, a relação com a maioria deles é considerada boa:

(...) a gente tem uma relação com o pessoal do nível médio muito boa. Com a Lúcia com a Meire que tava aqui... todo mundo, eu acho que a relação é muito boa, a gente tem um problema com essa determinada pessoa e gente tem uma outra colega que tem problema (...)

É interessante observar como a verticalidade das relações de poder entre os trabalhadores e o gestor externo se expressa internamente no serviço. No CAPS em que

houve participação de uma pessoa de nível médio no grupo focal, a pessoa é benquista, considerada importante pelo núcleo de profissionais de nível superior, muito embora a integração pareça parcial, reforçando o lugar distinto ocupado pelos trabalhadores de nível médio e elementar. O profissional, por exemplo, não participa das atividades de cuidado realizadas pelo grupo de nível superior:

Não, eu tenho muita dificuldade de estar nessas coisas, eu sempre tenho que tá na recepção, é muito difícil eu tá participando.

As questões apontadas são importantes para a compreensão da correlação de forças internas nos serviços de saúde mental, mostrando como os subgrupos de trabalhadores se conformam e quais relações se estabelecem e suas implicações para a satisfação e saúde relacionadas ao trabalho. Ao mesmo tempo, mostram as contradições no fluxo de poderes. Por um lado, observa-se o tensionamento entre determinados subgrupos de trabalhadores e os poderes instituídos, como o poder técnico do médico e o poder político do gestor municipal. Por outro lado, os mesmos grupos parecem despreocupados em deslocar-se do lugar de poder que ocupam ante outros subgrupos de trabalhadores subalternos. Observa-se assim, o que se pode caracterizar como uma descontinuidade de poder na configuração da equipe dos CAPS.

Outras questões de relações de poder entre os trabalhadores de nível médio e o núcleo técnico estão associadas à falta de preparo e adoecimento de alguns trabalhadores, instituídos em seus cargos, não por sua capacitação técnica, mas por uma indicação política. Essa característica da administração pública, tradicional no Brasil, gera limitações e contra-poderes que implicam menor integração dos trabalhadores que utilizam essa via de entrada nos serviços públicos.

(...) mistura a política com o trabalho nesse sentido porque essas pessoas que a gente falou aqui só uma é concursada e os outros três são cargos políticos e isso atrapalha, porque aí fica acorrentado por isso: “Ah eu não posso porque essa pessoa tem um peso político!”. Faz absurdos, é da ciências dos gestores, mas continua porque tem um peso político. Isso é muito complicado.

Mecanismos transparentes de entrada no serviço público, com critérios de seleção e merecimento parecem importantes, sobretudo quando as pessoas contam com

orgulho que sua entrada foi através de concurso público. Na saúde mental, aparece nas entrelinhas, que, além da capacitação técnica, deve existir critérios de avaliação das condições afetivas e emocionais. A transferência de trabalhadores problemáticos de outros serviços para o CAPS, em uma clara confusão entre o papel profissional e papel terapêutico do serviço, geram problemas por criarem equipes com colegas adoecidos, que necessitam de cuidados e que não têm condições de assumir o lugar de cuidadores:

As pessoas problemáticas que não dão certo em outros cantos por obrigação precisa dar certo aqui no CAPS, porque é uma unidade de saúde mental, então, todo mundo é mais bem preparado pra lidar com essas situações. Então é isso que se coloca e não é subliminarmente não, é claramente: “mas então se você me devolve, eu boto aonde se no CAPS não deu certo?”. Então é aquela coisa. A gente tem que tratar as pessoas e tolerar e não achar ruim tem que aceitar.

A gente podia de repente até está tratando deles aqui se eles tivessem em outro canto (...)

6.1.10 As relações pessoais

Outro aspecto emergente no discurso dos grupos relacionado à equipe, aponta para a coesão e sentido de pertencimento grupal, extrapolando a relação profissional no CAPS. Trata-se de um aspecto positivo que auxilia no suporte afetivo nas situações difíceis vivenciadas, não apenas no CAPS, mas também na vida pessoal:

E a gente tem uma relação aqui que é uma relação extra CAPS, todas nós aqui somos amigas a gente vai pro aniversário uma dá outra a gente sai juntas a gente conhece os filhos, os maridos, os namorados, sabe o quê, que o marido aprontou na semana, sabe da vida do mundo todinho. Escuta o conselho de uma, escuta a opinião de outra, dá um toque aqui. Nós somos íntimas.

A gente tá falando muito das nossas adversidades externas, mas eu acho que é a primeira vez desde de 2001 pra cá que a gente tem uma equipe tão coesa em todos os sentidos.

Além disso, a busca de momentos e rituais de encontro do grupo também ajuda a reforçar a integração:

A gente às vezes se ajuda mesmo, tem dia que a gente não chega muito bem e aproveita o horário do café pra desabafar os nossos problemas pra poder encarar o dia numa boa.

É crucial esse momento... é o café da manhã cada um vem e se coloca e coloca suas questões e dali a gente faz aquele momento terapêutico e aí vamos agora.

A gente fala, come, cada um dá sua opinião aí a gente vai trabalhar. A gente passa o dia todinho aqui, então a gente precisa contar...

Cabe ressaltar que o CAPS em que essas relações interpessoais emergiram no discurso foi o que apresentou melhores escores na escala MBI.

6.1.11 Como se cuidam os cuidadores?

Discussões atuais colocam a importância do cuidado dos cuidadores, em diferentes setores, incluindo a saúde. Embora a Política Nacional de Humanização apóie o desenvolvimento de políticas municipais sistemáticas de humanização, há poucas evidências de estímulos do gestor municipal e de construção de práticas humanizadas em espaços formais, na percepção dos trabalhadores.

As especificidades da saúde mental reforçam a importância de o cuidador estar bem, de maneira a poder cuidar melhor dos outros:

Eu acho que isso é uma queixa geral de quem trabalha na saúde mental é um serviço realmente pesado, você tem que ter estrutura emocional, você tem que estar bem, você cuida da dor do outro. Essa dor é uma dor muito mais complexa do que uma dor na coluna é a dor da alma é a dor da falta de condição de vida é a dor do sofrimento mesmo e tal.

O fato de trabalhadores adoecidos serem encaminhados para trabalhar nos serviços de saúde mental, conforme emergiu nos discursos e observações é sintomático do problema. Além disso, o lugar que os trabalhadores ocupam na relação com a gestão é um componente do cuidado. Na ausência de espaços formais, pode-se observar a construção de espaços informais em um dos CAPS, que apresenta melhores indicadores no MBI. O núcleo mais coeso de trabalhadores tem momentos não sistemáticos de cuidado, como relaxamento, propiciados por um colega da equipe:

Tem dia que não tá bem: “N. (colega) vamos fazer”. Como foi uma sexta-feira à tarde. Até na época do problema com nosso colega de trabalho, tirou a sexta-feira à tarde, fez todo um relaxamento.

A gente tem um colega que infelizmente ele não está aqui hoje, o N., que ele trabalha muito com essas terapias corporais e assim ele também tem esse papel importante, a gente sempre procura fazer essas coisas, relaxamento quando ele tem tempo e dia de sexta-feira à tarde fazer uma convivência que ele é o facilitador. ...de corporal, a gente já fez alguns enterros simbólicos algumas vivências e ele se propõe bem assim nesse papel, ele participa da equipe, mas facilita bem esses momentos. Ele vai e volta, eu o admiro muito. Como ele não tá quarenta horas aqui dentro, então ele fica mais fácil ele não... eu acho assim que é uma habilidade que ele tem pessoal mesmo, porque assim eu não toparia uma coisa dessas porque ele faz o momento vivencial pontua as coisas assim, e ao mesmo tempo ele é da equipe e a gente se sente bem nisso assim. E a gente participa de momentos em (outro município) que ele convida sempre, a gente de vez em quando vai.

Aquele do dia cinco a gente vai tá lá, ele trabalha com caminhadas... na natureza, ele trabalha com... e a gente sempre se empolga um pouco com isso.

No entanto, predominam formas individuais e pessoais de cuidado, que passam por terapia *stricto sensu*, mas também por outras concepções de terapia associadas aos cuidados físicos, pelo convívio familiar e social e pelo cultivo de dimensões pessoais da espiritualidade:

Eu faço terapia, há bastante tempo, já vai fazer mais de um ano e cada uma aqui tenta; essa daqui faz academia e dança do ventre, são algumas coisas assim.

Eu tenho alguns rituais meus interessantes, eu não faço terapia, mas quando eu tô muito cansada precisando me sintonizar com algo maior que pra mim é uma energia, uns chamam de Deus, não dou nome, então assim eu facho a porta do meu quarto eu acendo um incenso faço uma meditaçãozinha talvez pela a minha história passada quer dizer já me envolvi com “mestre” indiana então eu tenho uma história de meditação de práticas meditativas, workshops e tudo que eu participei e eu acho que isso me dá um suporte pra tá aqui.

(...) então pra mim eu acho que o cuidado também é o amor, eu acho que essa coisa do amor é importante. Primeiro que o amor com que eu faço né, o amor que eu tenho fora daqui que me ajuda muito que é uma pessoa que me acompanha que é meu companheiro que me dá muita força e tal. Os meus amigos, eu acho que eles são muito importantes comigo, pra mim, porque é com eles que eu troco eles me ajudam eu os ajudo a gente troca a gente sai, então assim eu não tenho um suporte fora nesse sentido terapêutico que eu acho até interessante, mas eu tenho meus mecanismos de procurar esse equilíbrio porque eu preciso passar isso pra pessoas, eu também faço academia eu tenho que fazer uma atividade física pra poder tá legal me sentir melhor auto estima melhorar, então é uma gama de atividades que me dão, eu respiro em Fortaleza e venho, eu bebo a luz e venho passar a luz pros outros é assim. É assim que eu tento fazer.

(...) não eu tenho assim de fazer uma terapia uma coisa assim não, eu voltei a fazer natação tava afastada e me relaxa eu tô até um mês parada, mas foi problema de saúde, gripe e tudo, parei, mas faço minha natação me relaxo me sinto bem, e a minha filha, minha casa com todos os problemas consigo conviver bem me dedico muito a ela saio, mesmo trabalhando chegando em casa tarde me arrumo saio vou passear vou passear no shopping vou para uma praça um parque eu faço muito isso eu não abro mão disso. (...) é sagrado é pra mim sair pra me divertir entendeu, eu levo a vida assim, e as vezes quando eu não chego muito bem eu converso com um aqui, faço a massoterapia e alivia um probleminha outro que todo mundo tem que ninguém vive sem problema e vou numa boa, acendo um incensozinho na minha sala, um incenso lá casa, gosto, só assim mesmo.

Foram pontuadas diferenças entre cuidado e lazer, que parecem associadas às diferenças salariais e classe social. A pessoa de nível médio, presente no grupo focal, não refere atividades de lazer e cuidado remuneradas. Sua forma de cuidado restringe-se, paradoxalmente, ao seu papel de cuidadora na família:

Se for falar da minha terapia, gente, é os meninos, é trabalhar muito o final de semana só isso. (Trabalhador)

E isso é terapia? (Pessoa do grupo)

Não, na verdade eu acho que é porque eu fico bem comigo mesma, então, eu procuro vivenciar, viver a vida da melhor forma possível eu acho que é isso. Em casa cuidando dos meus filhos cuidando da minha casa e ser alegre ser calma procurar ser paciente é isso. Na verdade, terapia mesmo é a família. (Trabalhador)

6.2 Limites da Abordagem Quantitativa

Em um dos grupos focais as pessoas expressaram sua percepção sobre os questionários respondidos, utilizados na pesquisa quantitativa, abordando as limitações dos instrumentos e relatando certo alívio pela possibilidade de poder falar sobre questões que não foram contempladas na abordagem quantitativa.

Eu fiquei decepcionada, porque na verdade eu esperava uma pesquisa abrangendo tudo, a questão dos gestores, do profissional e eu me deparei com a questão só do profissional. E no momento daquela pesquisa a gente passava por algumas questões específicas e a gente falou, puxa vem alguém aqui pra dar um alento à gente nesse sentido, e quando eu comecei a responder e depois eu tive uma conversa com a (pesquisadora), eu coloquei pra ela, puxa eu esperava outra coisa, eu esperava que a gente pudesse tocar nas nossas insatisfações não do nosso cotidiano, não sei se vocês conseguem entender, mas não ao nível do nosso trabalho.

Mas eu também fico pensando como é que a gente avalia o trabalhador se a gente não avalia também a estrutura proporcionada a ele. Porque muitas vezes o trabalhador tem uma dedicação e ele gosta do que ele faz, mas as questões internas não permitem que o desempenho saia tão bom e não é o paciente que faz essa diferença é o que é oferecido em nível mesmo de serviços, então a minha decepção na pesquisa foi nesse sentido.

Isso reforça a importância de realizar pesquisas com abordagens combinadas, destacando que a abordagem qualitativa permite voz a questões relacionadas ao trabalho, nem sempre passíveis de se captar por instrumentos estruturados.

6.3 Algumas Considerações Sobre Os Resultados da Abordagem Qualitativa

A abordagem qualitativa caracterizou-se por ser exploratória. Contudo, muitas informações coletadas nos grupos focais foram também observadas e registradas em diário-de-campo. A síntese da análise qualitativa, situando os temas apresentados no contexto dos serviços, é descrita a seguir, lembrando que os achados qualitativos não são passíveis de generalização.

As características do CAPS que apresentou melhores indicadores na escala MBI, situado em um município metropolitano de médio porte, são dignas de nota. Nesse CAPS ficam mais evidentes as dimensões existenciais e as falas de realização com o trabalho, enquanto que no CAPS da capital predominaram as falas a respeito da grande demanda e sobrecarga do trabalho. Isso aponta para a importância da organização de serviços municipais de saúde na determinação da relação dos trabalhadores com o trabalho no CAPS. Serviços com grandes populações adscritas não conseguem realizar as funções propostas adequadamente. Esse pode ser um fator de menor satisfação, menor realização e maior impacto na saúde dos trabalhadores. A questão apresentou associações estatisticamente significativas na pesquisa quantitativa, mostrando menor satisfação e maior tendência para despersonalização entre os trabalhadores de CAPS da região metropolitana.

A abordagem quantitativa também evidenciou tendência de maior impacto e menor realização nos CAPS II em relação aos CAPS I. Lembramos que a pesquisa qualitativa foi realizada em dois CAPS diferentes, I e II. No CAPS I surgiram

dimensões existenciais e um sentido de realização com o trabalho que não emergiu no discurso dos trabalhadores do CAPS II.

Em ambos os serviços a recepção da equipe e o processo de identificação gradual com o trabalho emergiram nos discursos, sendo que a maioria relata não ter tido experiências prévias em saúde mental. Contudo, a relação com o gestor apareceu de forma bem veemente, tomando grande tempo das falas do grupo do CAPS do município de menor porte. É interessante observar que nos municípios menores a os trabalhadores costumam ter acesso mais direto à gestão e às possibilidades e dificuldades que esta pode representar. Talvez esse seja um fator importante a considerar, visto nos grandes municípios as relações entre trabalhadores e gestor serem mais distantes e despersonalizadas.

Outro aspecto interessante, que vale ressaltar novamente, é o fato de que as condições físicas e estruturais de trabalho não parecerem ser o mais importante para a satisfação dos trabalhadores do CAPS no município de menor porte. Talvez a percepção das pessoas esteja mais voltada para os problemas que precisam ser solucionados do que para questões já resolvidas. Além disso, destaca a importância das dimensões relacionais e intersubjetivas sobre as condições físicas e estruturais nos serviços.

A relação com outros serviços, sobretudo os encaminhamentos de pacientes do PSF para o CAPS sem critérios, surgiu em ambos os grupos. A importância das equipes dos CAPS trabalharem junto com a atenção básica, capacitando os trabalhadores da rede também foi destacada em ambos os grupos. A ideia de trabalho em rede, em que os problemas mentais da população não são resolvidos exclusivamente pelos CAPS, é uma interpretação possível dessa questão.

Em relação às dinâmicas internas de poder, à circulação e deslocamentos de poderes, os achados foram semelhantes em ambos os serviços, bem como em outros CAPS no decorrer do trabalho de campo. A divisão técnica do trabalho expressa uma relação hierárquica e de poder e foi evidenciada em ambos os serviços.

Finalmente, a importância das relações pessoais e afetivas com os colegas de trabalho, bem como a espontaneidade em falar de práticas de cuidado pessoais emergiu exclusivamente no grupo focal do CAPS do município de menor porte, com melhores

indicadores na escala MBI. Em geral. Observa-se maior facilidade em expor-se, abordando temas tensos e a relação da equipe no CAPS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi Investigar as condições organizacionais dos CAPS gerais do Ceará, considerando as repercussões na saúde mental dos trabalhadores dos serviços. Investigar a saúde mental dos cuidadores, a satisfação e impacto do trabalho nas condições de saúde e bem estar é importante tendo em vista as repercussões no processo de cuidado. Utilizando-se duas abordagens distintas: quantitativa e qualitativa, procurou-se identificar os principais determinantes da saúde mental dos cuidadores e o estado geral desses trabalhadores.

A pesquisa constitui um marco importante na área da saúde mental dos “trabalhadores em saúde mental”, uma vez que a amostra do estudo se aproxima de um censo de toda a categoria no estado do Ceará, abarcando os trabalhadores de 36 CAPS da região. Por outro lado, o estudo qualitativo, apesar de limitado a dois CAPS, mostra novas dimensões relacionadas às questões abordadas e complementa a investigação realizada pelos questionários.

Os resultados mostram, entre outras coisas, uma relação positiva entre ser portador de transtorno mental comum (SRQ-20) e a presença de insatisfação com o trabalho, bem como maior impacto deste sobre o trabalhador, maior exaustão emocional e menor realização profissional. Nesse caso, é difícil determinar a natureza das associações. No entanto, essas relações, em si, indicam a necessidade de um melhor cuidado dos servidores, uma vez que suas condições de saúde mental podem afetar diretamente o trabalho de atendimento dos usuários.

Outra dimensão importante tem a ver com o fato de ser médico ou psiquiatra da equipe. Os médicos e psiquiatras são os menos satisfeitos e, com os outros profissionais de nível superior, sofrem o maior impacto do trabalho, além disso, os profissionais de nível superior apresentam maior exaustão emocional e menor realização profissional na escala de *burnout*. No que se refere à posição dos médicos, de certa forma, os resultados corroboram o discurso das equipes entrevistadas, em que o médico é colocado em um lugar diferente dos outros profissionais. Novamente é difícil determinar a direção dessa relação, mas fica claro que os membros médicos das equipes vivem uma situação de isolamento em relação aos outros cuidadores, autodeterminada ou determinada pelo grupo, influenciada por outros fatores socioeconômicos, e merece investigação mais

aprofundada. Por outro lado, os cuidadores de nível superior, em geral, são menos satisfeitos com o trabalho, sofrem um maior impacto e apresentam maior exaustão emocional e menor realização profissional. Os dados, tomados em conjunto, e a interpretação do discurso das equipes mostram o sofrimento dos cuidadores da saúde mental, dada a imensa carência dos usuários, demanda, e poucos recursos para suprir essas necessidades, gerando conflitos internos entre demanda e sentimentos de baixa resolutividade das ações possíveis. É importante salientar que, nesse processo, não são as condições físicas de trabalho as mais importantes, mas as condições relacionais e intersubjetivas, bem como o pouco controle das condições socioeconômicas determinantes dos transtornos e da resolutividade do tratamento dos usuários.

Outra dimensão interessante, de certa forma relacionada à anterior, é o tempo de serviço na área. A análise quantitativa mostrou que estar trabalhando na área por, relativamente, pouco tempo (entre 1 a 10 anos) é fator de menor satisfação com o trabalho, maior exaustão emocional e gerador de transtornos mentais comuns. Talvez o pouco tempo de trabalho dê origem a sentimentos negativos diante da resolutibilidade dos transtornos mentais dos clientes atendidos, acentuando o sentimento de inutilidade do trabalho e a importância das questões relacionais e intersubjetivas. Com o passar dos anos, o cuidador acaba por entender melhor a situação, conhecendo os limites ou se acomodando melhor à situação.

Por outro lado, o gestor e a facilidade de acesso à direção do sistema local de saúde parecem ser variáveis intervenientes capazes de acentuar ou amenizar os problemas expostos, como indicam as falas das equipes entrevistadas. Esse aspecto sugere a importância da descentralização dos serviços ou a facilitação do processo de comunicação equipes-gestor ou equipes-sistema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbad, G.; Torres, C. V. (2002) Regressão múltipla stepwise e hierárquica em Psicologia Organizacional: aplicações, problemas e soluções. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7(esp): 19-29.
- Abreu, K.L.; Stoll, I.; Ramos, L.S.; Baumgardt, R.A.; Kristensen, C.H. (2002) Estresse ocupacional e Síndrome de *Burnout* no exercício profissional da psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 22(2): 22-29.
- Acker, G.M. (1999) The impact of clients' mental illness on social workers' job satisfaction and burnout. *Health and Social Work*, 24(2): 112-119.
- Ahola, K.; Honkonen, T.; Isometsä, E.; Kalimo, R.; Nykyri, E.; Aromaa, A.; Lönnqvist, J. (2005) The relationship between job-related *burnout* and depressive disorders - results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 88(1): 55-62.
- Alberto, L. C. F. (2000) *Os determinantes da felicidade no trabalho: um estudo sobre a diversidade nas trajetórias profissionais de engenheiros*. Dissertação (Mestrado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo: USP.
- Almeida, O.P. (1999) Sintomas psiquiátricos entre pacientes com demência atendidos em um serviço ambulatorial. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57(4): 937-943.
- Alverga, A.R.; Dimenstein, M. (2006) A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface* 10(20): 299-316.
- Amarante, P. (1996) *O Homem e a Serpente. Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.
- Amarante, P. (Coord.) (1998) *Loucos Pela Vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.
- Antunes, S.M.M.O.; Queiroz, M.S. (2007) A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1): 207-215.
- Araújo, T. M.; Aquino, E.A.; Menezes, G.; Santos, C.O.; Aguiar, L. (2003) Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, 37(4): 424-433.
- Atance Martinez, J.C. (1997) Epidemiologic aspects of the *burnout* syndrome in hospital personnel. *Revista Espanola de Salud Publica*, 71(3): 293-303.

Bandeira, M.; Pitta, A.M.F.; Mercier, C. (1999) Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48 (6): 233-244.

Bandeira, M.; Pitta, A.M.F.; 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.

Benevides-Pereira, A.M.T. (Org.) (2002) *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bernardes, A.G.; Guareschi, N.M.F. (2004) Trabalhadores da saúde mental: cuidados de si e formas de subjetivação *Psicologia USP*, 15(3): 81-101.

Bichaff, R. (2006) *O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da reforma Psiquiátrica*. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP.

Borges, L.H.; Jardim, S.R.; Silva Filho, J.F.; Silva, M.G.R. (1997) Uso do self reporting questionnaire em estudos sobre a saúde mental dos trabalhadores. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 46(9): 483-486.

Borges, L.O.; Argolo, J.C.T.; Baker, M.C.S. (2006) Os valores organizacionais e a Síndrome de *Burnout*: dois momentos em uma maternidade pública. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 19(1): 34-43.

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.

Brant, L.C.; Minayo-Gómez, C.M. (2005) O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (4): 939-952.

Brasil (2001) *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2004) *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.

Brasil (2006) *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

Caballero Martin, M.; Bermejo Fernandez, F.; Nieto Gómez, R.; Caballero Martinez, F. (2001) Prevalence and factors associated with *burnout* in a health area. *Atención Primaria*, 27(5): 313-317.

Cabana, M.C.F.L.; Ludemir, A.B.; Silva, E.R.; Ferreira, M.L.L.; Pinto, M.E.R. (2007) Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(1): 33-40.

Campos, C.M.S.; Soares, C.B. (2003) A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. *Ciências & Saúde Coletiva*, 8(2): 2003.

Campos, F.C.B. (2000) *O modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. Tese (Doutorado), Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas: UNICAMP.

Carbone, P.P. (2000) Cultura organizacional no setor público brasileiro: desenvolvendo uma metodologia de gerenciamento da cultura. *Revista de Administração Pública*, 34(2): 133-144.

Carlotto, M.S. (2002) A síndrome de *Burnout* e o trabalho docente. *Psicologia Em Estudo*, 7(1): 21-29.

Carlotto, M. S.; Câmara, S. G. (2004) Análise fatorial do Malasch Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em Estudo*, 9(3): 499-505.

Carlotto, M.S.; Palazzo, L.S. (2006) Síndrome de *burnout* e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5): 1017-1026.

Collins, S.; Long, A. (2003) Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers--a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(4): 417-424.

Costa, J.S.D.; Menezes, A.M.B.; Olinto, M.T.A.; Gigante, D.P.; Macedo, S.; Britto, M.A.P.; Fuchs, S.C. (2002) Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5(2): 164-173.

Costa-Rosa, A.; Luzio, C.A.; Yasui, S. (2003) Atenção Psicossocial: resumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: P. Amarante (Coord.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora.

Dejours, C. (1994) A carga psíquica do trabalho. In: C. Dejours; E. Abdoucheli; C. Jayet (Orgs.) *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. 3ª ed. São Paulo: Atlas.

Dejours, C.; Abdoucheli, E. (1994) Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In C. Dejours; E. Abdoucheli; C. Jayet (Orgs.). *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. 3ª ed. São Paulo: Atlas.

Delcor, N. S.; Araújo, T.M.; Reis, E.J.F.B.; Porto, L.A.; Carvalho, F.M.; Silva, M.O.; Barbalho, L.; Andrade, J.M. (2004) Condições de trabalho e saúde dos professores da

rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1): 187-96.

Dussault, G. (1992) A gestão dos services públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*, 26(2): 8-19.

Edwards, D.; Burnard, P.; Coyle, D.; Hannigan, B. (2000) Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 7 (1): 7-14.

Evans, S.; Huxley, P.; Gately, C.; Webber, M.; Mears, A.; Pajak, S.; Medina, J.; Kendall, T.; Katona, C. (2006) Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *The British Journal of Psychiatry*, 188: 75-80.

Fernandes, J.D.; Melo, C.M.M.; Gusmão, M.C.C.M.; Fernandes, J.; Guimarães, A. (2006) Salud mental y trabajo: significados y límites de modelos teóricos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5): 803-811.

Ferrer, A. L. (2007) *Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura*. Dissertação (Mestrado), Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas de Campinas. Campinas: UNICAMP.

Foucault, M. (1987) *A História da Loucura na Idade Clássica*. 2ª ed. São Paulo: Ed. Perspectiva.

Galeazzi, G.M.; Delmonte, S.; Fakhoury, W.; Priebe, S. (2004) Morale of mental health professionals in Community Mental Health Services of a Northern Italian Province. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 13(3): 191-197.

Garcia, M.L.P.; Jorge, M.S.B. (2006) Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. *Ciências & Saúde Coletiva*, 11(3): 765-774.

Gastaud, M.B.; Souza, L.D.M.; Braga, L.; Horta, C.L.; Oliveira, F.M.; Sousa, P.L.R.; Silva, R.A. (2006) Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de Psicologia: Estudo Transversal. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1):12-18.

Glasberg, J.; Horiuti, L.; Novais, M.A.B.; Canavezzi, A.Z.; Miranda, V.C.; Chicoli, F.A.; Gonçalves, M.S.; Bensi, C.G.; Giglio, A. (2007) Prevalence of the burnout syndrome among Brazilian medical oncologists. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53(1): 85-89.

Gil-Monte, P.R. (2002) Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (*Burnout*) en profesionales de enfermería. *Psicologia em Estudo*, 7(1): 3-10.

Goffman, E. (1988). *Estigma*. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC Editora.

Harding, T.W.; Arango, M.V.; Baltazar, J.; Climent, C.E.; Ibrahim, H.H.A.; Ignacio, L.L.; Murthy, R.S.; Wig, N.N. (1980) Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. *Psychological Medicine*, 10: 231-241.

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 Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(2): 127-134.

Hiscott, R.D.; Connop, P.J. (1990) The health and wellbeing of mental health professionals. *Canadian Journal of Public Health*, 81(6):422-426.

Imai, H.; Nakao, H.; Tsuchiya, M.; Kuroda, Y.; Katoh, T. (2004) Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(9): 764-768.

Jardim, S.R.; Silva Filho, J.F. (2001) O desemprego do trabalho na saúde mental: campo e poder do diagnóstico psiquiátrico na assistência aos trabalhadores. In: A.T. Venâncio; M.T. Cavalcanti (Orgs.) *Saúde Mental: Campo, Saberes e Discursos*. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA.

Jeanneau, M.; Armelius, K. (2000) Self-image and burnout in psychiatric staff. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(5): 399-406.

Jenkins, R.; Elliott, P. (2004) Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6): 622-631.

Kielhofner, G.; Faota, L. (2004) *Conceptual foundations of occupational therapy*. 3ª ed. Filadélfia: F. A. Davis Company.

Leopardi, M. T.; Gelbcke, F. L.; Ramos, F. R. S. (2001) Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 10(1): 32-49.

Lima, M. (2006) *Entre o discurso e a prática: Há reforma? Uma reflexão sobre práticas interventivas de cuidado na clínica da saúde mental*. Dissertação (Mestrado), Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco. Recife: PUC-Pernambuco.

Lloyd, C.; King, R. (2004) A survey of burnout among Australian mental health occupational therapists and social workers. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 39(9): 752-757.

Ludemir, A.B. (2005) Associação dos Transtornos Mentais Comuns com a informalidade das relações de trabalho. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(3): 198:204.

- Lunnardi Filho, W.D. (1997) Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo do trabalho da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 50 (1): 77-92.
- Luzio, C.A.; L'Abbate, S. (2006) A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface*, 10(20): 281-298.
- Mari, J.; Willians, P.A. (1986) A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry*, 148: 23-26.
- Martin, U.; Schinke, S.P. (1998) Organizational and individual factors influencing job satisfaction and burnout of mental health workers. *Social Work and Health Care*, 28(2): 51-62.
- Martinez, M.C. (2002) As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo: USP.
- Martinez, M.C.; Paraguay, A.I.B.B. (2003) Satisfação e saúde no trabalho - aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 6(1): 73-84.
- Maslach, C.; Jackson, S.E.; Leiter, M.P. (1996) *Maslach Burnout Inventory Manual*. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist' s Press.
- Maslach, C.; Leiter, M.P. (1999) *Trabalho: fonte de prazer ou desgaste?* São Paulo: Papyrus.
- Maslach, C.; Schaufeli, W.B.; Leiter, M.P. (2001) Job *burnout*. *Annual Review of Psychology*, 52: 397-422.
- Mari, J. J.; Williams, P. (1995) A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine*, 15(3): 651-659.
- Mendes-Gonçalves, R.B. (1992) *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cadernos CEFOR - Texto 1.
- Merhy, E.E. (2002) *Saúde: a Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: HUCITEC.
- Merhy, E.E. (2007) Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: E.E. Merhy; H. Amaral (Orgs.) *A Refomra Psiquiátrica no Cotidiano II*. São Paulo: HUCITEC.
- Minayo, M.C.S. (1992) *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.

Nogueira-Martins, L.A.; Fagnani Neto, R.; Macedo, P.C.M.; V.A.; Cítero, V.A.; Mari, J.J. (2004) The mental health of graduate students at the Federal University of São Paulo: a preliminary report. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 37(10): 1519-1524.

Oliveira, A.G.B.; Alessi, N.P. (2003) O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3): 333-340.

OIT - Organização Internacional do Trabalho (1984). *Psychosocial factors at work: recognition and control*. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health - Ninth Session. Geneva: International Labour Office.

OMS/OPAS - Organização Mundial da Saúde/Organização Panamericana da Saúde. *Relatório sobre a Saúde no Mundo, 2001: Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança*. Genève: OMS/OPAS, 2001.

Peduzzi, M. (2001) Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 35(1): 103-109.

Pires, J.C.S.; Macêdo, K.B. (2006) Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 40(1): 81-105.

Porto, M.F. S.; Almeida, G.E.S. (2002) Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. *Ciências & Saúde Coletiva*, 7(2): 335-347.

Priebe, S.; Fakhoury, W.K.; Hoffmann, K.; Powell, R.A. (2005) Morale and job perception of community mental health professionals in Berlin and London. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(3): 223-232.

Prosser, D.; Johnson, S.; Kuipers, E.; Szmukler, G.; Reid, Y.; Bebbington, P.; Thornicroft, G. (1996) Mental health, 'Burnout' and job satisfaction among hospital and community-based mental health staff. *The British Journal of Psychiatry*, 169: 334-337.

Prosser, D.; Johnson, S.; Kuipers, E.; Dunn, G.; Szmukler, G.; Reid, Y.; Bebbington, P.; Thornicroft, G. (1999) Mental health, 'burnout' and job satisfaction in a longitudinal study of mental health staff. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(6): 295-300.

Rabelo, A.R.; Mattos, A.A.Q.; Coutinho, D.M.; Pereira, N.N. (2006) *Um Manual para o CAPS: Centros de Atenção Psicossocial*. 2ª ed. Salvador: EDUFBA.

Rabelo, I.V.M.; Torres, A.R.R. (2005) Trabalhadores em saúde mental: relações entre práticas profissionais e bem-estar físico e psicológico. *Psicologia Ciência e Profissão*, 25(4): 614-625.

- Ramminger, T. (2005). *Trabalhadores de Saúde Mental: Reforma Psiquiátrica, Saúde do Trabalhador e Modos de Subjetivação nos Serviços de Saúde Mental*. Dissertação (Mestrado), Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS.
- Rebouças, D.; Legay, L. F.; Abelha, L. (2007) Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, 41(2): 244-250.
- Reid, Y.; Johnson, S.; Morant, N.; Kuipers, E.; Szmukler, G.; Thornicroft, G.; Bebbington, P.; Prosser, D. (1999) Explanations for stress and satisfaction in mental health professionals: a qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(6): 301-308.
- Reis, E.J.F.; Araújo, T.M.; Carvalho, F.M.; Barbalho, L.; Silva, M.O. (2006) Docência e exaustão emocional. *Educação & Sociedade*, 27(94): 229-253.
- Rigotto, R.M. (2004) *O "Progresso" Chegou. E Agora? As Tramas da (In)Sustentabilidade e a Sustenação Simbólica do Desenvolvimento*. Tese (Doutorado), Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza: UFC.
- Rosa, L.C.S. (2006) *O Nordeste na Reforma Psiquiátrica*. Teresina: EDUFPI.
- Sampaio, J.J.C.; Santos, A.W.G. (1996) A experiência dos Centros de Atenção Psicossocial e o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica. In: A. Pitta (Org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC.
- Silveira, R.A. (2005) *Michel Foucault: Poder e Análise das Organizações*. São Paulo: FGV Editora.
- Silveira, L.C.; Silva, L.M.S.; Silva, M.R.F.; Alencar, M.N.; Brasileiro, G.M.V.; Almeida, A.N.S.; Macêdo, S.M. (2007) *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial segundo parâmetros de humanização da gestão*. Relatório Final de Atividades. Projeto de Pesquisa FUNCAP/UECE.
- Silveira, N.M.; Vasconcellos, S.J.L.; Cruz, L.P.; Kiles, R.F.; Silva, T.P.; Castilhos, D.G.; Gauer, G.J.C. (2005) Avaliação de burnout em uma amostra de policiais civis. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27 (2): 159-163.
- Sobrinho, C.L.N.; Carvalho, F.M.; Bonfim, T.A.S.; Cirino, C.A.S.; Ferreira, I.S. (2006) Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (1): 131-140.
- Takeda, F.; Yokoyama, E.; Miyake, T.; Ohida, T. (2002) Mental health and job factors in social workers at social welfare offices. *Journal of Occupational Health*, 44(66): 385-390.

Tamayo, M.R.; Tróccoli, B.T. (2002) Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7(1): 37-46.

Tamayo, A. (Org) (2004) *Cultura e Saúde nas Organizações*. Porto Alegre: ARTMED.

Testa, M. (1992) *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: ARTMED.

Thomsen, S.; Soares, J.; Nolan, P.; Dallender, J.; Arnetz, B. (1999) Feelings of professional fulfillment and exhaustion in mental health personnel: the importance of organisational and individual factors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(3): 157-64.

Thoresen, C.J.; Kaplan, S.A.; Barsky, A.P; Warren, C.R.; Chermont, K.(2003) The affective underpinnings of job perceptions and attitudes: a meta-analytic review and integration. *Psychological Bulletin*, 129(6): 914-45.

Traldi, M.S. (2006) *O que é Centro de Atenção Psicossocial Hoje? Revendo um conceito e uma prática à luz das transformações estruturais contemporâneas*. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo: USP.

Tucunduva, L.T.C.; Garcia, A.P.; Prudente, F.V.B.; Centofanti, G.; Souza, C.M.; Monteiro, T.A.; Vince, F.A.H.; Samano, E.S.T.; Gonçalves, M.S.; Giglio, A. (2006) A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52(2): 108-112.

Vieira, I.; Ramos, A.; Martins, D.; Bucasio, E.; Benevides-Pereira, A.M.; Figueira, I.; Jardim, S. (2006) *Burnout* na clínica psiquiátrica: relato de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(3): 352-356.

Yasuí, S. (2006) *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Tese (Doutorado), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Zerbetto, S.R.; Pereira, M.A.O. (2005) O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (1): 112-117.

ANEXOS

Questionários

Roteiro de Grupo Focal

QUESTIONÁRIOS

“ANÁLISE DAS CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS E DE SEU IMPACTO SOBRE A SAÚDE DOS TRABALHADORES DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO CEARÁ”

Obrigado por aceitar ser entrevistado neste estudo do Observatório de Saúde do Trabalhador do Ceará, financiado pelo Ministério da Saúde/OPAS, e sob coordenação da Profa. Raquel Maria Rigotto (UFC/CE). Esta pesquisa trata da “Análise das condições organizacionais e de seu impacto sobre a saúde dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial do Ceará” (CAPS), e pretende conhecer melhor a experiência dos trabalhadores dos CAPS.

A pesquisa utiliza questionários adaptados e validados como as escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR¹, o Maslach Burnout Inventory (MBI), e o SRQ-20 (OMS).

Todas as informações fornecidas por você serão mantidas estritamente confidenciais e seu anonimato é garantido.

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.

01. QES _____	QES _____
02. DATA ____/____/____	DATA __/__/__
03. CAPS _____	CAPS _____
04. MUNICÍPIO _____	MUN _____
05. ENTREVISTADOR _____	ENT _____

¹ 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.

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA
COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL
(SATIS-BR)**

Na primeira parte deste questionário, vamos lhe fazer algumas perguntas sobre o seu grau de satisfação com a instituição na qual você trabalha atualmente.

A coluna da direita é para codificação posterior pelos pesquisadores. Você não precisa preenchê-la. Apenas marque a opção que achar conveniente na coluna do meio.

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	TRANS ____
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	TGAS ____
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 anos	2	
Entre 1 e 2 anos	3	TPTRA ____
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	SAT ____
Satisfeito	4	
Muito satisfeito	5	

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

Muito improvável	1	CHAN ____
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	EXP ____

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

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

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	GRES ____

9. Você se sente sobrecarregado no seu serviço?

Sempre	1	
Freqüentemente	2	
Mais ou menos	3	SOB ____
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	COL ____

11. Com que freqüência você tem reuniões de equipe?

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

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

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

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	REU ____

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	UREU ____

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

Nunca	1	
Raramente	2	
Mais ou menos	3	APO ____
Freqüentemente	4	
Sempre	5	

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

Sempre	1	
Freqüentemente	2	
Mais ou menos	3	
Raramente	4	
Nunca	5	CON ____

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

Muito insatisfeito	1	
Insatisfeito	2	
Indiferente	3	QCON ____
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	AUT ____
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	FDIS ____

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

Nunca	1	
Raramente	2	
Mais ou menos	3	
Freqüentemente	4	
Sempre	5	FDEC ____

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

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

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

Nunca	1	
Raramente	2	
Mais ou menos	3	PATI ____
Freqüentemente	4	
Sempre	5	

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

Muito insatisfeito	1	
Insatisfeito	2	
Indiferente	3	SPAR ____
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	
Freqüentemente	4	
Sempre	5	FAVA ____

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

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

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

Nunca	1	
Raramente	2	
Mais ou menos	3	OPI ____
Freqüentemente	4	
Sempre	5	

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

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

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

Nunca	1	
Raramente	2	
Mais ou menos	3	CLI ____
Freqüentemente	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	SCLI ____
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	TCLI ____
Amigável	4	
Muito amigável	5	

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

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

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

Muito insatisfeito	1	
Insatisfeito	2	
Indiferente	3	BEN ____
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	ATEN ____
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	CPAC ____
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	CSM ____
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	NEC ____
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	NREC ____
Acho que há	2	
Talvez	3	
Acho que não há	4	
Não, certamente que não	5	

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

Muito insatisfeito	1	
Insatisfeito	2	
Indiferente	3	INF ____
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	TTO ____
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	TPAC ____
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	AJU ____
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	PRI ____
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 neste serviço?

Muito insatisfeito	1	
Insatisfeito	2	
Indiferente	3	CONF ____
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	CONT ____
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	FCON ____
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	OPÇ ____
Não sabe (questão 48)	4	

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	ESC ____
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	FAM ____
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	SFAM ____
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	TFAM ____
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	EFAM ____
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	COMP ____
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	SCOM ____
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	SEG ____
Muito	4	
Extremamente	5	

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

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

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

Muito insatisfeito	1	
Insatisfeito	2	
Indiferente	3	AMB ____
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	INST ____
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 não	1	
Não, acho que não	2	
Talvez	3	AMI ____
Sim, acho que sim	4	
Sim, com certeza	5	

59. Você acha que o serviço poderia ser melhorado ?

Sim	1	
Não	2	MEL ____

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

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	TPAC ____
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	ATIP ____
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	LOC ____
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	HOR ____
Manhã e tarde	3	
Noite	4	

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	FRU ____
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	SOBR ____
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	AGR ____
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	SASM ____
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	AFE ____
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	PRO ____
Freqüentemente	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	MED ____
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	REM ____
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	CANS ____
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	AFAS ____
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	EMO ____
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	SONO ____
Freqüentemente	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	DEPR ____
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	CULP ____
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	ESTR ____
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	PREAJ ____
Freqüentemente	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	SUP ____
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	OUT ____
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	EMP ____
Muito	4	
Extremamente	5	

24. Você pensa em mudar de campo de trabalho?

Nunca	1	
Raramente	2	
Mais ou menos	3	MUD ____
Freqüentemente	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	REL ____
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	ATFAM ____
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	DMFAM ____
Freqüentemente	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	SOC ____
Muito	4	
Extremamente	5	

MASLACH BURNOUT INVENTORY

POR FAVOR, LEIA COM ATENÇÃO AS AFIRMAÇÕES E INDIQUE NA COLUNA AO LADO, SEGUNDO A ESCALA, O QUANTO VOCÊ SENTE O RELATADO EM CADA AFIRMAÇÃO.

0 Nunca	1 Raramente (poucas vezes no ano ou menos)	2 De vez em quando (poucas vezes no mês ou menos)	3 Regularmente (poucas vezes no mês)	4 Frequentemente (uma vez por semana)	5 Muito frequentemente (várias vezes na semana)	6 Sempre (todo dia)
1. Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.						
2. Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.						
3. Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.						
4. Eu posso entender facilmente o que sente a minha clientela acerca das coisas.						
5. Eu sinto que eu trato alguns dos meus clientes como se eles fossem “objetos”.						
6. Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado.						
7. Eu trato de forma adequada os problemas de minha clientela.						
8. Eu me sinto esgotado com o meu trabalho.						
9. Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.						
10. Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho.						
11. Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.						
12. Eu me sinto muito cheio de energia.						
13. Eu me sinto frustrado com o meu trabalho.						
14. Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.						
15. Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns de meus clientes.						
16. Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.						
17. Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com a minha clientela.						
18. Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com minha clientela.						
19. Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.						
20. Eu me sinto como se estivesse no meu limite.						
21. No meu trabalho eu lido com os problemas emocionais com muita calma.						
22. Eu sinto que os clientes me culpam por alguns de seus problemas.						

SELF-REPORT QUESTIONNAIRE-20 (SRQ-20) / OMS

POR FAVOR, LEIA COM ATENÇÃO AS PERGUNTAS E ASSINALE NA ÚLTIMA COLUNA O NÚMERO QUE CORRESPONDE À SUA RESPOSTA

01- Tem dores de cabeça freqüentes?	1- Sim	2- Não	
02- Tem falta de apetite?	1- Sim	2- Não	
03- Dorme mal?	1- Sim	2- Não	
04- Assusta-se com facilidade?	1- Sim	2- Não	
05- Tem tremores de mão?	1- Sim	2- Não	
06- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	1- Sim	2- Não	
07- Tem má digestão?	1- Sim	2- Não	
08- Tem dificuldade de pensar com clareza?	1- Sim	2- Não	
09- Tem se sentido triste ultimamente?	1- Sim	2- Não	
10- Tem chorado mais do que de costume?	1- Sim	2- Não	
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1- Sim	2- Não	
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	1- Sim	2- Não	
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	1- Sim	2- Não	
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1- Sim	2- Não	
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	1- Sim	2- Não	
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1- Sim	2- Não	
17- Tem tido idéias de acabar com a vida	1- Sim	2- Não	
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1- Sim	2- Não	
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?	1- Sim	2- Não	
20- Você se cansa com facilidade?	1- Sim	2- Não	

A - Total de sim |__||__|

PERFIL DOS TRABALHADORES DOS CAPS DO CEARÁ

Para terminar, nós vamos lhe fazer algumas perguntas de informação geral. Circule, na coluna do meio, a sua resposta, ou escreva-a, quando for o caso.

1. Data de nascimento ___/___/____ **DN** ___/___/____

2. Sexo:

Masculino	1	SEX ___
Feminino	2	

3. Qual é o seu estado civil atualmente?:

Solteiro	1	EC ___
Casado ou vive com um companheiro	2	
Separado	3	
Divorciado	4	
Viúvo	5	
Outro (especificar) _____	9	

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

Sem escolaridade	1	ESC ___
Ensino fundamental (1o.grau)	2	
Ensino Médio (2o.grau)	3	
Curso técnico	3	
Universidade	4	
Pós-graduação – residência	5	
Pós-graduação – especialização	6	
Pós- graduação – mestrado / doutorado	7	
Outro (especificar) _____	9	

5. Qual é a sua profissão?

Psiquiatra	01	PROF ___
Psicólogo (a)	02	
Assistente Social	03	
Médico(a) geral	04	
Enfermeiro(a)	05	
Terapeuta Ocupacional	06	
Técnico (a) de enfermagem	07	
Auxiliar de enfermagem	08	
Recepcionista	09	
Auxiliar de escritório	10	
Auxiliar de limpeza	11	
Auxiliar de serviços gerais	12	
Motorista	13	
Cozinheiro (a)	14	
Digitador	15	
Outro (especificar) _____	16	

5. Qual é a sua função no CAPS? _____ FUNC ___

6. Você tem algum posto de chefia no CAPS?

Sim	1	CHE ___
Não	2	

7. Em que grupos de atividades é classificado seu trabalho?

Atendimento	1	ATI ___
Área administrativa / apoio	2	

8. Em que nível de atividades seu trabalho é classificado?

Nível médio	1	NIV ____
Nível superior	2	

9. Qual é sua carga horária semanal neste trabalho?

Até 20 h semanais	1	CH ____
Entre 20 e 40 horas semanais	2	
Mais de 40 horas semanais	3	

10. Há quanto tempo você trabalha em Saúde Mental:

Mais de 10 anos	1	TSM ____
Entre 6-10 anos	2	
Entre 1- 5 anos	3	
Menos de ano	4	

11. Você tem algum tipo de vínculo empregatício neste trabalho?

Sim	1	VIN ____
Não	2	

12. Se sim, qual é seu vínculo?

CLT(carteira assinada)	1	
	2	
Estatutário concursado (sem carteira assinada)	3	TIPO ____
	4	
Terceirizado	9	
Cooperado		
Outro (especificar) _____		

13. Você contribui para a previdência social (INSS/previdência municipal ou estadual) através de algum de seus empregos?

Sim	1	PREV ____
Não	2	

14. Qual é seu município de moradia? MUNM ____

15. O que você costuma fazer nas suas horas livres (pode ser marcada mais de uma opção)?

Ficar com a família	01	HLIV
Encontrar os amigos	02	1 ____
Ir à praia	03	2 ____
Ir à Igreja	04	3 ____
Ir ao clube	05	4 ____
Estudar	06	5 ____
Ler	07	6 ____
Ir ao cinema	08	7 ____
Ir a bares/restaurantes	09	8 ____
Praticar atividades físicas	10	9 ____
Descansar/dormir	11	10 ____
Outros (especificar) _____	12	12 ____

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!!!

ROTEIRO DE GRUPO FOCAL

1. Considerando os questionários que vocês responderam na primeira etapa desta pesquisa, o que chamou a atenção de vocês?

A partir das respostas das pessoas, considerar os seguintes tópicos a abordar nos grupos:

- 1) Trabalho em equipe (Processo de trabalho, organização do serviço, integração da equipe, dificuldades);
- 2) Modelo de atenção em saúde mental (paradigmas asilar, psicossocial, outros);
- 3) Relação com objeto de trabalho (lidar com o sofrimento das pessoas);
- 4) Influência do trabalho na saúde dos trabalhadores (repercussões na vida pessoal, familiar e social)
- 5) Cuidados adotados com a própria saúde
- 6) Relação com coordenação do serviço, coordenação regional, colegiado de Saúde Mental da SMS (participação da equipe nas tomadas de decisões, autonomia da equipe)

Perguntas para abordar questões acima:

- Para vocês, o que é um CAPS?
- Como é trabalhar em um CAPS?
- Como vocês acham que o trabalho no CAPS afeta a vida de vocês?
- De que maneira vocês se cuidam?
- Como é a relação da equipe com as coordenações, secretaria de saúde (níveis hierárquicos superiores)?