

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Escola de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Carolina Fernandes Santos

**GRAUS DE SATISFAÇÃO COM O PROCESSO DE TRABALHO,  
SOBRECARGA LABORAL E ATITUDES DE ENFERMEIROS EM SERVIÇOS  
COMUNITÁRIOS DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS  
PSICOATIVAS: ESTUDO CORRELACIONAL**

Belo Horizonte  
2017

Carolina Fernandes Santos

**GRAUS DE SATISFAÇÃO COM O PROCESSO DE TRABALHO,  
SOBRECARGA LABORAL E ATITUDES DE ENFERMEIROS EM SERVIÇOS  
COMUNITÁRIOS DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS  
PSICOATIVAS: ESTUDO CORRELACIONAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EE/UFMG, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Saúde.

Área de concentração: Enfermagem e Saúde

Linha de pesquisa: Organização e Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Maria Odete Pereira

Belo Horizonte  
2017

S237g Santos, Carolina Fernandes.  
Graus de satisfação com o processo de trabalho, sobrecarga laboral e atitudes de enfermeiros em serviços comunitários de atenção aos usuários de substâncias psicoativas [manuscrito]: estudo correlacional. / Carolina Fernandes Santos. - - Belo Horizonte: 2017.  
146f.: il.  
Orientador: Maria Odete Pereira.  
Área de concentração: Enfermagem e Saúde.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Serviços de Saúde Mental. 2. Esgotamento Profissional. 3. Satisfação no Emprego. 4. Enfermeiras e Enfermeiros. 5. Estudos Transversais. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Pereira, Maria Odete. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.  
NLM: WY 160

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Dissertação intitulada “GRAUS DE SATISFAÇÃO COM O PROCESSO DE TRABALHO, SOBRECARGA LABORAL E ATITUDES DE ENFERMEIROS EM SERVIÇOS COMUNITÁRIOS DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: ESTUDO CORRELACIONAL”, de autoria de Carolina Fernandes Santos, a ser avaliada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Odete Pereira – Orientadora  
Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Meiriele Tavares Araújo  
Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG  
Membro Titular

---

Prof. Dr. Divane de Vargas  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP  
Membro Titular

Belo Horizonte, 12 de dezembro de 2017. Av. Professor Alfredo Balena, 190.

Belo Horizonte, MG - 30130-100 – Brasil.

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

### **Reitor**

Jaime Arturo Ramírez

### **Vice-Reitora**

Sandra Regina Goulart Almeida

### **Pró-Reitora de Pesquisa**

Adelina Martha dos Reis

### **Pró-Reitora de Pós-Graduação**

Denise Maria Trombert de Oliveira

## **ESCOLA DE ENFERMAGEM**

### **Diretora**

Eliane Marina Palhares Guimarães

### **Vice-Diretora**

Sônia Maria Soares

### **Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação**

Marília Alves

### **Subcoordenadora do Colegiado de Pós-Graduação**

Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira

*A Deus,*

por estar presente em todos os momentos da minha vida.

*À minha família (Denilson, Edvânia, Luan e Daniela),*

por não medirem esforços para me ajudar, pelo incentivo e amor maior. Eles me ensinaram a ir atrás dos meus sonhos, deram suporte para que isso fosse possível e me fizeram acreditar que eu posso realizá-los.

*Ao meu amado noivo, Natan,*

pela atenção e paciência, pelo afeto, constante apoio e amor incondicional!

## **AGRADECIMENTOS**

**À Professora e orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Odete Pereira,**

pela confiança e por exigir o melhor de mim, o que me proporcionou crescimento profissional e pessoal, bem como pelo empenho, pela orientação, paciência e competência para lidar com os desafios. Minha gratidão pelo trabalho, pela atenção, pelos conselhos e pelas oportunidades de aprendizado. Agradeço pela forma receptiva, respeitosa e humana com que sempre me tratou. Sempre serei grata por tudo!

**Ao Prof. Dr. Mark Anthony Beinner,**

por mostrar-se sempre disponível para esclarecer as dúvidas e por despertar em mim o interesse pela estatística. Obrigada por sua atenção, competência e pelos trabalhos conjuntos.

**À UFMG, à Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG e a seus mestres,**

por terem compartilhado conosco suas experiências e seus conhecimentos bem como pelas sugestões de leitura e pelos momentos de discussões enriquecedoras, que contribuíram para minha formação e meu aprendizado acerca da pesquisa.

**Aos colegas do curso de mestrado,**

pelos bons momentos de aprendizado que passamos juntos. Em especial, às amigas Carol e Bárbara e ao amigo Marcus, pelo carinho, pela amizade, pelos congressos e bons momentos de estudo, trabalho e descontração.

**À Bianca e Natália,**

pela amizade que permanece, pelo apoio constante, pelas valiosas contribuições à pesquisa e pela ajuda nos momentos de muito trabalho. O carinho e a atenção de vocês me ajudaram a chegar até aqui.

**Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Políticas e Práticas de Saúde Mental, Drogas e Direitos Humanos: Bianca, Natália, Grazielle, Ana Carolina, Caio, Lorena e Nathália,**

pelos trabalhos conjuntos e aprendizados, pelas contribuições ao projeto e confraternizações e, sobretudo, pela amizade.

**À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),**

pelo auxílio financeiro com bolsa de pesquisa.

**Às equipes dos CAPS ad dos municípios participantes,**

agradeço pela colaboração ao participar deste estudo e, principalmente, por suas contribuições para a Enfermagem.

E, finalmente, a todos que, de alguma maneira, contribuíram para mais essa conquista na minha vida ou torceram por ela!



## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

**A Deus**, por estar presente em todos os momentos da minha vida e, sobretudo, pela força e proteção nessa jornada.

**Aos meus amados pais, Denilson e Edvânia**, por não medirem esforços para me ajudar com os estudos e apoiar meus desejos. Gratidão pelas orações e pelo incentivo. Obrigada por concederem-me a formação pessoal necessária para ser aquilo que sou e por fornecerem os elementos necessários para buscar o que pretendo ser.

**Ao meu irmão Luan**, pelo incentivo e carinho de sempre, mesmo que do seu jeito, o apoio e amor foram e são indispensáveis. Obrigada pelos momentos de alegria e cuidado.

**À minha irmã, Daniela**, por me encorajar a encarar os desafios e a me orgulhar disso e pelo amor e carinho essenciais.

**Ao meu noivo, Natan**, melhor amigo e eterno companheiro. O seu amor, incentivo e sua atenção tornaram os meus dias mais leves e me inspiraram a fazer o meu melhor. Obrigada pelo constante apoio e amor incondicional.

**À querida Madrinha**, pelo carinho e cuidado amoroso, pelo apoio e incentivo, pelas palavras e pelos momentos de alegria.

**Aos meus queridos sobrinhos, João e Lucas**, por me fazerem sentir a saudade mais gostosa e que, de longe, me proporcionavam muita alegria. Obrigada pela alegria que trouxeram para nossas vidas e pelo amor inexplicável que me ensinaram a sentir.

**Aos meus avós, Calixto, Antônio e Fíica**, pelo amor e carinho e pelas orações. O amor de vocês me ajudou a chegar até aqui.

**Aos meus tios Felipe e Juliano**, por serem exemplos de sucesso, pelos momentos de alegria e por sempre acreditarem em mim.

**À Tili e ao Tio Chico**, pelo apoio e suporte desde o início do mestrado. Obrigada pela ajuda e pelo cuidado incomparáveis. Gratidão pelas conversas e palavras positivas; elas foram essenciais.

**Aos meus queridos primos Marina, Mateus e Raphael**, pelos poucos e prazerosos momentos de descontração. Senti a torcida de vocês, mesmo que distantes.

**À minha amiga Luma**, por estar presente nos momentos em que mais precisei. Pelo seu cuidado, carinho e pela amizade constante.

**A toda a família Theodoro**, por me acolher e me proporcionar momentos em família, bem como me apoiar.

**A todos os familiares e amigos**, pelo incentivo constante e por me proporcionarem momentos de alegria e descanso nesta jornada.

## RESUMO

**Introdução:** O trabalho em saúde mental ancora-se em diferentes paradigmas, sendo orientado fundamentalmente pelo saber médico, na perspectiva da psiquiatria clássica, ou para a reinserção, reabilitação psicossocial e produção de subjetividades, na ótica da Reforma Psiquiátrica. Nas diferentes modalidades de serviços de saúde mental, os olhares dos profissionais acerca do cuidado devem coadunar com a lógica de trabalho interdisciplinar. Nesse contexto, não é raro os enfermeiros das equipes de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para atenção aos usuários de álcool e outras drogas (CAPSad) se perceberem com dificuldades para realizar o trabalho interdisciplinar e o cuidado centrado na subjetividade. Assim, a literatura aponta que tais dificuldades refletem no grau de satisfação desses profissionais em relação ao trabalho, à sobrecarga laboral e às atitudes destes relacionadas aos usuários de substâncias psicoativas, ao álcool e ao alcoolismo. Entretanto, a relação entre as questões supramencionadas ainda não foi averiguada entre enfermeiros que trabalham em CAPS ad de Belo Horizonte e região metropolitana. **Objetivos:** Analisar a correlação entre o nível de satisfação com o trabalho, a sobrecarga laboral e as atitudes de enfermeiros que atuam em CAPS ad de Belo Horizonte e região metropolitana. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, exploratório e correlacional, com abordagem quantitativa. A amostra se constituiu de 25 participantes, de ambos os sexos, com idades entre 20 e 60 anos. Nela, foram coletados dados demográficos, socioeconômicos, sobre condições de trabalho, avaliação da satisfação com o trabalho, sobrecarga laboral e atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. Realizou-se análise estatística descritiva (frequências absolutas e relativas) e multivariada (Regressão de Poisson), com nível de significância de 5%. **Resultados:** Os resultados evidenciaram a prevalência de enfermeiros que possuem pós-graduação em saúde pública e saúde mental, achado que se aproximou da significância estatística ( $p=0,08$ ). Observou-se que 60% dos enfermeiros participantes sentiam-se exaustos; contudo, obtiveram nível baixo de sobrecarga de trabalho. Todos os participantes declararam-se entre os níveis indiferente e satisfeito com o trabalho ( $\mu=3,2$ ), destacando a satisfação com o relacionamento com a equipe. Por fim, prevaleceram as atitudes positivas frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista ( $\mu=3,5$ ). Conforme a regressão, na amostra estudada, a satisfação laboral não se associou à sobrecarga de trabalho e atitudes ( $p > 0,05$ ). **Conclusão:** embora haja evidências na literatura acerca da relação entre sobrecarga de trabalho e satisfação laboral, o achado divergente nesse estudo é relevante ao considerar que os participantes eram capacitados para o

trabalho em saúde pública ou saúde mental e apresentaram-se aptos a apropriar-se de novas práticas do cuidado, no campo psicossocial. Evidenciou-se a relevância da formação acadêmica e permanente do enfermeiro, como ferramenta para reduzir as dificuldades que podem impactar negativamente na sobrecarga laboral, bem como para refletir positivamente na satisfação com o trabalho nas atitudes destes para com os usuários de substâncias psicoativas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Serviços de Saúde Mental. Esgotamento Profissional. Satisfação no Emprego. Enfermeiras e Enfermeiros.

## ABSTRACT

**Introduction:** The work in mental health is anchored in different paradigms, being fundamentally oriented by medical knowledge, from the perspective of classical psychiatry, or for the reinsertion, psychosocial rehabilitation and production of subjectivities, from the point of view of the Psychiatric Reform. In the different modalities of mental health services, the professionals' views about care must be consistent with the interdisciplinary work logic. In this context, it is not uncommon for nurses from the teams of Psychosocial Care Centers to care for users of alcohol and other drugs (CAPSad) if they perceive difficulties with interdisciplinary work and care centered on subjectivity. Thus, the literature indicates that such difficulties reflect on the degree of satisfaction of these professionals with work, workload and their attitudes toward users of psychoactive substances, alcohol and alcoholism. However, the relationship between the aforementioned issues has not yet been ascertained among nurses working in CAPSad in Belo Horizonte and in the metropolitan region.

**Objectives:** to analyze the correlation between level of satisfaction with work, workload and attitudes of nurses working in CAPSad of Belo Horizonte and metropolitan region. **Method:** This is a transversal, exploratory and correlational study, with a quantitative approach. The sample consisted of 25 participants, of both sexes, aged between 20 and 60 years, from whom demographic data were collected; socioeconomic; work conditions; evaluation of job satisfaction; work overload and attitudes towards alcohol, alcoholism and alcoholism. Statistical analysis (absolute and relative frequencies) and multivariate analysis (Poisson regression) were performed, with a significance level of 5%. **Results:** The results showed the prevalence of nurses with postgraduate degrees in public health and mental health, a finding that approached the statistical significance ( $p = 0.08$ ). It was observed that 60% of the participating nurses felt exhausted; however, they obtained a low level of work overload. All participants declared themselves between the levels indifferent and satisfied with the work ( $\mu = 3.2$ ), highlighting satisfaction with the relationship with the team. Finally, positive attitudes toward alcohol, alcoholism and alcoholism prevailed ( $\mu = 3.5$ ). According to the regression, in the sample studied, job satisfaction was not associated with work overload and attitudes ( $p > 0.05$ ). **Conclusion:** Although there is evidence in the literature about the relationship between work overload and job satisfaction, the divergent finding in this study is relevant, considering that the participants were trained for work in public health or mental health and were able to

appropriate in the psychosocial field. The relevance of the academic and permanent training of the nurse was shown as a tool to reduce the difficulties that can negatively impact the workload, as well as to reflect positively on the satisfaction with the work in their attitudes toward the users of psychoactive substances.

**KEYWORDS:** Mental health services. Professional exhaustion. Job satisfaction. Nursing.

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> – MAPA DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE.....	66
<b>FIGURA 2</b> – CERSAM AD NORDESTE, SITUADO NO BAIRRO SÃO PAULO, BELO HORIZONTE.....	66
<b>FIGURA 3</b> – CERSAM AD PAMPULHA, SITUADO NO BAIRRO BANDEIRANTES, BELO HORIZONTE .....	67
<b>FIGURA 4</b> – CERSAM AD BARREIRO, SITUADO NO BAIRRO BARREIRO, BELO HORIZONTE .....	67

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1:</b> CATEGORIZAÇÃO DOS ESCORES DO MBI PARA PROFISSIONAIS ADAPTADO DE MASLACH ET AL., 1996. BELO HORIZONTE, 2017.....	71
<b>TABELA 2:</b> DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA, SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS. BELO HORIZONTE, 2017. N=25 .....	80
<b>TABELA 3:</b> DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO A ESCOLARIDADE. BELO HORIZONTE, 2017.....	81
<b>TABELA 4:</b> DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO O TIPO DE PÓS-GRADUAÇÃO. BELO HORIZONTE, 2017.....	81
<b>TABELA 5:</b> DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO. BELO HORIZONTE, 2017.....	83
<b>TABELA 6:</b> DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR EXAUSTÃO EMOCIONAL. BELO HORIZONTE, 2017. ...	85
<b>TABELA 7:</b> DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR DESPERSONALIZAÇÃO. BELO HORIZONTE, 2017. N=25 .....	86
<b>TABELA 8:</b> DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR REALIZAÇÃO PESSOAL. BELO HORIZONTE, 2017. ....	87
<b>TABELA 9:</b> DESCRIÇÃO DOS ESCORES MÉDIOS DE SOBRECARGA DE TRABALHO SEGUNDO OS FATORES DA ESCALA MBI- <i>MASLACH BURNOUT INVENTORY</i> . BELO HORIZONTE, 2017. ....	88
<b>TABELA 10:</b> DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS (N=25) POR ITENS DO FATOR 1 “EXAUSTÃO EMOCIONAL” DA ESCALA MBI MASLACH <i>BURNOUT INVENTORY</i> . ....	90
<b>TABELA 11:</b> DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS (N=25) POR ITENS DO FATOR 2 “DESPERSONALIZAÇÃO” DA ESCALA MBI MASLACH <i>BURNOUT INVENTORY</i> . ....	91
<b>TABELA 12:</b> DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS (N=25) POR ITENS DO FATOR 3 “REALIZAÇÃO PESSOAL” DA ESCALA MBI MASLACH <i>BURNOUT INVENTORY</i> . ....	92
<b>TABELA 13:</b> DESCRIÇÃO DOS ESCORES MÉDIOS (N=25) DE SATISFAÇÃO COM O TRABALHO SEGUNDO OS FATORES DA ESCALA SATIS-BR. BELO HORIZONTE, 2017. ....	93
<b>TABELA 14:</b> DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS (N=25) SEGUNDO OS ITENS DO FATOR 1 “SATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DOS SERVIÇOS OFERECIDOS” DA ESCALA SATIS-BR. ....	95
<b>TABELA 15:</b> DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS (N=25) SEGUNDO OS ITENS DO FATOR 2 “SATISFAÇÃO COM SUA PARTICIPAÇÃO NO SERVIÇO” DA ESCALA SATIS-BR. ....	96
<b>TABELA 16:</b> DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS (N=25) SEGUNDO OS ITENS DO FATOR 3 “SATISFAÇÃO COM AS CONDIÇÕES DE TRABALHO” DA ESCALA SATIS-BR.....	97
<b>TABELA 17:</b> DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS (N=25) SEGUNDO OS ITENS DO FATOR 4 “SATISFAÇÃO COM O RELACIONAMENTO COM A EQUIPE” DA ESCALA SATIS-BR.....	98



<b>TABELA 18:</b> DESCRIÇÃO DOS ESCORES MÉDIOS DE ATITUDES DOS ENFERMEIROS (N=25) FRENTE AO ÁLCOOL, AO ALCOOLISMO E À PESSOA COM TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DO ÁLCOOL SEGUNDO OS FATORES DA ESCALA EAFAA. BELO HORIZONTE, 2017. ....	100
<b>TABELA 19:</b> DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS (N=25) SEGUNDO OS ITENS DO FATOR 1 “O TRABALHO E AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM USUÁRIOS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DO ÁLCOOL” DA ESCALA EAFAA. ....	101
<b>TABELA 20:</b> DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS (N=25) SEGUNDO OS ITENS DO FATOR 2 “A PESSOA COM TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DO ÁLCOOL” DA ESCALA EAFAA. ....	104
<b>TABELA 21:</b> DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS (N=25) SEGUNDO OS ITENS DO FATOR 3 “O ALCOOLISMO (ETIOLOGIA)” DA ESCALA EAFAA. ....	105
<b>TABELA 22:</b> DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS (N=25) SEGUNDO OS ITENS DO FATOR 4 “AS BEBIDAS ALCOÓLICAS E SEU USO” DA ESCALA EAFAA. ....	107
<b>TABELA 23:</b> ASSOCIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS COM A SATISFAÇÃO LABORAL. BELO HORIZONTE, 2010. ....	108
<b>TABELA 24:</b> ASSOCIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO COM A SATISFAÇÃO LABORAL. BELO HORIZONTE, 2010. ....	109
<b>TABELA 25:</b> ASSOCIAÇÃO DA SOBRECARGA DE TRABALHO COM A SATISFAÇÃO LABORAL. BELO HORIZONTE, 2010. ....	109
<b>TABELA 26:</b> ASSOCIAÇÃO DAS ATITUDES DOS ENFERMEIROS FRENTE AO ÁLCOOL, AO ALCOOLISMO E À PESSOA COM TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DO ÁLCOOL SEGUNDO A SATISFAÇÃO LABORAL. BELO HORIZONTE, 2010. ....	110
<b>TABELA 27:</b> ANÁLISE DE VARIÂNCIA (ANOVA) DO MODELO NA ANÁLISE DE REGRESSÃO. BELO HORIZONTE, 2010. ....	110
<b>TABELA 28:</b> MODELO FINAL DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA TENDO SATISFAÇÃO COM O TRABALHO COMO VARIÁVEL DEPENDENTE. BELO HORIZONTE, 2010. ....	111

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1:</b> TEORIAS E CONCEITOS-CHAVE ACERCA DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO. BELO HORIZONTE, 2017.....	56
<b>QUADRO 2:</b> CATEGORIZAÇÃO DOS ESCORES DO MBI-GS PARA PROFISSIONAIS ADAPTADO DE MASLACH, <i>ET AL.</i> , 1996. ....	70
<b>QUADRO 3:</b> CATEGORIZAÇÃO DOS ESCORES DA SATIS-BR. ....	72
<b>QUADRO 4:</b> CATEGORIZAÇÃO DOS ESCORES DA EAFAA.....	73
<b>QUADRO 5:</b> CLASSIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS.....	75
<b>QUADRO 6:</b> CLASSIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES DE TRABALHO.....	77

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>220</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>22</b>
1.1 JUSTIFICATIVA .....	26
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>28</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	28
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	28
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>29</b>
3.1 HISTÓRIA DO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NA SAÚDE MENTAL .....	29
3.2 SOBRECARGAS DE TRABALHO .....	38
3.2.1 <i>Sobrecarga de trabalho, Burnout e Esgotamento Profissional</i> .....	38
3.2.2 <i>Sobrecargas de trabalho de profissionais em serviços de saúde mental: revisão integrativa</i> .....	41
3.2.3 <i>Sobrecarga de trabalho em Enfermagem</i> .....	51
3.2.4 <i>Sobrecarga de trabalho em Enfermagem em saúde mental</i> .....	53
3.3 SATISFAÇÃO NO TRABALHO.....	54
3.3.1 <i>Satisfação no trabalho em Enfermagem</i> .....	57
3.3.2 <i>Satisfação no trabalho em Enfermagem em Saúde Mental</i> .....	59
3.4 ATITUDES.....	61
3.4.1 <i>Atitudes de enfermeiros frente ao uso abusivo de álcool</i> .....	62
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>65</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	65
4.2 LOCAL DO ESTUDO .....	65
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	68
4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	68
4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	74
4.5.1 <i>Variáveis dependentes e independentes</i> .....	74
4.5.2 <i>Variáveis demográficas e socioeconômicas</i> .....	74
4.5.3 <i>Variáveis relacionadas às condições de trabalho</i> .....	76
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	78
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	79
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>80</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	80
5.1.1 <i>Análise descritiva das variáveis demográficas e socioeconômicas</i> .....	80
5.1.2 <i>Análise descritiva das variáveis relacionadas às condições de trabalho</i> .....	82
5.2 ANÁLISE DESCRITIVA DA SOBRECARGA DE TRABALHO, SATISFAÇÃO LABORAL E ATITUDES DE ENFERMEIROS FRENTE AO ÁLCOOL, AO ALCOOLISMO E À PESSOA COM TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DO ÁLCOOL.....	85
5.2.1 <i>Análise descritiva da sobrecarga de trabalho</i> .....	85
5.2.2 <i>Análise descritiva da satisfação com o trabalho</i> .....	93
5.2.3 <i>Análise descritiva das atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool</i> .....	99
5.3 ANÁLISE INFERENCIAL .....	108
5.3.1 <i>Teste de normalidade</i> .....	108
5.3.2 <i>Análise da correlação</i> .....	108
5.3.2.1 <i>Correlação com dados sociodemográficos</i> .....	108
5.3.2.2 <i>Correlação com as condições de trabalho</i> .....	109

5.3.2.3	Correlação com a sobrecarga de trabalho.....	109
5.3.2.4	Correlação com as atitudes de enfermeiros frente ao álcool, ao alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool .....	109
5.3.3	<i>Análise de Regressão</i> .....	110
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>113</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>115</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>130</b>
	APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ECONÔMICA DE TRABALHADORES ....	130
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	131
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>133</b>
	ANEXO 1 – <i>MASLACH BURNOUT INVENTORY</i> (MBI).....	133
	ANEXO 2 - ESCALA DE SATISFAÇÃO DA EQUIPE EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL - SATIS-BR (FORMA ABREVIADA) .....	135

## APRESENTAÇÃO

O interesse pela pesquisa acerca do processo de trabalho do enfermeiro e pela sua implicação na sobrecarga e nos graus de satisfação com o trabalho está relacionado à minha formação acadêmica e minhas experiências enquanto graduanda. Na graduação em Enfermagem, as experiências nos campos de estágio despertaram meu interesse a respeito dos aspectos relacionados ao processo de trabalho do enfermeiro, no que diz respeito à identidade profissional e também a fatores que poderiam causar sobrecarga e menor satisfação no trabalho, especialmente nos serviços comunitários de saúde.

As reflexões acerca da vivência profissional dos enfermeiros no âmbito da atenção primária e de seus desafios do processo de trabalho, proporcionadas pelas experiências e pelos conhecimentos adquiridos durante minha formação na graduação em Enfermagem, levaram-me a ingressar no mestrado do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFMG em busca de aprofundamento na temática.

Ao ingressar no mestrado, foi-me proposto desenvolver um tema na área de saúde mental. Assim sendo, busquei junto a minha orientadora uma temática que me aproximasse das questões citadas acima.

Desenvolver um projeto na área de saúde mental impôs-me um desafio, haja vista que essa disciplina não foi muito contemplada na estrutura curricular do meu curso de graduação. No entanto, à medida que iniciei leituras e cursei disciplinas da área com minha orientadora, comecei a conhecer melhor os conteúdos e aprofundar meus conhecimentos. Percebi-me, assim, com um olhar mais humano e empático – menos preconceituoso e estigmatizante, tomando consciência sobre as particularidades do cuidado em saúde mental e sobre como se dão os processos de trabalho –, bem como um olhar mais crítico acerca do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial acerca dos componentes e pontos de cuidado da Rede de Atenção Psicossocial e suas implicações sociais, políticas e econômicas.

Durante o mestrado, o estágio docente e as visitas aos serviços de saúde mental para atenção aos usuários de substâncias psicoativas para os fins de coleta de dados me fizeram perceber que o processo de trabalho do enfermeiro no contexto da saúde mental parece impactar mais na vida do mesmo do que em outras áreas da Enfermagem, o que talvez se deva à subjetividade e intersubjetividade ali envolvidas.

Nesse sentido, para a elaboração do projeto de pesquisa precedente à elaboração da dissertação, entre as várias inquietações relacionadas ao processo de trabalho do enfermeiro, optei pela correlação entre a sobrecarga e a satisfação com o trabalho e as atitudes desse profissional em serviços comunitários que atendem usuários de substâncias psicoativas.

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho modifica o ser humano no seu contexto social, no que diz respeito à forma de se pensar, se agir e se relacionar, pelo modo como é executado e organizado. Assim, ele compreende a essência da humanidade, conectando o trabalhador às suas atividades e às relações interpessoais. (MERHY, 2005). Marx (2004, p. 119) define o trabalho como “[...] um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza”. Desse modo, o homem atua sobre a natureza que o cerca, modificando-a ao mesmo tempo em que modifica a si próprio.

O trabalho em saúde, especificamente, possui significados diferentes do trabalho de outros campos de conhecimento, pois se caracteriza como atividade complexa, que envolve os sujeitos e as coletividades. Por meio dele, são geradas prestações de cuidado em detrimento dos produtos materiais, além da característica subjetiva inerente a esses cuidados. O produto do trabalho em saúde se dá nas relações entre profissionais, serviços dos diferentes níveis de atenção e usuários e seus familiares inseridos na comunidade. (MERHY, 2013; CARAM *et al.*, 2016). Nesse contexto, o trabalho em Enfermagem compreende a oferta de serviços à saúde que são consumidos no ato da sua produção, ou seja, no momento da assistência. Esse trabalho tem como especificidade um objeto humano, uma vez que atua nas necessidades de saúde dos indivíduos. (FELLI; PEDUZZI, 2014). O modo como se realiza o trabalho e se desenvolvem as atividades profissionais é, portanto, chamado de processo de trabalho. Sanna (2007) afirma que na Enfermagem há mais de um processo de trabalho, que podem estar interligados ou não: assistir; administrar; ensinar; pesquisar; e participar politicamente.

O trabalho em saúde mental é marcado por paradigmas e concepções diferentes, sendo um deles orientado fundamentalmente pelo saber médico, na perspectiva da psiquiatria clássica, que tratava os portadores de sofrimento mental na lógica hospitalocêntrica e de segregação social (SILVA; AZEVEDO, 2011), e outro pautado na Reforma Psiquiátrica, voltado para a desinstitucionalização, o tratamento no espaço territorial, a reinserção social e a produção de subjetividades. (BONFADA *et al.*, 2013).

No contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que ocorreu no final da década de 1970, a assistência de Enfermagem se colocou frente à necessidade de redirecionamento das intervenções em saúde mental, apoiada na perspectiva da subjetividade do usuário e do trabalho interdisciplinar, que analisa especificamente cada caso nas distintas áreas

pressupondo reflexão para uma pluralidade de opiniões. (QUEIROZ; DELAMUTA, 2011). Assim, a Reforma Psiquiátrica, em consonância com o SUS, motivou a implantação de serviços comunitários, territorializados, objetivando a superação do modelo asilar. Implantados a partir de 1987, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são modalidades que atendem às especificidades de crianças e adultos com vivência de transtornos psíquicos graves e crônicos e de usuários abusivos de substâncias psicoativas com comorbidades psiquiátricas. (BRASIL, 2002; BRASIL, 2012). A Portaria nº 336 de 2002, publicada pelo Ministério da Saúde brasileiro, instituiu as modalidades de CAPS, e, a partir disso, iniciou-se a implantação dos CAPS ad II álcool drogas (ad) na lógica territorial do CAPS, oferecendo atenção contínua aos usuários e dependentes de álcool e outras drogas durante todos os dias da semana em tempo integral se eles fossem credenciados como CAPS ad III. (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2012). Nesse contexto, as equipes técnicas, compostas por médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e assistentes sociais devem atuar de forma interdisciplinar, permitindo um enfoque ampliado dos problemas. Ressalta-se a relevância da experiência de trabalho com famílias como formação da equipe. (BRASIL, 2004).

O trabalho do enfermeiro nos CAPS ad compreende a reabilitação psicossocial e a reinserção do sujeito nas atividades diárias, no mundo do trabalho e nos espaços coletivos. Desse modo, o processo de trabalho desse profissional é realizado cotidianamente por meio de atividades assistenciais, sociais, de acompanhamento, bem como por meio de oficinas e grupos enquanto espaços terapêuticos e de socialização. (BOURGUIGNON; GUIMARÃES; SIQUEIRA, 2010). Ademais, o enfermeiro de CAPS ad realiza atividades comuns ao seu núcleo específico de conhecimento, bem como práticas ampliadas em seu processo de trabalho, que extrapolam as técnicas de observação, controle e administração de medicamentos. Dessa forma, as práticas assistenciais do enfermeiro compreendem, além das questões de caráter clínico, as oficinas, os grupos terapêuticos, o acolhimento, a psicoterapia, o manejo das diversas demandas espontâneas, apropriando-se do relacionamento terapêutico e da comunicação terapêutica. (VARGAS; OLIVEIRA; DUARTE, 2011; PEREIRA; OLIVEIRA, 2014).

Nesse sentido, estudos revelam que o processo de trabalho do enfermeiro tende a dar enfoque às questões de caráter clínico oriundas do uso abusivo de drogas. (ROCHA, 2005;



OLIVEIRA; ALESSI, 2003). A explicação para o predomínio de práticas clínicas no processo de trabalho do enfermeiro, em detrimento das práticas voltadas ao campo “psi” no contexto dos CAPS ad, pode se encontrar na carência de preparo e nas possíveis dificuldades que esses profissionais encontram no novo modelo de cuidado. (OLIVEIRA; ALESSI, 2003; VARGAS; OLIVEIRA; DUARTE, 2011). Embora os contextos de cuidado no território demandem dos profissionais de saúde um processo de trabalho voltado às questões subjetivas, o enfermeiro apresenta dificuldade de apropriar-se de ferramentas de trabalho que estejam para além da objetivação do sujeito do cuidado, ou seja, que promovam suas singularidades e sua autonomia. Essas condições conflituosas podem também alterar o grau de sobrecarga do enfermeiro, gerando, possivelmente, insatisfação e comprometendo a sua saúde e a qualidade do atendimento. (MIRANDA; VARGAS, 2009).

Nos serviços comunitários de saúde mental, a sobrecarga de trabalho constitui um problema significativo entre os trabalhadores, uma vez que 67% referem altos níveis de sobrecarga com o trabalho. (MORSE *et al.*, 2012). A sobrecarga de trabalho, também denominada esgotamento profissional ou carga de trabalho, é sinônimo da Síndrome de *Burnout* e está associada às elevadas jornadas de trabalho exigidas nas organizações e às dificuldades de enfrentamento acerca das exigências impostas aos trabalhadores em sua atividade profissional. (MASLACH, 1993). No Brasil, o decreto nº 3048/99 da Previdência Social estabeleceu a síndrome do esgotamento profissional ou síndrome de *Burnout* como doença do trabalho. (BRASIL, 1999). Enfermeiros estão sujeitos aos problemas relacionados à sobrecarga laboral, como altas taxas de rotatividade, absenteísmo e *Burnout*. (MARK; SMITH, 2012). Os trabalhadores de Enfermagem estão submetidos a múltiplos riscos associados ao trabalho, provenientes de fatores químicos, físicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais. (RIBEIRO *et al.*, 2012). Nos serviços comunitários que atendem os usuários de álcool e outras drogas, circunstâncias relacionadas à relação terapêutica, ao envolvimento excessivo com o trabalho, à dificuldade em desenvolvê-lo na perspectiva interdisciplinar e à baixa gratificação financeira e social sobrecarregam os enfermeiros. (SILVEIRA *et al.*, 2016). Por conta disso, esses profissionais podem manifestar falta de clareza de seu papel nos CAPS ad, resultando na centralização de suas atribuições em atividades administrativas e na execução de atividades específicas de outro profissional. (SOARES *et al.*, 2011).

A formação desse profissional deve contemplar a dimensão subjetiva do cuidado. Contudo, constata-se que a maioria das instituições de ensino superior insiste na formação do enfermeiro visando a atender o mercado de trabalho com base no cuidado hospitalar. (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011; REINALDO; PILLON, 2007; PEREIRA, OLIVEIRA, 2014). No entanto, as instituições públicas estão formando profissionais para o trabalho no modelo psicossocial, enquanto as instituições particulares orientam o ensino para o cuidado hospitalar. Essas divergências também podem ser explicadas pelo tempo de formação, uma vez que os profissionais que se graduaram anteriormente à implantação do SUS foram formados na lógica hospitalocêntrica. (MONTENEGRO, 2010). As condições citadas podem também alterar o grau de sobrecarga do enfermeiro, gerando insatisfação com seu processo de trabalho e comprometendo a sua saúde e a qualidade do atendimento. (MIRANDA; VARGAS, 2009).

A complexidade laboral do enfermeiro, considerando as relações interpessoais com os demais profissionais e a vivência do sofrimento dos usuários, também pode fazer com que ele se sinta insatisfeito com o trabalho. A satisfação no trabalho é um fenômeno complexo com vários fatores causais, incluindo ambiente de trabalho, formação, supervisão e gestão. (MORAIS *et al.*, 2016; LERNER *et al.*, 2011). Zhang e colaboradores (2013) acreditam que a satisfação no trabalho é considerada o melhor preditor de intenções dos enfermeiros em permanecer no serviço, assim como da qualidade da assistência e do desempenho profissional. Isso se explica pelo aumento do comprometimento organizacional pelos enfermeiros quando apresentam maiores níveis de satisfação profissional. Em contrapartida, menores níveis de satisfação laboral têm sido associados à alta rotatividade de pessoal, aos resultados ineficientes para os usuários e ao aumento de despesas financeiras. Enfermeiros que possuem maiores níveis de satisfação no trabalho estão mais dispostos a se envolverem psicologicamente com seu trabalho. (HAYES; DOUGLAS; BONNER, 2015). Ademais, ressalta-se que esses profissionais, quando satisfeitos, demonstram destrezas física, mental e emocional para exercer suas atividades, melhorando a qualidade do cuidado. (KADDOURAH *et al.*, 2013). Em complementação, Vargas e Soares (2011) discorrem que os enfermeiros estão cada vez mais sujeitos a cuidar de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, independentemente da área de atuação, tendo em vista a progressão do alcoolismo como problema de saúde pública na atualidade. Desse modo, faz-se necessário conhecer as atitudes

dos enfermeiros que atuam no CAPS ad frente ao álcool, ao alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool, que se relacionam cotidianamente com usuários de álcool e outras drogas.

Diante do exposto, o presente estudo apresenta a seguinte questão de pesquisa: os enfermeiros que vivenciam maiores níveis de satisfação com o trabalho são aqueles que se sentem menos sobrecarregados e possuem atitudes positivas frente ao álcool, ao alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool em CAPS ad?

Embora existam publicações acerca do impacto da sobrecarga de trabalho em Enfermagem com foco em serviços de saúde mental, realizou-se uma pesquisa bibliográfica para realizar a revisão integrativa acerca da temática e verificou-se que esse tipo de estudo é pouco evidenciado cientificamente no que diz respeito aos enfermeiros de serviços de saúde mental e álcool e outras drogas no âmbito nacional e internacional. A relevância desse estudo está nas expressivas contribuições que ele proverá aos enfermeiros, haja vista que analisará os níveis de sobrecarga e satisfação no trabalho a fim de evidenciar esta problemática a fim de incentivar esses profissionais a buscar caminhos para potencializar o trabalho assistencial com os usuários de álcool e outras drogas e a procurar alternativas que contribuam para sua qualidade de vida. Ademais, esse estudo contribuirá também com as gestões públicas das unidades participantes e do município por meio da formulação de políticas públicas relacionadas à qualificação profissional de enfermeiros dos CAPS ad onde o estudo foi desenvolvido, e com o avanço da pesquisa e ciência nesta área.

## **1.1 Justificativa**

No Brasil, ao longo da última década, estudos que avaliaram a satisfação e a sobrecarga das equipes interdisciplinares de serviços de saúde mental aumentaram e expuseram os impactos positivos e negativos que estas refletem na qualidade de vida do profissional e do cuidado aos usuários do serviço. (BANDEIRA; ISHARA; ZUARDI, 2007; REBOUÇAS *et al.*, 2007; LAPISCHIES; JARDIM; KANTORSKI, 2013; ALVES *et al.*, 2016). Apesar de a equipe interdisciplinar realizar múltiplas atividades, na maioria das vezes em conjunto, cada formação possui suas peculiaridades e, portanto, suas atividades práticas. Por isso, faz-se necessário avaliar a formação e as competências básicas e específicas de

enfermeiros tendo em vista as evidências que mostram maiores níveis de sobrecarga entre eles. (LAPISCHIES; JARDIM; KANTORSKI, 2013; ALVES *et al.*, 2016).

Embora existam estudos acerca da temática, percebeu-se a escassez de pesquisas que retratam a sobrecarga e satisfação de enfermeiros atuantes em serviços de saúde mental, bem como estudos que relacionem esses dois fatores. Além disso, as transformações produzidas pela Reforma Psiquiátrica refletem na assistência e no processo de trabalho do enfermeiro, alterando a lógica de cuidado daquela anterior à década de 1970. Portanto, avaliar os níveis de satisfação e sobrecarga de trabalho que afetam o enfermeiro em serviço de saúde mental e álcool e outras drogas faz-se necessário, haja vista as repercussões negativas relacionadas à vivência com o sofrimento psíquico e seus desafios.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Correlacionar os níveis de sobrecarga, satisfação com o trabalho e atitudes dos enfermeiros frente ao álcool, ao alcoolismo e ao usuário em uso nocivo de álcool nos CAPS ad de Belo Horizonte - MG e Região Metropolitana (RMBH).

### **2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar sociodemograficamente os enfermeiros que trabalham em CAPS ad de Belo Horizonte e Região Metropolitana;
- Identificar o grau de sobrecarga de trabalho dos enfermeiros que trabalham em CAPS ad de Belo Horizonte e Região Metropolitana;
- Analisar o grau de satisfação com o trabalho dos enfermeiros que trabalham em CAPS ad de Belo Horizonte e Região Metropolitana;
- Identificar os principais grupos de atitudes dos enfermeiros que trabalham em CAPS ad de Belo Horizonte e Região Metropolitana;

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 História do processo de trabalho da Enfermagem na saúde mental**

O processo de trabalho é definido como a transformação de algum objeto, pelo ser humano e por meio de instrumentos, em determinado produto. O ser humano realiza esse processo intencionalmente visando a produzir algum produto ou resultado desejado. (SANNA, 2007). Os elementos do processo de trabalho necessitam de estar integrados entre si e constituem-se, segundo Sanna (2007), em: objeto de trabalho: o que será transformado; agente de trabalho: o ser humano que realiza o trabalho; instrumentos de trabalho: elementos materiais e não materiais utilizados na transformação do objeto; e, por fim, a finalidade do trabalho: motivo para realizar aquele trabalho. (NUNES; DEMARCO; SANTOS *et al.*, 2014). O processo de trabalho em saúde é complexo, pois envolve seres humanos, tanto no papel de agentes como representando o objeto de trabalho, com visões, sentimentos e necessidades particulares. Nesse sentido, esse trabalho se desenvolve como trabalho vivo em ato, o qual é caracterizado pelo trabalho criador: cria-se, com autonomia, um produto diferente para cada ser humano, que ele reconhece como objeto de trabalho. (MARQUES; MELO, 2011; MERHY; FEUERWELKER, 2009). Nesse contexto, o processo de trabalho na saúde mental perpassa por vários caminhos, seguindo a história e o desenvolvimento desse campo da saúde. A Enfermagem se transfigura ao longo da história da psiquiatria e da saúde mental no que diz respeito às modificações no processo de trabalho e no modo de compreender o transtorno mental.

Acreditava-se, na Antiguidade, que as doenças mentais eram causadas por espíritos ou representavam castigo divino; não havia uma fundamentação lógica que explicasse suas causas. Para a cura, pregavam-se práticas de cuidados empíricos voltados a atividades religiosas, místicas e mágicas. Naquele momento, a Enfermagem mantinha suas atividades direcionadas aos cuidados no parto, enquanto os padres eram responsáveis pela retirada dos maus espíritos dos corpos dos doentes. (MORAES, 2014). Segundo Silva e Fonseca (2003), no final do século XV, a loucura vivenciou o momento da Nau dos Loucos, um barco navegando pelos rios de cidade em cidade, que desembarcava loucos em ilhas desertas e deslizava sem destino. Para Foucault (1999), no período da Renascença, no século XVI, a loucura foi demonstrada nas brincadeiras, nas sátiras e na figura do bobo. Durante o

Renascimento, entre os séculos XVI e XVII, se as expulsões dos maus espíritos realizadas pelos padres não alcançassem a “cura”, o doente mental era encarcerado acorrentado, tratado como animal e sujeito a espancamentos. Destaca-se que os loucos ficavam em celas separadas dos criminosos, pois acreditava-se que estes primeiros ofereciam maior perigo do que as pessoas que praticavam crimes hediondos. (VIDEBECK, 2016). Os portadores de sofrimento mental, assim como os desviantes, eram mantidos presos; porém, a segregação não tinha como objetivo o tratamento, mas, sim, a exclusão. (PIMENTEL, 2016).

Já no século XVII, contudo, a loucura viveu tempos silenciosos frente ao encarceramento dos loucos com criminosos. O processo de estigmatização dos portadores de doença mental teve seu início no momento quando as culpas morais e os comportamentos desviantes relacionavam-se a estas pessoas. (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003). No século XVIII, a doença mental foi explicada partir da teoria dos humores de Aristóteles. De acordo com essa teoria, a quantidade de sangue, de água, de bile amarela e de bile negra no organismo controla as emoções, e, quando em desequilíbrio, causa a doença mental. Nesse caso, o tratamento consistia no reequilíbrio dos humores utilizando sangria, inanição e purgação (VIDEBECK, 2016). A loucura na Antiguidade pode ser explicada pelo que hoje entendemos pelo cogito cartesiano, o qual explica que a existência humana é dividida em dois modos: o arrazoado e o desarrazoado. Ou seja, a razão humanizou e libertou o arrazoado da regência divina, enquanto a desrazão discriminou o desarrazoado homem humanizado e o fez animal. (SILVA; FONSECA, 2003).

O que se vê é que, até o século XIX, os loucos eram considerados uma ameaça à moral da época por não cumprirem as normas gerais de padrões de comportamento, por estarem à margem dos tradicionais costumes da sua época, como integrar o mundo produtivo. (BOTTI, 2006; MATOS, 2013; SILVA; FONSECA, 2003). No entanto, em meados do século XIX, o positivismo explanou outra forma de compreender a psiquiatria a partir do modelo biológico de matriz positivista. Esse modelo apresenta a loucura como o resultado de perturbações no psiquismo. Sendo assim, voltar-se a esse modelo positivista significou a ligação da psiquiatria à objetividade, pautada pela instituição de um saber científico direcionado à exploração de distúrbios mentais. Em razão do ocorrido no século XIX, surgiu, no final desse período, um novo delineamento acerca do campo da psiquiatria: o discurso freudiano. A partir disso, a loucura não mais se vincularia apenas à abordagem organicista apontada pelo modelo

positivista, mas também se incorporaria na subjetividade do sujeito e na história de vida dele. Dessa forma, até a metade do século XX, preconizava-se o internamento como única e necessária resposta à loucura. Nesse contexto, o pensamento Iluminista influenciou a organização dos primeiros hospitais daquela época, os quais possuíam chefia médica. A Enfermagem tinha como papel exercer sua subserviência, cumprindo as ordens médicas e realizando atividades com intuito caridoso. (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003).

Durante a segunda metade do século XVIII, a desrazão vai, gradativamente, perdendo espaço, e a alienação ocupa, então, seu lugar como critério de distinção do louco frente à ordem social. Por volta do final do século XVIII e início do século seguinte, a loucura se reconfigura, deixando o campo empírico e passando a fazer parte do campo médico, tornando-se doença passível de cura. Dessa maneira, a loucura se ressignificou e deu origem à alienação mental e, em seguida, à ciência psiquiátrica. (SANTOS; SILVA; SOBREIRA *et al.*, 2016).

Diferentemente da manifestação da loucura na Europa, no século XVII, ela se exteriorizou no Brasil um pouco mais tarde, no século XIX. Assim, a loucura ignorada por vários passa a ser tratada pela repressão à desordem, à imoralidade e à ociosidade. A partir desse período, inicia-se a assistência psiquiátrica brasileira, com transfiguração da loucura em doença mental e a criação de asilos para tratamento dos doentes: um novo *status* do transtorno mental. (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003). Phillipe Pinel, na França, e William Tukes, na Inglaterra, trouxeram para o mundo o conceito de asilo, um lugar para abrigar doentes mentais, em vez das prisões, onde eram espancados e não recebiam nenhum tipo de tratamento. Nesse momento, esse psiquiatra francês destacou o tratamento moral e a síntese alienista. (SILVA; SOUZA; SILVA *et al.*, 2004; SILVA; FONSECA, 2003; VIDEBECK, 2016). Passemos a ela.

A síntese alienista é caracterizada por três aspectos: o alienista: médico que exercia o saber-poder sob o alienado; o alienado: doente mental internado no asilo; e, por fim, o tratamento moral: utilizado pelos médicos para disciplinar os alienados. O tratamento moral consistia no isolamento do doente no hospital geral da época, utilizando estratégias disciplinares, normatizadoras e de explorações de serviços. (SILVA; FONSECA, 2003; OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003). Uma das consequências da síntese alienista se expressa na concepção da loucura incorporada no campo médico. Outro aspecto a ser considerado consiste na busca de fundamentação biológica para compreender o processo de saúde-doença



com ênfase moral ou comportamental. Esse modo de conceber o adoecimento mental perpassa pela Antiguidade Clássica até a contemporaneidade. (SILVA; FONSECA, 2003). Com a tecnologia de cuidados pineliana, os portadores de sofrimento mental eram submetidos a atividades inteiramente relacionadas à disciplina, como vigilância, punição por meio de métodos coercitivos, banhos gelados e acorrentamento. (SILVA; FONSECA, 2003).

O período de internação em hospitais gerais ficou conhecido como a Grande Internação e representou o protagonismo dos conceitos de exclusão, preconceito e estigma. (FOUCAULT, 1999). Dessa forma, o doente mental passou a ser dominado por essa lógica pineliana, sendo esta, naquela época, a condição necessária para curar os alienados. Por meio desse princípio, tem-se o advento do paradigma da internação hospitalar, repercutindo na racionalidade do cuidado e na busca da causalidade biológica com atenção voltada às manifestações da doença. (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003). Assim, o portador de sofrimento mental, anteriormente responsabilidade da família, no que diz respeito ao cuidado, passou, a partir do advento da psiquiatria, a ser cuidado pelos profissionais no hospital psiquiátrico. Com isso, a equipe hospitalar afastava a família do doente mental quando em crise, desencadeando sua segregação e exclusão do seio da própria família e da sociedade. (SANTOS; SILVA; SOBREIRA *et al.*, 2016). O marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira se deu em 1852 com a inauguração do Hospício Dom Pedro, no Rio de Janeiro, com capacidade para 350 pacientes. Em pouco mais de um ano, a instituição já estava em situação de completa lotação.

Durante o século XIX, o processo de trabalho da Enfermagem consistia no cuidado acerca da nutrição, da higiene e das atividades dos pacientes. A assistência de Enfermagem desenvolveu-se concomitantemente com a criação de novas terapias para tratamento dos transtornos mentais no século XIX, tal como a terapia de choque de insulina, em 1935, a lobotomia, em 1936, e a eletroconvulsoterapia, conhecida como terapia do choque, em 1937. Ressalta-se que, com a implantação das novas terapias, cabia aos enfermeiros possuir habilidades médico-cirúrgicas. (TAVARES; CORTEZ; MUNIZ, 2014; VIDEBECK, 2016).

Em meados do século XX, fundou-se a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) com o objetivo de buscar a renovação do quadro profissional e melhorar a qualidade do cuidado dispensado aos doentes. O conceito de higiene mental traz consigo a ideia de evitar a doença mental e buscar o tratamento dentro e fora do espaço hospitalar. (PEREIRA;

PADILHA; OLIVEIRA *et al.*, 2014). A LBHM apresentou uma nova proposta de cuidado e de qualificação da assistência, a qual ia além da prática do modelo hospitalocêntrico vigente nas instituições de saúde daquela época. Com isso, o processo de trabalho da Enfermagem psiquiátrica foi, aos poucos, voltando-se à prevenção da saúde mental por meio de visitas domiciliares e atendimentos ambulatoriais. (PEREIRA; PADILHA; OLIVEIRA *et al.*, 2014). Na perspectiva da LBHM, a assistência de Enfermagem psiquiátrica era pautada em ações no contexto asilar, no espaço fora do hospital e no ambulatório. Nesses cenários, o processo de trabalho da enfermeira psiquiátrica era diferenciado, constituído de atividades de registro de pacientes, de orientações por meio de visitas em domicílio e da administração de medicamentos e higiene, respectivamente. Essa nova concepção de cuidado apoiava o Programa de Higiene Mental, que tinha por finalidade a prevenção, a eugenia e a educação da população. A concepção da LBHM resultou na implantação de diversos ambulatórios de higiene mental pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais, haja vista as crescentes e numerosas despesas que tinham com os hospitais psiquiátricos.

O surgimento da psiquiatria social, motivado pelas rejeições ao saber da psiquiatria clássica, apontou um novo modo de compreender e perceber a psiquiatria: a saúde mental. Conseqüentemente, houve a manifestação em todo o mundo de reformas psiquiátricas denominadas Comunidades Terapêuticas (Inglaterra), Psicoterapia Institucional (França), Psiquiatria Preventiva (Estados Unidos), Antipsiquiatria (Inglaterra) e Psiquiatria Democrática (Itália). A hegemonia brasileira buscou paradigmas da Psiquiatria Preventiva dos Estados Unidos, enquanto que a contra-hegemonia sofreu influências da Psiquiatria Democrática italiana (SILVA; SOUZA; SILVA *et al.*, 2004). Fraga (1993) aponta que o período compreendido entre o ano de 1852 e 1979 ficou conhecido como cristizador da exclusão do louco, devido ao fortalecimento da hegemonia médica no modelo hospitalocêntrico e à expansão de construções asilares, afigurando-se como uma bola de neve. Não obstante, a implantação de ambulatórios e o surgimento das drogas psicotrópicas não interferiram na qualidade da assistência dispensada aos usuários. Ressalta-se, ainda, que esse período tomado pelo tratamento desumano, pela medicalização excessiva, pela segregação, pela exclusão e pelo descompromisso com a vida dos usuários é conhecido como indústria da loucura, referindo-se à mercantilização da doença com vistas na alta lucratividade. (MIRANDA; ARDAIA; ARAÚJO, 2000).

O contexto do uso de álcool e outras drogas passou por caminhos paralelos e simultâneos aos caminhos percorridos pela saúde mental na história. As internações e os modos de tratamento do primeiro eram, inclusive, similares aos empregados na psiquiatria. Até o final do século XVIII, o uso do álcool era elevado no EUA e considerado motivo de orgulho. A partir dessa época, os usuários de álcool passaram a ser vistos como degenerados e fracos de caráter. A cultura e a religião daquele país olhavam para os consumidores de álcool julgando-os como um problema social. (PEREIRA, 2009). Na Europa, em meados do século XVIII, o uso excessivo de bebidas alcoólicas passa a ser encarado como desordem ou doença. No século seguinte, a primeira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I) incorpora o alcoolismo como doença, e, dez anos mais tarde, essa doença passa também a fazer parte da Classificação Internacional de Doenças (CID 8) (WHO, 1992). Assim como a psiquiatria, o alcoolismo deixa de ser um problema social e moral para ocupar um lugar no campo da saúde, como saber médico, a partir do século XX. A história problemática do álcool no Brasil, entretanto, repercutiu a partir da década de 1920. (PEREIRA, 2009). Nessa perspectiva, o alcoolismo passou a ser interpretado como uma doença hereditária, por conta das influências do pensamento psiquiátrico, e deveria ser tratado por meio da eugenia e segregação com base no princípio da disciplina. Ademais, as ações da LBHM eram também voltadas aos usuários de álcool. Dessa maneira, a psiquiatria vigente no século XX se responsabilizou por essas pessoas e passou a intervir na questão do álcool, juntamente com o saber jurídico, visando a conter seu uso.

O âmbito do código penal de 1940 considerava a questão do alcoolismo inaceitável e praticava ações de punição, como expiação e recuperação. A partir desse documento, a justiça conquistou pleno dever em assistir a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool e, logo em seguida, aos usuários de outras drogas, os quais eram considerados viciados e deveriam ser afastados do convívio social. Ressalta-se que, no Brasil, esse era um problema de ordem legal e médica, pertencendo, portanto, aos dois campos de atuação. Porém, seguindo as convenções internacionais, foram realizadas apenas atividades que proibiam o consumo e o comércio de drogas, mas nada foi feito no que diz respeito à prevenção e contenção do tráfico. (SILVA, 2014). Um fato a se considerar refere-se aos estigmas e preconceitos inerentes à dupla penalização, social e legal, vivenciados pelas pessoas que usam drogas. Nesse sentido, após alguns anos sem compreender a real dimensão do problema, a mudança do paradigma do

discurso moral hegemônico reflete na alteração de responsabilidades: um problema de polícia se torna uma questão de saúde pública. (OBERLING; KIEPPER; BRITES *et al.*, 2015). No que diz respeito à implantação de políticas e programas públicos específicos destinados ao cuidado em álcool e outras drogas, no Brasil, o governo apenas começa a pensar na criação de órgãos especializados em drogas na era do governo Fernando Henrique Cardoso em 1995. (SILVA, 2014).

Tendo em vista os problemas e as críticas ao cuidado pautado no modelo asilar e segregatório, no final da década de 70, acentuaram-se os debates e as reflexões acerca deste modelo de assistência simultaneamente à luta pela redemocratização da sociedade vigente. Neste cenário, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental foi o protagonista social na formulação de críticas ao paradigma hegemônico que culminou na Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003). A RPB, influenciada pela Reforma Democrática Italiana, propõe uma nova concepção da loucura, voltada para a perspectiva psicossocial em detrimento do modelo hospitalocêntrico. O modelo pregado pela atenção psiquiátrica inflexível e desumana cede lugar a uma nova assistência, caracterizada pelo processo de desinstitucionalização do portador de sofrimento mental e usuário de drogas, bem como a compreensão destes enquanto sujeito no seu contexto histórico-social. (SANTOS; SILVA; SOBREIRA, 2016). Nesse contexto, o conjunto de ideias e concepções abarcadas pela RPB visa a modificar a relação que a sociedade possui com a loucura. O conceito de desinstitucionalização surge para reorientar saberes, estratégias e formas de compreensão da loucura, que, a partir desse movimento, deve ser concebida pelo conceito de sofrimento mental. Ademais, as novas formas de atenção ocorrem em espaços extra hospitalares e de não exclusão, atendendo a ações que buscam a subjetividade, reintegração e autonomia do usuário. Importantes acontecimentos marcaram e impulsionaram a RPB, em 1989: o fechamento da Clínica Anchieta, em Santos; a revisão legislativa proposta pelo deputado Paulo Delgado; a subscrição, em 1990, da Declaração de Caracas, pautada na reestruturação da assistência psiquiátrica. A partir desses fatos, em 2001, é aprovada a lei federal 10.216, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos de portadores de sofrimento mental. Com isso, o modelo assistencial em saúde mental é redirecionado juntamente com a implantação da Política Nacional de Saúde Mental. (BRASIL, 2001; GOFFMAN, 2001).

Conforme os princípios do SUS, estabelecidos no final da década de 1980, o processo de trabalho em saúde mental deve estar comprometido com a ação inclusiva em cuidado integral, visando à promoção, proteção e reabilitação do portador de sofrimento mental. (NUNES; DEMARCO; SANTOS *et al.*, 2014). Dessa forma, no que diz respeito à superação do paradigma hegemônico, o processo de trabalho neste campo do conhecimento necessita agregar novos significados acerca das concepções do processo saúde-doença mental, contemplando as dimensões da existência da pessoa com sofrimento mental em sua totalidade. Cabe ressaltar que a ressignificação de perspectivas impacta na superação ou legitimação da prática no trabalho. (SILVA; SOUZA; SILVA *et al.*, 2004). A efetivação da RPB determinava que o processo de superação dos hospitais psiquiátricos deveria desenrolar-se com rapidez, concomitantemente à criação da rede substitutiva que assegura o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Assim, os municípios deveriam implantar uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados, em bases comunitárias e integrados à rede de saúde, incluindo CAPS, em saúde mental e álcool e drogas, que realizem proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental. (SILVEIRA *et al.*, 2016). Ressalta-se ainda a necessidade de que essas modalidades substitutivas desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, autoestima, autonomia e cidadania e que busquem superar a relação de tutela e as possibilidades de reprodução de institucionalização e ou cronificação. (III CNSM, 2002).

Considera-se que as práticas inseridas no processo de trabalho da Enfermagem nos serviços substitutivos de saúde mental devem ser idealizadas no contexto do diálogo, das relações interpessoais, no que diz respeito à característica interdisciplinar que faz parte do modo subjetivo do cuidado. (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003). Neste cenário, espera-se que os enfermeiros integrem e articulem, em seu processo de trabalho, todos os elementos que o constituem e busquem a reflexão acerca do produto de seu trabalho como algo que vai além da cura, focado no cuidado e na ressocialização dos sujeitos. (NUNES; DEMARCO; SANTOS *et al.*, 2014). Os autores destacam também que o processo de trabalho em saúde mental precisa ser voltado ao cuidado singular, com utilização das tecnologias leves de cuidado, caracterizando o acolhimento, o vínculo, a escuta ativa, a corresponsabilização do usuário e a ressignificação de sua própria autonomia. (NUNES; DEMARCO; SANTOS *et al.*,

2014; MERHY; FEUERWELKER, 2009). Ainda nessa perspectiva, o objeto do cuidado da Enfermagem passa a ser a pessoa com sofrimento psíquico contextualizado com sua história psicossocial, diferentemente do objeto de cuidado vigente na psiquiatria clássica, ou seja, a doença mental. Portanto, a mudança no foco do processo de trabalho da Enfermagem aponta para a reinvenção de novas formas de cuidado, respeitando a especificidade de cada indivíduo. (MORAES, 2014). Nota-se que, a partir da proposta da RPB, as modificações ocorridas no campo da saúde mental referem-se ao objeto e à finalidade do processo de trabalho por meio de novos olhares ao sujeito e não à doença, considerando as práticas e os saberes envolvidos, promovendo a corresponsabilização, autonomia e reabilitação psicossocial do usuário (SILVA, 2014).

Nesse processo dinâmico de construção, observa-se que a transição do objeto de trabalho traduz-se como transformação em todo o processo de trabalho da Enfermagem em saúde mental. Assim, a mudança de paradigmas, a atenção psicossocial e o modelo psiquiátrico clássico têm se evidenciado como um implicador de desafios e tensões no que diz respeito à ruptura com a ideologia tradicional. (WETZEL; KANTORSKI; OLSCHOWSKY *et al.*, 2011; DUARTE; VIANA; OLSCHOWSKY, 2016). As pesquisas de Miranda, Ardaia e Araújo (2000) corroboram que as dificuldades e a própria resistência dos enfermeiros em utilizar novas práticas de cuidado estão relacionadas ao início da assistência psiquiátrica no Brasil. Sob esse enfoque, o papel da Enfermagem não visava à melhoria do cuidado, mas, sim, se submetia ao discurso psiquiátrico, hospitalocêntrico e médico centrado. (MIRANDA; ARDAIA; ARAÚJO, 2000).

Ressalta-se que o cuidado em serviços de saúde mental e em álcool e outras drogas precisa estar voltado para as questões biopsicossociais do usuário, de suas necessidades e de suas demandas enquanto ser humano. O processo de trabalho deve estar relacionado às tecnologias leves: ampliação do olhar e escuta ativos, permitindo que a complexidade da vida dos usuários integre o serviço de modo a possibilitar novas compreensões dos profissionais acerca do processo saúde-doença mental. (MERHY; FEUERWELKER, 2009; SANTOS, 2014). Dessa maneira, no que concerne às ações que utilizam de tecnologias leves, faz-se necessário que o usuário seja considerado como agente ativo na produção de sua saúde e sua reinserção na sociedade. Esse olhar distingue-se daquele em que o usuário era apenas classificado como objeto de trabalho. (MERHY; FEUERWELKER, 2009). Portanto, operar

na perspectiva da clínica ampliada e de todas as tecnologias envolvidas, resgatando o contexto do sujeito, sua individualidade e sua complexidade, demanda dos enfermeiros apropriar-se de práticas e saberes concebidos pelo movimento da RPB, pois esse conceito aponta para a conquista da cidadania das pessoas que possuem sofrimento mental. (OLIVEIRA; ALVES; PORTO *et al.*, 2016; TAVARES; CORTEZ; MUNIZ, 2014).

## **3.2 Sobrecargas de trabalho**

### ***3.2.1 Sobrecarga de trabalho, Burnout e Esgotamento Profissional***

Os aspectos relacionados ao trabalho e à saúde dos trabalhadores têm se tornado, na última década, interesse de diversos pesquisadores por serem considerados problemas sociais de ampla relevância que causam grandes custos organizacionais e pessoais. (BENEVIDES-PEREIRA, 2010; CARLOTTO, 2010; DEJOURS, 1992; MARCELINO FILHO; ARAÚJO, 2015; SELIGMANN-SILVA, 2011).

De acordo com Tabeleão, Tomasi e Neves (2011), saúde e qualidade de vida compreendem relações complexas, as quais dependem de questões físicas e emocionais particulares aos indivíduos, assim como são impactadas positiva ou negativamente pelos contextos socioeconômico, cultural e laboral. Nesse sentido, as exigências e a alta competitividade no mercado de trabalho tornam os trabalhadores mais vulneráveis ao desgaste e esgotamento profissional. (ALONSO, 2014). Esgotamento profissional, cargas de desgaste, sobrecarga de trabalho e esgotamento emocional afetam 4% da população mundial economicamente ativa e são sinônimos da síndrome de *Burnout*, cuja prevalência entre os profissionais de saúde tem sido variada entre 25% e 70% em todo o mundo. (ADRIAENSSENS; DE GUCHT; MAES, 2015; KARAKOC *et al.*, 2016). Portanto, esse é um fenômeno que compreende especial importância especificamente para os profissionais de saúde, não só pela natureza do trabalho, mas também por sua alta frequência.

O conceito de sobrecarga origina-se da palavra inglesa *burden*, a qual equivale aos termos *fardo*, *impacto* e *interferência* e é utilizada para descrever os aspectos negativos que o trabalho pode causar no indivíduo. (BANDEIRA; ISHARA, ZUARDI; 2007; VIEIRA, 2015). Dessa forma, a sobrecarga de trabalho está associada a uma grande variedade de definições referentes à experiência de demanda ou carga de trabalho, tais como estresse psicológico, (FOLKMAN *et al.*, 1986), *Burnout* (MASLACH; JACKSON, 1981) ou sobrecarga. (KNIGHT; FOX; CHOU, 2014; LIPING; LI; SUSAN, 2014; VIEIRA, 2015).

Embora exista uma pluralidade conceitual acerca dessa temática, Maslach e Schaufeli (1993) pontuaram cinco características comuns que permeiam as definições criadas por outros autores: sintomas relacionados à exaustão emocional, fadiga e depressão; maior presença de sintomas comportamentais e psíquicos; manifestação em indivíduos que não sofreram distúrbios psicopatológicos; sintomas relacionados estritamente ao trabalho; e, por fim, diminuição da efetividade e do desempenho no trabalho, bem como atitudes e comportamentos negativos. (MASLACH; SCHAUFELI, 1993; SÁ; MARTINS-SILVA; FUNCHAL, 2014).

Por seu turno, as pesquisas de Ferreira e Lucca (2015) corroboram a premissa de que o *Burnout* compreende uma doença de ordem psicossocial que surge em decorrência dos estressores interpessoais que estão associados ao meio laboral, diferindo-se do estresse e sofrimento ocupacional. (FERREIRA; LUCCA, 2015). A definição consolidada da síndrome, atualmente, é a escrita por Maslach e Jackson (1981, p. 99): “resposta inadequada a um *stress* emocional crônico, tendo como principais sintomas o esgotamento físico e/ou psicológico, uma atitude fria e despersonalizada na relação com os outros e um sentimento de incapacidade face às tarefas que tem que realizar”. Essa descrição vai ao encontro à feita por Maslach e Leiter (1999, p. 13), de que “as pessoas estão ficando descrentes, cultivando uma distância ‘segura’ e tentando não se envolver demais e, junto a isso, tem-se que o local de trabalho é um terreno fértil para o desgaste físico e emocional”. Conforme os mesmos autores ressaltam:

O *burnout* não é um problema do indivíduo, mas sim do ambiente social onde se desenvolve o trabalho. Quando as organizações não consideram o “lado humano” de qualquer atividade, utilizando as pessoas como máquinas de produção em série, podem levar os indivíduos a uma deterioração do seu desempenho, trazendo com isso prejuízos pessoais, organizacionais e na



relação com os outros, colegas, família e amigos, sendo, por isso, considerado um prolongamento do *stress* ocupacional, em que o trabalhador sente que os recursos para lidar com as exigências colocadas pela situação já estão ‘esgotados’. (MASLACH; LEITER, 1997, p. 16).

A síndrome de *Burnout* é caracterizada por três dimensões denominadas: exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal. Maslach, Schaufeli e Leiter (2001, p. 399) apontam que “a exaustão é a dimensão básica do estresse nesta síndrome; a despersonalização é a dimensão do contexto interpessoal, e a baixa realização no trabalho é a que se refere à avaliação na síndrome”. Além disso, a sobrecarga de trabalho é reconhecida como um transtorno psíquico, registrada na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10), na lista de transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho. No Brasil, esta é contemplada como síndrome de *Burnout* e constitui a segunda categoria diagnóstica de transtornos mentais na lista de doenças profissionais e relacionadas ao trabalho. (ALONSO, 2014; BRASIL, 2001). No Brasil, a primeira publicação que discorria sobre a síndrome de *Burnout* foi feita por França (1987) na Revista Brasileira de Medicina.

Atualmente, existe uma grande variedade de instrumentos de diferentes idiomas que avaliam o *Burnout*: *Staff Burnout Scale*; *Indicadores del Burnout*; *Emener-Luck Burnout Scale*; *Tedium Measures (Burnout Measure)*; *Burnout Scale*; *Teacher Burnout Scale*; *Energy Depletion Index*; *Matthews Burnout Scale for Employees*; *Efectos Psiquicos del Burnout*; *Escala de variables predictoras del Burnout*; *Cuestionário de Burnout del Profesorado*; *Holland Burnout Assessment Survey*; *Rome Burnout Inventory*. (RIBAS, 2010). Entretanto, apesar dessa variedade de instrumentos, o mais utilizado e fidedigno consiste no *Maslach Burnout Inventory*, criado em 1986 por Maslach e Jackson, especialistas na síndrome de *Burnout*, em âmbito internacional. Esse instrumento foi validado e traduzido em diversos países e idiomas e é analisado da seguinte forma: para que a Síndrome de *Burnout* seja confirmada, os resultados devem mostrar valores altos nas dimensões exaustão emocional e despersonalização, associados a valores baixos de realização pessoal, sendo esta última dimensão considerada independente das outras duas.

Ressalta-se que as três dimensões podem estar associadas, porém são analisadas e consideradas independentes. Dessa forma, segundo Maslach e Jackson (1981), a exaustão emocional é a primeira delas a ocorrer, permitindo o aparecimento da despersonalização, que, por sua vez, levará o indivíduo a perceber-se ineficaz e infeliz, características da baixa

realização pessoal. Por seu turno, Gil-Monte (2003) e Silva (2000) consideram que, quando o indivíduo percebe a sobrecarga de trabalho, sente-se esgotado, fadigado, tenso e ansioso. A partir disso, ocorre a instalação do *Burnout*, com elevado esgotamento emocional e, por isso, desenvolvimento de estratégias de defesa do próprio indivíduo, que podem ser visualizadas nas mudanças de atitudes e comportamentos – indiferença e distanciamento emocional do trabalho. De acordo com Benevides-Pereira (2010), a partir da instalação da síndrome, os sintomas mais frequentes que o afetado pode desenvolver são: enxaquecas, insônias, gastrites, infecções, dores musculares, alergias, irritabilidade, ansiedade, mudanças bruscas de humor, sentimento de alienação, dificuldade de concentração, bem como absenteísmo e isolamento.

Destaca-se que o *Burnout* é um problema multifatorial, de ambiente e contexto social laboral, que vai além de ser uma adversidade das próprias pessoas; assim, fatores como excesso de trabalho, falta de controle, conflito de valores, dificuldades no trabalho em equipe, carência de reconhecimento financeiro e ausência do apoio da gestão são possíveis fatores causadores da síndrome. (MASLACH; LEITER, 1997).

Realizou-se, por meio de busca bibliográfica nos portais de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da Public Medline (Pubmed), uma revisão integrativa da literatura acerca da sobrecarga de trabalho em profissionais atuantes em serviços de saúde mental.

### ***3.2.2 Sobrecargas de trabalho de profissionais em serviços de saúde mental: revisão integrativa***

#### **Resumo**

Objetivo: realizar revisão integrativa da literatura acerca da sobrecarga de trabalho vivenciada por profissionais da saúde em serviços comunitários de saúde mental. Método: pesquisa realizada nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da *Public Medline* (Pubmed) no período de novembro a dezembro de 2016, obtendo-se 22 artigos publicados entre 2010 e 2016. A pergunta norteadora foi: “Como se dá a sobrecarga de trabalho entre os profissionais de serviços comunitários de saúde mental”? Resultados: Constatou-se que, entre os profissionais de saúde mental, a sobrecarga psíquica é a mais prevalente e que o comprometimento da saúde dos profissionais pode repercutir na qualidade do cuidado ofertado aos usuários. Conclusão: A forma como os serviços se organizam e a

interação entre os gestores, trabalhadores e usuários dos serviços impactam positiva ou negativamente no cotidiano dos profissionais nos serviços comunitários de saúde mental. Assim, fazem-se necessários maior empoderamento dos profissionais, educação permanente e melhor relacionamento interpessoal nessa modalidade de serviços.

**Descritores:** Carga de trabalho; Esgotamento Profissional; Enfermagem; Saúde Mental; Satisfação no Trabalho.

### **Objetivo**

Realizar revisão integrativa da literatura acerca da sobrecarga de trabalho vivenciada por profissionais da saúde em serviços de saúde mental.

### **Metodologia**

A questão norteadora desta revisão foi elaborada com a aplicação da estratégia PICO: a população abrangeu os profissionais de serviços comunitários de saúde mental (P), o interesse constituiu-se da vivência da sobrecarga de trabalho e fatores relacionados (I), e, por fim, o contexto versa dos serviços comunitários de saúde mental (O).

Após ajustarmos os objetivos do estudo à estratégia PICO, estabelecemos a questão norteadora desta revisão integrativa, que foi: “Como se dá a sobrecarga de trabalho entre os profissionais de serviços comunitários de saúde mental”? Destaca-se que esta revisão integrativa não abordou o elemento C da estratégia PICO por não possuir como objetivo comparar intervenções.

A coleta do material foi realizada pela busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da *Public Medline* (Pubmed) no período de novembro a dezembro de 2016. Foram utilizados os seguintes descritores exatos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (Mesh): “carga de trabalho”, “esgotamento profissional”, “Enfermagem”, “recursos humanos em saúde”, “satisfação no trabalho”, “saúde mental”, “*workload*”, “*burnout professional*”, “*health manpower*”, “*job satisfaction*”, “*mental*

*health*” e *“nursing”*, utilizados de forma conjugada, resultando inicialmente em 10.566 produções.

Ao aplicar as estratégias de busca, procedeu-se, como critérios de inclusão: o formato do texto em artigo; a publicação constante no período de 2010 a 2016; textos publicados nacional e internacionalmente nos idiomas português, inglês e espanhol, e; por fim, publicações disponíveis na íntegra.

Os descritores (MESH e DeCS) foram combinados com os operadores booleanos “OR” e “AND”, e os seguintes critérios foram utilizados para nortear a inclusão dos artigos na revisão: foram excluídos os artigos que não continham resumo e que eram duplicados, além de produtos literários como teses, dissertações, monografias, livros ou pôsteres. Essa etapa resultou em um número de 2.434 artigos selecionados. Na seguinte, foi realizada a leitura de título e resumo, para que, a partir de uma análise mais aprofundada, as autoras conseguiram determinar se a produção se enquadrava na proposta. Por fim, com base nessa leitura foram selecionados 22 artigos para esta produção.

A análise dos estudos foi realizada de forma descritiva com o objetivo de responder a nossa pergunta de pesquisa, por meio do fluxograma PRISMA de 2015 (Figura 1):

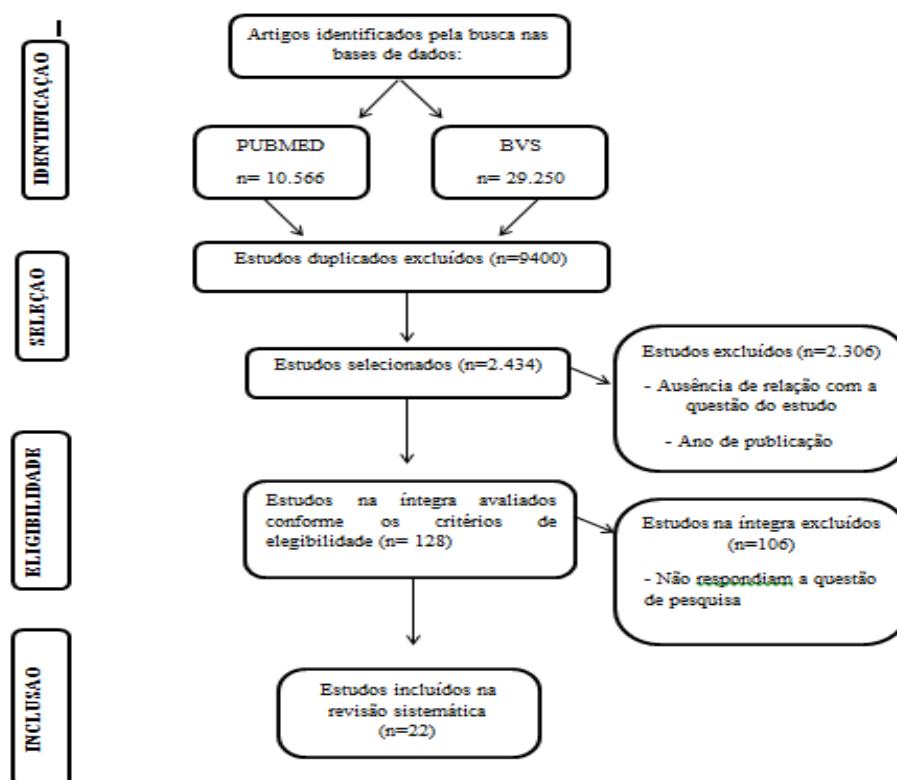


Figura 1- Fluxograma da amostra final dos artigos (n=22) referente à busca eletrônica nas bases de dados PubMed e BVS, atendendo aos critérios Prisma. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2017.

## **Resultados**

Os vinte e dois artigos foram publicados no período de 2010 e 2016, e nos anos de 2011 2013 e 2014 foram divulgados quatro trabalhos. Observou-se que em 2012 obteve-se, entre os anos pesquisados, maior número de publicações, total de seis, acerca do tema inicial. Os trabalhos incluídos nesse estudo tiveram sua publicação em seis países, e prevaleceram os que foram publicados nos Estados Unidos da América (EUA), totalizando nove; seguidos dos publicados no Brasil e na Inglaterra, com cinco publicações cada. Os três artigos restantes foram publicados em países diferentes: Alemanha, Irlanda e Japão.

Entre os objetivos expostos, preponderaram os que avaliavam as condições e a satisfação no trabalho e os aspectos relacionados aos fatores que impactam na qualidade de vida. Predominaram também estudos que possuíam como objetivo analisar os níveis de *Burnout* nos profissionais dos serviços. Os demais abarcaram questões acerca do estresse, estigma e processo de trabalho.

Ressalta-se a proeminência de pesquisas realizadas com os profissionais dos serviços de saúde mental, sobressaindo-se publicações que tiveram enfermeiros como participantes. Os estudos na modalidade Ensaio clínico sem randomização (nível 3) foram os mais numerosos, totalizando nove; seguidos pelos quantitativos descritivos e qualitativos (nível 6).

Os resultados que se destacaram foram organizados em categorias, a fim de abarcar os conteúdos apresentados nos artigos.

### **Categoria 1 - Cargas físicas e psíquicas: fatores relacionados**

Os estudos demonstraram que o desgaste psíquico prevaleceu entre os profissionais de saúde. Assim, 18 artigos abordaram a sobrecarga psíquica e quatro enfatizaram as dimensões física e psíquica. No que diz respeito aos fatores desencadeantes, notou-se a prevalência daqueles relacionados à exaustão emocional, como: despersonalização; precariedade da

estrutura e organização das instituições de saúde; e a vivência do estigma. (REDHEAD *et al.*, 2011; ATHAYDE; HENNINGTON, 2012; VERHAEGHE; BRACKE, 2012; JOHNSON *et al.*, 2012; MARK; SMITH, 2012; SALYERS *et al.*, 2013; KOIVUNEN *et al.*, 2013; KARANIKOLA; PAPATHANASSOGLU, 2013; SOUZA *et al.*, 2015; ZWIJSEN *et al.*, 2015).

A exaustão emocional, apontada pelos estudos citados acima, integra a síndrome de *Burnout* e é definida como falta de entusiasmo no trabalho, somada à sensação de esgotamento e sentimento de frustração. Essas manifestações podem surgir física e/ou psiquicamente. Ademais, os trabalhadores nessa situação percebem a escassez de energia para realização do trabalho.

A despersonalização se constitui em outro sintoma do *Burnout*, que se refere à falta de reconhecimento de si próprio como agente de trabalho na organização. Nesse sentido, o indivíduo não se reconhece em seu processo de trabalho, tornando-o mecanizado e ineficiente, além de se avaliar negativamente, em relação aos outros profissionais, o que resulta em alterações no desempenho laboral. (REDHEAD *et al.*, 2011; ATHAYDE; HENNINGTON, 2012; VERHAEGHE; BRACKE, 2012; JOHNSON *et al.*, 2012; MARK; SMITH, 2012; SALYERS *et al.*, 2013; KOIVUNEN *et al.*, 2013; KARANIKOLA; PAPATHANASSOGLU, 2013; SOUZA *et al.*, 2015; ZWIJSEN *et al.*, 2015).

A despersonalização e a exaustão emocional relacionam-se aos impactos gerados pelo estigma vivenciado pelos profissionais. Os trabalhadores, ao vivenciarem esses sintomas, referiram comportamentos estigmatizantes de pessoas externas ao trabalho, apesar de não se sentirem inferiores em seu local de trabalho. Contudo, isso se relaciona ao tipo de serviço, pois o estigma sofrido por profissionais que trabalham em hospitais psiquiátricos é ainda maior (VERHAEGHE; BRACKE, 2012).

Apesar da predominância dos aspectos negativos relacionados à sobrecarga de trabalho, a extensa dedicação às atividades laborais tem como retorno o reconhecimento profissional, tanto pela equipe de trabalho bem como pelos usuários do serviço. (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011; MORRISSETTE, 2011; JOHNSON *et al.*, 2012; MARK; SMITH, 2012; SALYERS *et al.*, 2013; AZEVEDO; NEUMANN, 2015).

## **Categoria 2: Impactos da sobrecarga de trabalho na qualidade do cuidado ofertado pelos profissionais de saúde**

A sobrecarga de trabalho gera efeitos negativos, tanto para o profissional quanto para o usuário do serviço. Ao exercer o trabalho na perspectiva de um modelo de atenção à saúde mental, com foco em ações singulares para cada indivíduo, o profissional com desgaste psíquico e físico possui dificuldade em planejar projetos terapêuticos mais elaborados. (HORTA; ESSWEIN; HORTA, 2013). Assim, a saúde psíquica dos profissionais, quando comprometida, pode desencadear problemas fisiológicos que também repercutem na qualidade do cuidado oferecido, no tempo de trabalho e no desejo de manter-se no mesmo. (MARK; SMITH, 2012; YADA *et al.*, 2014).

A insatisfação profissional em saúde mental está associada ao descontentamento do usuário com o serviço, pois o estigma vivenciado pelo mesmo muitas vezes é confirmado pelos profissionais que não se apropriam de práticas que se relacionem à subjetividade e também não se inserem na dinâmica do trabalho, devido à exaustão física e psíquica. (VERHAEGHE; BRACKE, 2012).

## **Categoria 3: Estigma e preconceito como fatores intrínsecos à saúde mental**

Quanto à categoria profissional, os enfermeiros são os profissionais que vivenciam maior estigma profissional, seguidos pelos fisioterapeutas, assistentes sociais e psicólogos. (VERHAEGHE; BRACKE, 2012). Alguns autores apontam que isso pode se dever ao fato de que o trabalho de enfermeiros psiquiátricos comumente é mal compreendido e subestimado, o que explica o estigma e o preconceito associados às pessoas com sofrimento mental e aos profissionais dessa área. (MORRISSETTE, 2011; RÖSSLER, 2012). Por outro lado, o tipo de serviço também interfere na vivência do estigma. Assim, hospitais psiquiátricos e alas psiquiátricas em hospital geral implicam maior estigma, quando comparados aos serviços comunitários de saúde mental. (VERHAEGHE; BRACKE, 2012).

O campo da saúde mental é permeado por desafios específicos, como as relações conflituosas com usuários/pacientes, vinculadas às ameaças e violência; o próprio estigma da

psiquiatria; e as interações complexas entre os profissionais de saúde, que caracteriza o trabalho interdisciplinar. (RÖSSLER, 2012). Portanto, despersonalização e exaustão emocional entre os profissionais de saúde mental bem como a diminuição da satisfação com o trabalho estão associadas ao estigma e são comuns nessa área. Assim sendo, este pode ser considerado um provável estressor no processo de trabalho. (VERHAEGHE; BRACKE, 2012).

#### **Categoria 4: Contribuições para a comunidade acadêmica, os profissionais e a população**

A partir da análise dos artigos, identificou-se que cinco estudos apresentaram alternativas e sugestões para os gestores de serviços de saúde, no que diz respeito às ações a serem desenvolvidas para a superação das dificuldades relacionadas aos desgastes físicos e psíquicos. (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011; VERHAEGHE; BRACKE, 2012; ROSSI *et al.*, 2012; KOIVUNEN *et al.*, 2013; ZHANG; PUNNETT; GORE, 2014). Nesse sentido, elaboraram-se propostas que visavam ao bem-estar dos profissionais, como grupos de interação em que eles pudessem expor suas demandas e sentimentos a respeito do serviço em que trabalhavam. (ATHAYDE; HENNINGTON, 2012; AZEVEDO; NEUMANN, 2015).

A educação permanente oferece ferramentas para explorar o potencial do enfermeiro para resolver situações problemas. (CHEN *et al.*, 2010; KOIVUNEN *et al.*, 2013). Além disso, nota-se a necessidade de adequação dos programas propostos na formação em graduação, haja vista que os estudos identificaram que existe uma melhor adaptação às atividades do serviço por profissionais que cursaram o terceiro grau. (CHEN *et al.*, 2010; REDHEAD *et al.*, 2011; ZWIJSEN *et al.*, 2015).

#### **Categoria 5: Apoio da gestão: autonomia e relações interpessoais**

Artigos da revisão ressaltaram a relevância do reconhecimento e apoio da gestão dos serviços, no que diz respeito à atuação dos trabalhadores. Eles sugeriram que os gestores devem utilizar estratégias que proporcionem melhores condições de trabalho e deem visibilidade das ações destes, tornando-os sujeitos de sua atuação profissional. (CHEN *et al.*,



2010; GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011; KOIVUNEN *et al.*, 2013; ZHANG; PUNNETT; GORE, 2014; AZEVEDO; NEUMANN, 2015).

A literatura também sinalizou que, muito provavelmente, as relações que os gestores mantêm com os trabalhadores impactam no nível de sobrecarga que eles vivenciam no processo de trabalho. Assim, a forma de gerenciar pessoas e administrar processos laborais influi nas maneiras de executar o trabalho.

Outros estudos apontam a autonomia como importante fator no processo de trabalho, uma vez que, quanto mais os trabalhadores a exercem, quando lhes é permitido pelos gestores, maior é a satisfação pelo trabalho e mais efetivas são suas estratégias de cuidados.

### **Categoria 6: Limitações e possíveis modificações**

Em geral, os estudos abarcaram como limitações aspectos metodológicos da pesquisa relacionados ao tipo de pesquisa, dos instrumentos de coleta de dados e da amostragem. Nesse sentido, alguns trabalhos demonstraram que muitas pesquisas possuem baixa amostragem, comprometendo a generalização e a confiabilidade dos dados. (CHEN *et al.*, 2010; GREEN *et al.*, 2014; AZEVEDO; NEUMANN, 2015).

Além disso, os textos também apontaram como limitações questões acerca da individualidade da localização da pesquisa no que diz respeito ao processo de desinstitucionalização psiquiátrica. Os cenários da pesquisa são específicos a cada município, dependendo assim do progresso que aquele já obteve no âmbito da resignificação do cuidado e substituição dos serviços hospitalares por outros comunitários. (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011). Ademais, a sobrecarga no trabalho é influenciada por diversos fatores externos ao espaço de trabalho, fazendo com que a totalidade da natureza dos problemas não seja alcançada pelos questionários. (AZEVEDO; NEUMANN, 2015). Desse modo, vê-se a necessidade de não generalizar as informações apresentadas, devido à grande dimensão de fatores que envolvem a temática. (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011; GREEN *et al.*, 2014).

### **Referências**

ATHAYDE, V.; HENNINGTON, É. A. A saúde mental dos profissionais de um Centro de atenção Psicossocial. **Physis**, v. 22, n. 3, p. 983-1001. Jan 2012. (G)

AZEVEDO, A. P. F.; NEUMANN, V. C. Vivências de prazer e sofrimento mental em um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 15, n. 1, p. 30-42. Jan-mar 2015. (U)

CHEN, K. H. *et al.* The Effects of Potentiality Education on Potentiality and Job Satisfaction Among Psychiatric Nurses in Taiwan. **Perspect Psychiatr Care**, v. 46, n. 2, p. 85-97. Apr 2010. (A)

GREEN, A. E. *et al.* The roles of individual and organizational factors in burnout among community-based mental health service providers. **Psychological Services**, v. 11, n. 1, p. 41-49. 2014. (R)

GUIMARÃES, J. M. X.; JORGE, M. S. B.; ASSIS, M. M. A. Insatisfação com o trabalho em saúde mental um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2145-2154, 2011. (D)

HAPPELL, B.; KOEHN, S. Impacts of seclusion and the seclusion room exploring the perceptions of mental health nurses in Australia. **Arch Psychiatr Nurs**, v. 25, n. 2, p. 109-19. Apr 2011. (C)

HORTA, R. L.; ESSWEIN, G. C.; HORTA, C. L. Percepção de profissionais de saúde de CAPS I quanto a demandas relativas ao consumo de crack. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1099-1108. Abril 2013. (L)

JOHNSON, S. *et al.* Morale in the English mental health workforce questionnaire survey. **The British journal of psychiatry**, v. 201, n. 3, p. 239-46. Set 2012. (J)

KARANIKOLA, M. N. K.; PAPATHANASSOGLU, E. E. D. Exploration of the Burnout Syndrome Occurrence Among Mental Health Nurses. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 27, n. 6, p. 319-326. Dez 2013. (O)

KOIVUNEN, M. *et al.* Occupational stress and implementation of information technology among nurses working on acute psychiatric wards. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 49, n. 1, p. 41-49. Jan 2013. (N)

MARK, G.; SMITH, A.P. Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. **British journal of health psychology**, v. 17, n. 3, p. 505-21. Set 2012. (K)

MORRISSETTE, P. J. Recruitment and retention of canadian undergraduate psychiatric nursing faculty: challenges and recommendations. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 18, n. 7, p. 595-601. Set 2011. (E)

REDHEAD, K. *et al.* An evaluation of the outcomes of psychosocial intervention training for qualified and unqualified nursing staff working in a low-secure mental health unit. **J Psychiatr Ment Health Nurs**, v. 18, n. 1, p. 59-66. Feb 2011. (B)

ROSSI, A. *et al.* Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. **Psychiatry Research**, v. 200, n. 2-3, p. 933-938. Dez 2012. (I)

RÖSSLER, W. Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 262, sup. 2, p. 65-69. 2012. (F)

SALYERS, M. P. *et al.* Job satisfaction and burnout among VA and community mental health workers. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 40, n. 2, p. 69-75. 2013. (M)

SCHMIDT, S. G. *et al.* The satisfaction with the quality of dementia care and the health, burnout and work ability of nurses a longitudinal analysis of 50 German nursing homes. **Geriatric Nursing**, v. 35, n. 1, p. 42-46. Jan-Fev 2014. (P)

SOUZA, I. A. S.; PEREIRA, M. O.; OLIVEIRA, M. A. F.; PINHO, P. H.; GONÇALVES, R. M. D. A. Processo de trabalho e seu impacto nos profissionais de enfermagem em serviço de saúde mental. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 5, p. 447-53. 2015. (T)

VERHAEGHE, M.; BRACKE, P. Associative Stigma among Mental Health Professionals: Implications for Professional and Service User Well-Being. **Journal of health and social behavior**, v. 53, n. 1, p. 17-32. Mar 2012. (H)

YADA, H. *et al.* Job-related stress in psychiatric nurses in Japan caring for elderly. **Environmental Health and Preventive Medicine**, v. 19, n. 6, p. 436-443. 2014. (Q)

ZHANG, Y.; PUNNETT, L.; GORE, R. Relationships among employees' working conditions, mental health, and intention to leave in nursing homes. **Journal of Applied Gerontology**, v. 33, n. 1, p. 6-23. 2014. (S)

ZWIJSEN, S. A. *et al.* Coming to grips with challenging behaviour a cluster randomised controlled trial on the effects of a new care programme for challenging behaviour on burnout. **International Journal of Nursing Studies**, v. 52, n. 1, p. 68-74. Jan 2015. (V)

### 3.2.3 Sobrecarga de trabalho em Enfermagem

Em busca bibliográfica acerca da sobrecarga de trabalho em enfermeiros, realizada em agosto de 2017, foram encontrados 37.370 estudos, nacionais e internacionais, pesquisados nas bases de dados PubMed (13.030) e portal de dados BVS (24.340). Entre os critérios de elegibilidade desta busca, estiveram: filtro por título completo disponível (18.987); ano de publicação – entre 2012 e 2017 (8.607); idioma – português, inglês e espanhol (8.258); formato – artigo, dissertação e tese (5.829). Por fim, realizou-se a leitura de títulos para analisar relação com a temática estudada.

Uma grande variedade de pesquisas corrobora que a sobrecarga de trabalho em Enfermagem está relacionada ao contato direto com os pacientes, suas comorbidades e seus familiares. (SÁ; MARTINS-SILVA; FUNCHAL, 2014; CARVALHO *et al.*, 2017; CAMPOS *et al.*, 2015; MADATHIL; HECK; SCHULDBERG, 2014; TAVARES *et al.*, 2014; FRANÇA *et al.*, 2012). Usualmente, é exigido dessa categoria profissional um controle emocional – frente à dor, ao sofrimento e à morte – maior se comparado ao de outras formações.

Aires *et al.* (2016), Nascimento (2016) e Copanitsanou, Fotos e Brokalaki (2017), por seu turno, discorrem acerca das situações que podem ser causadoras da sobrecarga de trabalho em enfermeiros: infraestrutura precária da instituição; incipiência de recursos humanos; ausência de capacitações de educação continuada e permanente; carência de reconhecimento; falta de autonomia; carga horária excessiva; baixo salário; leis desfavoráveis à categoria profissional, entre outros.

Estudo realizado na África do Sul apontou desafios de enfermeiras de um hospital público que criam condições favoráveis ao *Burnout*, incluindo cuidado de um grande número de pacientes em espaço curto de tempo; falta de infraestrutura adequada; recursos materiais inadequados à assistência de Enfermagem; e remuneração precária. (ROOMANEY; STEENKAMP; KAGEE, 2017).

Assim, Holmes *et al.* (2014) afirmam que as condições de trabalho atuam diretamente na qualidade de vida dos enfermeiros e nos resultados obtidos no cuidado; portanto, a inserção em ambiente de trabalho inadequado tende ao desenvolvimento da sobrecarga de trabalho e impacta no desempenho profissional. (HOLMES *et al.*, 2014).

Em complementação, Lacerda *et al.* (2016) e Nascimento (2016) apontam também os riscos psicossociais que pode desencadear a sobrecarga de trabalho na Enfermagem, bem

como dificuldades para conciliar trabalho, família e lazer; conflitos com os colegas da equipe interdisciplinar; insegurança frente aos desafios devido à carência de capacitações e dificuldades na construção de sua identidade profissional e reconhecimento.

Para além dos desafios que os estudos abordam acerca do trabalho na Enfermagem, estudo retrata o apoio do gerenciamento, as boas relações interpessoais, a autonomia profissional, as oportunidades de promoções e a valorização do enfermeiro como aspectos positivos promissores a evitar e/ou diminuir a sobrecarga de trabalho dessa formação. (HINNO, 2012). Também nesse sentido, Copanitsanou, Fotos e Brokalaki (2017) ressaltam que esforços voltados à provisão de um bom ambiente de trabalho para os enfermeiros promovem a satisfação dos usuários do serviço acerca do cuidado oferecido, assim como aumentam a satisfação do profissional com seu desempenho e eficácia em seu processo de trabalho. Destaca-se que satisfação impacta positivamente na redução de sobrecarga.

Pesquisa realizada com enfermeiros de duas instituições, uma pública e outra privada, constatou que o despreparo dos profissionais os torna mais sobrecarregados, devido, certamente, à falta de conhecimento para lidar com situações inesperadas e oferecer um cuidado de qualidade. Para os entrevistados nessa pesquisa, as atividades da equipe interdisciplinar geram sobrecarga e afirmam que há necessidade de capacitações. (CRUZ; MACHADO, 2012).

Estudo de Souza *et al.* (2015), realizado em um serviço comunitário que atende usuários de drogas, analisou a sobrecarga de trabalho classificada em diferentes cargas de desgaste biológicas e psíquicas. As cargas psíquicas percebidas nesse estudo compreenderam medo de agressão física, desgaste mental, agressões verbais e assédio sexual. No que diz respeito às cargas biológicas, os profissionais de Enfermagem se referiram à exposição à fumaça dos cigarros, pela ausência de infraestrutura apropriada em que os usuários pudessem fazer o uso do tabaco.

Os mesmos autores discorreram a respeito da consequência da identificação profissional e do enfrentamento de situações inesperadas no trabalho para o aumento da sobrecarga em enfermeiros. Pontuou-se que, embora os profissionais se identifiquem com o trabalho a ser realizado, não lhes são oferecidas estratégias de resiliência frente às demandas decorrentes do cuidado. (SOUZA *et al.*, 2015).

Quanto aos fatores sociodemográficos, estudo constatou que profissionais mais jovens tinham maior risco de desenvolver a sobrecarga de trabalho e, como consequência, a síndrome de *Burnout*. (TAVARES *et al.*, 2014). Por outro lado, contrariando esses achados, Holmes *et al.* (2014) apontaram os profissionais mais velhos como os mais suscetíveis ao adoecimento.

Com relação às variáveis laborais, Tavares *et al.* (2014) mostraram que, quanto maior era o tempo de serviço em Enfermagem, menor era o risco de desenvolver a síndrome. Além disso, no que diz respeito ao setor de trabalho dos enfermeiros, constatou-se que setores como o Centro de Terapia Intensiva (CTI), Pronto-atendimento e Centro Cirúrgico dispunham de maiores chances de acometer os profissionais. (AHMADI *et al.*, 2014; TAVARES *et al.*, 2014). Rissardo e Gasparino (2013) verificaram, entretanto, a associação da exaustão emocional com o trabalho noturno.

No que tange às perdas que o *Burnout* ocasiona, Frahbod e colaboradores (2015) consideram-nas como uma tríade: organização-usuário-profissional. Isto é, o *Burnout* possibilita resultados negativos que incluem o cuidado desqualificado, a insatisfação do usuário e o impacto na qualidade de vida do enfermeiro.

Dessa forma, a preocupação com as características do ambiente profissionais se relaciona com qual a repercussão destas à prática e qualidade de vida. Quando o ambiente de trabalho tem condições favoráveis, percebem-se consequências positivas, como redução da taxa de rotatividade, absenteísmo e menores níveis de *Burnout* e de insatisfação profissional. Isso implica que, quanto mais se volta aos problemas que podem surgir no ambiente do trabalho em saúde, mais se consegue refletir e encontrar meios para abrandar tais dificuldades. (GASPARINO; GUIRARDELLO, 2015; KUTNEY-LEE *et al.*, 2013).

### ***3.2.4 Sobrecarga de trabalho em Enfermagem em saúde mental***

Na área de saúde mental, a experiência do relacionamento cotidiano com os pacientes psiquiátricos frequentemente produz uma sobrecarga emocional nos profissionais, que apresentam uma vulnerabilidade decorrente do contato diário com pessoas em situação de sofrimento. (ISHARA *et al.*, 2008). Essa sobrecarga resultante do constante envolvimento afetivo com os usuários e com os outros profissionais, que caracteriza o trabalho em saúde mental, pode provocar o surgimento de grande ansiedade e sentimentos de frustração, afetando a saúde mental do trabalhador. (GUIMÓN, 2002).

Um estudo avaliativo realizado com enfermeiros americanos de serviços de saúde mental que receberam qualificação para o trabalho na área mostrou a redução apenas de despersonalização nos profissionais, após a capacitação, o que sugere que, mesmo estando capacitados para atuarem na área de saúde mental, os enfermeiros apresentam sobrecarga no trabalho. (ZHANG *et al.*, 2015).

### **3.3 Satisfação no trabalho**

Em busca realizada no portal BVS e PubMed em agosto de 2017, foram encontrados respectivamente 75.818 e 31.763 títulos relacionados à satisfação no trabalho em Enfermagem. Utilizando os critérios de elegibilidade, obtiveram-se: 56.251 títulos com o texto completo disponível; 23.155 encontrados no PubMed; 30.577 disponíveis na base de dados MEDLINE; 1.545 na base de dados LILACS; e 526 disponíveis na base de dados BDENF.

Por sua vez, os estudos realizados nos últimos cinco anos totalizaram 26.335. Entre eles, 25.646 foram publicados em inglês, espanhol e português, e o mesmo número de títulos, 25.646, estava em formato de artigo e tese.

Os primeiros trabalhos referentes à satisfação no trabalho foram desenvolvidos em 1912, por Taylor, e tratavam da Gerência Científica, quando o tema era estritamente associado à fadiga, salário e intercorrências que poderiam interferir na produtividade da organização. (DEL CURA; RODRIGUES, 1999). Após a crise do sistema proposto pelo engenheiro mecânico estadunidense, quando se começou a valorizar a perspectiva humana nas organizações, estudiosos e teóricos interessaram-se pelo estudo da satisfação profissional; porém, a implantação da relevância desta temática só se estabeleceu nas últimas décadas, por tornar-se importante ferramenta de gestão de recursos humanos. (SANTOS *et al.*, 2006). O interesse crescente na satisfação no trabalho decorre do impacto que ela pode trazer ao trabalhador, ao afetar sua saúde física e mental, suas atitudes e seu comportamento, tanto no contexto profissional, quanto no pessoal. (CURA, 1994; LOCKE, 1976; PÉREZ-RAMOS, 1990).

Em contrapartida, embora muito se escreva acerca da satisfação no trabalho, é inexistente uma definição única, completa e efetiva desse tema. Isso se dá porque a multiplicidade de

fatores e de variáveis associados a ele – bem como os fatores psicossociais, as percepções e as situações sociais do trabalhador – dificulta a definição exata e fidedigna. No entanto, alguns autores se evidenciam na literatura estudada. Locke (1976, 1969), por exemplo, definiu a satisfação como um estado emocional agradável ou positivo que resulta do prazer inerente às atividades profissionais. Esse autor destaca a tendência em classificá-la como afetiva representativa das condutas emocionais frente às vivências no trabalho e seu contexto e, ademais, complementa que a satisfação profissional é estado emocional, pois forma-se da avaliação dos valores do indivíduo, e pode ser dividida em alegria – satisfação, e sofrimento – insatisfação.

Em 1935, Hoppock considerou a satisfação no trabalho como uma combinação de fatores psicológicos e ambientais que levam a pessoa a afirmar se está satisfeita ou não com o trabalho. Semelhantemente a ele, Spector (1997) compreendeu a satisfação como o nível de gosto das pessoas por seu trabalho.

O que se depreende das definições fornecidas pelos autores supracitados é que, ainda que uma grande variedade de estudos abarque o conceito de satisfação no trabalho, percebe-se uma predominância em definições associadas ao estado emocional ou fatores afetivos constituintes da temática. (LOCKE, 1976; ABDULLA; DJEBARNI; MELLAH, 2011; LEITE, 2013).

Por seu turno, Brief e Weiss (2002) apontam que o fenômeno estudado é consequência dos estímulos oferecidos pela instituição e pelo contexto no qual os profissionais estão inseridos, bem como pela interação do indivíduo com os estímulos e o contexto, tornando-se significado singular e único para si próprio. Nesse sentido, encontram-se evidências na literatura que relacionam a satisfação no trabalho com a capacidade para o trabalho, isto é, quanto mais satisfeito o indivíduo se encontra, mais capaz estará para desenvolver as tarefas laborais. Além disso, variáveis como estabilidade no emprego, gestão, decisão, liberdade, crescimento e volume de trabalho aparecem como fatores associados à satisfação. (MARQUEZE; MORENO, 2009; VIEIRA, 2015). Mourão, Monteiro e Viana (2014), por exemplo, salientaram que, quanto maior o grau de satisfação no trabalho, maior será o desenvolvimento profissional. A temática também foi relacionada à autonomia e interação no trabalho. (SIQUEIRA; KURCGANT, 2012). Carlotto (2011), por sua vez, define a satisfação



laboral como uma junção dos componentes afetivos, a autoestima e o trabalho que se realiza numa organização.

Ao longo do século XX, a satisfação no trabalho foi considerada sinônima da motivação no trabalho, e as duas remetiam às características individuais responsáveis por comportamentos laborais. É pertinente fazer a separação correta desses conceitos, para que não sejam estudados erroneamente. Passe-se, então, a eles.

A satisfação é marcada por uma emoção ou atitude positiva perante o trabalho, independentemente da existência de um comportamento ativo buscando melhor rendimento laboral. Diferentemente disso, a motivação consiste em “tudo aquilo que está relacionado com os processos responsáveis pela ativação de comportamentos (satisfação de necessidades), pela direção (escolher uma ação de entre várias possíveis), pela sua intensidade (nível de esforço) e pela sua duração (persistência na ação)”. (GOMES; BORBA, 2011, p. 251).

A literatura abarca teorias que podem explicar a satisfação no trabalho de diferentes maneiras. O quadro 1 a seguir demonstra as principais teorias, os conceitos-chave e os autores.

Quadro 1 – Teorias e conceitos-chave acerca da satisfação no trabalho. Belo Horizonte, 2017

<b>Tipos de variáveis utilizadas na explicação da satisfação</b>	<b>Conceitos-chave</b>	<b>Autores de referência</b>
Situacionais	Características da função	Herzberg, 1959 Hackman e Holdham, 1975 White e Mitchell, 1979 Griffin, 1981
	Características do processo de tomada de decisões	Alutto e Achito, 1974 Schuller, 1977 Griffin e Bateman, 1980 Pettersson, 1984

	Características do reforço	Porter e Lawler, 1968 Heneman e Schwab, 1979
Individuais	Discrepância entre expectativas e respostas da organização	Lawler, 1981 Heneman, 1985
Interação social	Comparação Social	Homans, 1961 Adams, 1965 Runciman, 1966
	Processamento social da informação	Aasch, 1952 Salancick e Pfeffer, 1978 O'Reilly e Caldwell, 1979
	Cultura organizacional	Geertz, 1973 Schneider, 1975 Schein, 1985

Fonte: (GOMES; BORBA, 2011, p. 251).

Locke (1976) e Spector (1997) descreveram nove dimensões a respeito da satisfação profissional: satisfação com diferentes fatores – trabalho; salário; promoções; reconhecimento; benefícios; chefia; colegas de trabalho; condições do trabalho; organização e direção.

### ***3.3.1 Satisfação no trabalho em Enfermagem***

Estudo realizado confirma um consenso de que a Enfermagem é uma ocupação altamente desgastante, com grandes repercussões na saúde emocional e física, além de afetar o desempenho desses trabalhadores. (CARLOTTO, 2011); portanto, a satisfação profissional, nesse âmbito, adquire destaque, dado que o bem-estar e a qualidade de vida no trabalho impactam, positiva ou negativamente, na percepção de aspetos relacionados com a profissão e

a qualidade dos cuidados prestados. Segundo Carvalho e Lopes (2006), cuidar do outro na sua integralidade significa não apenas resolver os seus problemas físicos, mas também identificar todas as suas necessidades e procurar formas de atendê-las e superá-las. Ora, a prestação de cuidados sofre influência decisiva por via da forma, como o enfermeiro se sente, é reconhecido e está motivado e satisfeito no seu contexto laboral.

Nesse sentido Hayes *et al.* (2010) realizaram uma revisão integrativa da literatura acerca dos fatores que contribuíram para a satisfação no trabalho na Enfermagem. De acordo com esse estudo, a autonomia, a interação coletiva, o cuidado direto com o paciente, as políticas organizacionais, as oportunidades educacionais e a adequação de recursos foram elencados como contribuintes para a satisfação no trabalho.

Por outro lado, uma pesquisa realizada com enfermeiros, médicos e secretários clínicos em unidades de saúde familiar de Portugal identificou que o grupo dos enfermeiros foi aquele que registrou valores mais baixos de satisfação laboral, evidenciados com predominância nos itens que avaliam satisfação quanto às promoções, benefícios e remunerações. (PEREIRA *et al.*, 2017).

Sabe-se que o grau de satisfação do enfermeiro pode influenciar no clima organizacional e na estabilidade psicológica, assim como afirma estudo de Ravari *et al.* (2012), que mostra que enfermeiros satisfeitos podem mudar o ambiente de trabalho, favorecendo positivas relações interpessoais, fazendo também com que a equipe possa alcançar melhores níveis de satisfação laboral. Em contrapartida, Sartoreto e Kurcgant (2017) demonstraram que o baixo grau de satisfação profissional afeta sua atitude e comportamento em relação à vida, à família e a si mesmo, refletindo em pior desenvolvimento do trabalho, prejuízo no cuidado, apatia e maior risco de acidentes de trabalho.

Na região nordeste do Brasil, percebem-se estudos que abordam situações de insatisfação no trabalho em trabalhadores da saúde, nomeadamente os que exercem a Enfermagem (OLIVEIRA *et al.*, 2013; BARROSO *et al.*, 2015; MOREIRA; SUGETTE; BEZERRA, 2017), que indicam a pouca atenção às suas próprias condições de cuidado com a saúde. Além disso, há grande ocorrência de estudos que corroboram a relação de variáveis distintas com a satisfação profissional de enfermeiros: pouca experiência; profissionais jovens; carência de capacitações (ZHANG *et al.*, 2013), clima de segurança; ambiente da prática de Enfermagem (DORIGAN; GUIRARDELLO, 2017); recursos materiais deficientes;

dificuldades com os colegas de trabalho; desvalorização da categoria (MOREIRA; SUGETTE; BEZERRA, 2017); apoio social da supervisão (ORGAMBÍDEZ-RAMOS; ALMEIDA, 2017); participação no processo de tomada de decisões. (DIAS; FUREGATO, 2016); bem como a sobrecarga de trabalho (NEVES, 2012; SÁ; MARTINS-SILVA; FUNCHAL, 2014; SOUZA *et al.*, 2015; FERREIRA, 2015; LAPISCHIES; JARDIM; KANTORSKI, 2013; MASLACH *et al.*, 2001).

Nas décadas de 1970 e 1980, alguns instrumentos foram construídos e validados, demonstrando a natureza multidimensional da construção que a gama de conceitos com diferentes focos torna difícil estabelecer um único conceito para esse tema. Identificaram-se diferentes tipos de instrumentos de medição de satisfação profissional, alguns especificamente desenvolvidos para Enfermagem: *Job Satisfaction Index*; *Job Descriptive Index*; *Job Satisfaction Tool*; *Job Diagnostic Survey*; *Job Characteristics Inventory*; *Price and Mueller's Satisfaction Instrument*; *Nursing Job Satisfaction Scale*; *McCloskey/Mueller Satisfaction Scale*; *Perceptions of the Nurses' Workplace Questionnaire*; *Satisfaction with the Clinical Ladder Scale*; *Work Quality Index*; *Job Satisfaction Questionnaire*. (SIQUEIRA; KURCGANT, 2012).

### **3.3.2 Satisfação no trabalho em Enfermagem em Saúde Mental**

A nova forma de cuidar, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e da desinstitucionalização, exige dos profissionais um maior envolvimento com os usuários de serviços de saúde mental, contribuindo para um processo terapêutico mais próximo e mais coerente com princípios do cuidado em saúde. Assim, de acordo com alguns autores (BANDEIRA; ISHARA; ZUARDI, 2007; REBOUÇAS *et al.*, 2008), para que esse vínculo seja possibilitado, é fundamental a adoção de políticas públicas direcionadas aos profissionais, com vistas ao apoio social e capacitações.

Nesse sentido, um estudo multicêntrico da OMS afirmou a satisfação dos profissionais de saúde mental em relação às seguintes dimensões: condições de trabalho, relacionamento interpessoal, qualidade do tratamento oferecido aos pacientes, participação e envolvimento na equipe (WHO, 1996). Questões que envolvem a adequação do serviço, a maneira pela qual os usuários são tratados pela equipe, o tratamento e a ajuda oferecidos aos usuários são aspectos considerados na avaliação do profissional em saúde mental. Ademais, a satisfação dos

profissionais em relação à sua participação nas atividades dos serviços, a discussão em equipe acerca das questões profissionais, o processo de tomada de decisões e a valorização das opiniões também compreendem fatores que afetam a satisfação do enfermeiro em saúde mental. (BANDEIRA *et al.*, 1999).

Souza *et al.* (2015) sugerem, em suas pesquisas, que os profissionais de Enfermagem de serviços de saúde mental identificam com maior facilidade a sobrecarga e consequentemente a menor satisfação, por trabalharem com a subjetividade e o vínculo com o usuário. Os trabalhos ressaltam também que os enfermeiros atuantes na saúde mental em ambiente hospitalar vivenciam maiores pressões sociais, quando comparadas às sofridas no ambiente dos serviços comunitários. Nesse sentido, o que se depreende é que o cotidiano real do trabalho dos enfermeiros nos serviços de saúde mental ainda é marcado pelo modelo hospitalocêntrico e médico-centrado, contradizendo o discurso oficial da reforma psiquiátrica, que preconiza a infraestrutura comunitária e territorial, constituída por equipes interdisciplinares. Dessa forma, os enfermeiros, com suas limitações e dificuldades em adequar-se a esse novo modelo de cuidado, percebem menor satisfação no trabalho. (LEAL *et al.*, 2012). Assim, a vivência com a comorbidade psiquiátrica e o contexto dos usuários dos serviços de saúde mental podem impactar na satisfação e sobrecarga, o que desperta, portanto, nos enfermeiros a ideia de trabalhar em outro setor da saúde diferente do campo da saúde mental, do álcool e de outras drogas. (SOUZA *et al.*, 2015).

Outra pesquisa, realizada com trabalhadores das instituições da Rede de Saúde Mental do Rio Grande do Norte, demonstrou que, embora as relações interativas entre usuários e profissionais não impactassem eminentemente no trabalho, os profissionais mostraram receio de ser agredidos por algum usuário do serviço e sensação de cansaço físico ao fim de um dia de trabalho. (MOURA; RONCALLI; NORO, 2016). Assim, Leal *et al.* (2012) enfatizam a necessidade de investimentos em recursos materiais e humanos e mudanças nas condições de trabalho em serviços de saúde mental, assim como em outros campos da área da saúde, para que haja qualidade de vida dos profissionais e qualidade no cuidado e atendimento aos usuários.

Bandeira *et al.* (2007) construíram um importante indicador de qualidade de serviços de saúde mental, pela avaliação da satisfação profissional da equipe de trabalho, por meio da escala SATIS-BR. Ressalta-se que esse instrumento possui três dimensões, que abordam a

satisfação dos usuários, profissionais e familiares dos usuários. Os autores apontam que baixa satisfação no trabalho pode levar ao incremento da rotatividade pessoal e absenteísmo, impactando na eficiência dos serviços.

### 3.4 Atitudes

De acordo com Vargas (2005), o primeiro estudo que aborda o tema atitude é o de Thurstone, publicado na década de 1920. Desde então, surgiram outros estudos, pela vasta preocupação dos teóricos com a observação de fatores que poderiam influenciar as atitudes expressas pelas pessoas. Vargas (2005) ainda afirma que, embora a temática seja amplamente estudada, o termo *atitude* ainda não possui uma definição exata, de modo que existe uma grande variedade de definições propostas por diferentes autores.

Rodrigues (1978) define atitude como uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, composta de carga afetiva – favorável ou desfavorável a um objeto social definido – que predispõe a uma ação conexas com as próprias cognições e afetos relativos a tal objeto. Similarmente, Triadis (1971) acredita que a atitude é uma ideia provida de emoção que predispõe a um conjunto de ações do indivíduo frente a um complexo de situações sociais (TRIADIS, 1971).

Ainda nesse contexto, Eagly e Chaiken (1993) compartilham da mesma ideia de Ferguson e Bargh (2007), de que as atitudes compreendem reações do indivíduo frente a uma determinada situação ou objeto; implicam uma disposição incorporada por meio de uma avaliação de algo, manifestando um conceito favorável ou desfavorável. Os conceitos formam as atitudes positivas ou negativas que manejam o tipo de comportamento, de julgamento e de avaliação em determinadas situações. Em contrapartida, para Jones e Gerard (1967), atitudes são essencialmente valores originários de outros valores mais básicos, provenientes da infância e de todo o processo de desenvolvimento.

Por sua vez, os Descritores em Ciências da Saúde traduzido do *Medical Subject Headings* (MESH), apresentados pela Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), por meio do Index Latino-americano, conceituam atitudes como: “Predisposição adquirida e duradoura que age sempre do mesmo modo diante de um determinado objeto, ou um persistente estado mental e/ou neural de prontidão para reagir diante de uma determinada classe de objetos, não como são, mas sim como são concebidos.”

Por considerar que as atitudes são derivadas de diversos valores e percepções ao longo do crescimento pessoal, percebe-se a relevância da definição que abarca o conjunto de valores oriundos de outros valores mais básicos, os quais compreendem alicerces de toda construção de percepções que virão com o tempo.

### ***3.4.1 Atitudes de enfermeiros frente ao uso abusivo de álcool***

A tamanha proporção do uso de álcool no mundo é vista desde a Antiguidade, apesar de ser considerado problema de saúde pública somente na metade do século XIX. Na contemporaneidade, estima-se que 10% da população mundial sofram desse mal. Assim, os dados epidemiológicos vêm se tornando mais expressivos, e o percentual significativo justifica-se por se tratar de uma droga lícita e pelo elevado número de pacientes que possuem transtornos relacionados ao uso abusivo de álcool, em unidades de saúde como um todo. (CARLINI *et al.*, 2006).

No Brasil, em 2013, a prevalência do uso era de 13,7% na população adulta. (WHO, 2014). Já em 2014, a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizada pelo Ministério da Saúde (MS), investigou o consumo abusivo de álcool dos adultos e verificou que 16,5% deles disseram abusar dessa substância. (BRASIL, 2015; GARCIA; FREITAS, 2013).

Entretanto, ainda que a população que consome abusivamente o álcool esteja crescendo, percebe-se que essas pessoas possuem baixo acesso ao tratamento, pois apenas um entre seis usuários abusivos consegue acessar serviços adequados para este cuidado. (UNODC, 2015). Essa situação pode estar associada à falta de conhecimento e de habilidade dos profissionais em visualizar a dependência como uma doença crônica, que necessita de cuidado específico em longo prazo, fazendo, por essa razão, com que não se apropriem de estratégias para buscar o usuário para o serviço.

Vargas (2005) aponta que a abordagem de profissionais frente a pacientes usuários de qualquer droga, habitualmente, aproxima-se de atitudes mais negativas quando eles não possuem conhecimento qualificado acerca da temática. Assim, faz-se essencial a qualificação profissional em âmbitos profissional e pessoal, a fim de promover a disseminação de informações para melhor atender os pacientes, o que não vem acontecendo, já que se percebe que poucos profissionais são capacitados no campo que aborda as substâncias psicoativas e,

consequentemente, sustentam conceitos que não são embasados técnico-cientificamente, impactando negativamente no tratamento e no cuidado ao dependente químico. (VARGAS, 2015).

É importante salientar que o fenômeno do crescimento do consumo abusivo de álcool tem refletido no maior contato do enfermeiro, nomeadamente, com esse público, diferindo do contexto da última década, quando esta população era atendida majoritariamente em serviços de níveis secundário e terciário, em estado crítico. Naquele cenário, o foco era cuidar das complicações físicas resultantes do abuso de álcool, e não na abordagem do problema com o uso da substância. Nesse sentido, quando uma pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool chega à unidade para obter atendimento, é possível que o primeiro contato se dê com o profissional de Enfermagem e membros da sua equipe, e, por isso, as atitudes e comportamentos que estes expressam são de grande relevância para a adesão ao tratamento e vínculo do usuário. (VARGAS; SOARES, 2011).

No contexto da Enfermagem, as atitudes começaram a ser estudadas no início da década de 1960, quando surgiram pesquisas que mostravam sentimentos negativos ou ambivalentes de enfermeiros que tinham contato direto com a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool, bem como mostravam as relações entre maior nível educacional e atitudes mais positivas frente ao álcool e alcoolismo. (BLANE; HILL, 1964; JOHNSON, 1965; HEINEMANN; RHODES, 1967). No fim da década de 1990, Pillon (1998) publicou o estudo pioneiro na temática, avaliando os instrumentos disponíveis para mensurar as atitudes de enfermeiros frente ao alcoolismo: *The Marcus Alcoholism Questionnaire*, *The Tolor-Tamerin Attitude Toward Alcoholism Scale* e *The Seaman Mannello Nurses' Attitudes Toward Alcohol and Alcoholism Scale*.

Dessa forma, no início do século XXI, o interesse pela temática continuou crescendo, e os resultados das pesquisas mostraram-se semelhantes aos do século passado. Vargas, Labate, Costa Junior (2003) e Vargas, Luis (2008) constataram as concepções negativas de enfermeiros com as pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool em atenção primária à saúde, assim como a falta de preparo destes profissionais em relação à identificação e manejo desse problema. Pillon (2003), por sua vez, analisou as atitudes de uma população de 340 sujeitos: 90 docentes, 220 enfermeiros e 60 estudantes de Enfermagem. Os resultados salientaram que os enfermeiros eram favoráveis ao tratamento para a pessoa com



transtornos relacionados ao uso do álcool e a percebiam como doente; porém, mostraram-se mais negativos frente à satisfação em trabalhar com essa população.

Na última década, as pesquisas internacionais que abordam as atitudes de enfermeiros frente às questões relacionadas ao álcool evidenciam, prioritariamente, as habilidades do profissional para lidar com as demandas do paciente (INDIG *et al.*, 2009; VARGAS, 2011), a identificação precoce do problema (TSAI *et al.*, 2011) e a formação do enfermeiro focando na participação de programas de capacitação. (INDIG *et al.*, 2009; TSAI *et al.*, 2011).

Em busca bibliográfica realizada em agosto de 2017, na base de dados PubMed e portal de dados BVS, foram encontrados 1.043 estudos, reduzidos a 1.020 disponíveis nas bases de dados PubMed, MEDLINE, LILACS e BDENF. Entre eles, 568 possuíam o texto completo disponível. Ao aplicar os critérios de elegibilidade, nos últimos cinco anos houve um total de 155 artigos publicados, com formato de artigo e tese, em idiomas inglês, português e espanhol.

Sem pormenorizar, a análise dos estudos aponta para visualização de que as pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool são vistas como mais responsáveis por seu problema quando comparadas a outros pacientes. Ademais, evidenciou-se que, quando os enfermeiros são capacitados para trabalhar com essa clientela, estes profissionais sentem-se mais dispostos e, portanto, diminuem as atitudes negativas frente ao tratamento. (VARGAS; SOARES, 2011). Contudo, apesar de se ter conhecimento de que as atitudes e as percepções de enfermeiros podem exercer grandes implicações no tratamento e resposta do usuário abusivo de álcool, é evidente a escassa existência de pesquisas investigando as atitudes desses profissionais.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Esta é uma pesquisa exploratória, transversal e correlacional, com abordagem quantitativa.

Estudos exploratórios têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos. Envolvem pesquisas documentais, bibliográficas, entrevistas não padronizadas e estudos de caso (GIL, 2012).

Nos estudos transversais todas as medidas são realizadas em um único momento no tempo, todas juntas, sem período de seguimento, no qual a população é definida geograficamente. Este tipo de estudo permite fornecer evidências empíricas capazes de gerar hipóteses (BUSSAB; MORETTIN, 2002).

Esta também é uma pesquisa correlacional, que, de acordo com Thomas (2002), visa explorar as relações que existem entre as variáveis, não existindo manipulação de variáveis ou administração de tratamentos experimentais. O delineamento básico da pesquisa correlacional consiste na coleta de dados de duas ou mais variáveis, com os mesmos sujeitos, e determinar as relações existentes entre elas.

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado nos Centros de Atenção Psicossocial para Tratamento de Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPS ad) implantados no município de Belo Horizonte (MG) e nos municípios integrantes da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH).

A RMBH é formada por 34 municípios, sendo eles: Baldim, Belo Horizonte, Betim, Brumadinho, Caeté, Capim Branco, Confins, Contagem, Esmeraldas, Florestal, Ibité, Igarapé, Itaguara, Itatiaiuçu, Jabuticatubas, Juatuba, Lagoa Santa, Mário Campos, Mateus Leme, Matozinhos, Nova Lima, Nova União, Pedro Leopoldo, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Rio Manso, Sabará, Santa Luzia, São Joaquim de Bicas, São José da Lapa, Sarzedo, Taquaraçu de Minas e Vespasiano. (BRASIL, 1973; BRASIL, 2002b;). Sua criação

acompanhou uma tendência nacional, quando foram criadas nove regiões metropolitanas no Brasil por meio da Lei Complementar N° 14/1973. As RMs foram implantadas em resposta à necessidade de desenvolvimento planejado das áreas. (BRASIL, 1973).

Figura 1 – Mapa da Região Metropolitana de Belo Horizonte



Fonte: <http://www.fflch.usp.br/centrodametropole/225>

O presente estudo desenvolveu-se em todos os CAPS ad implantados na RMBH nos seguintes municípios: em Contagem, em Ibirité; em Lagoa Santa; em Vespasiano; e na capital Belo Horizonte (com exceção dos municípios de Betim, Nova Lima e Ribeirão das Neves, nos quais a gestão de saúde não aceitou participar da pesquisa). Ressalta-se que todos os municípios possuem um CAPS ad implantado, exceto Belo Horizonte, que possui três serviços, denominados Centros de Referência em Saúde Mental álcool e outras drogas – CERSAM AD – CERSAM AD Pampulha, CERSAM AD Barreiro e CERSAM AD Nordeste.

Figura 2 – CERSAM AD Nordeste, situado no bairro São Paulo, Belo horizonte



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 3 – CERSAM AD Pampulha, situado no bairro Bandeirantes, Belo horizonte



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 4 – CERSAM AD Barreiro, situado no bairro Barreiro, Belo horizonte



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Nos CAPS ad os usuários recebem atendimentos individuais e coletivos, abarcando cuidados psicoterápicos, psiquiátricos, orientação familiar e oferta de oficinas terapêuticas. (BRASIL, 2002a). Além disso, participam de oficinas e de atendimentos individuais e coletivos.

Ao ser atendido nesse serviço, o indivíduo conhece o profissional que irá acompanhá-lo durante o tratamento, sendo ele sua referência técnica. A equipe interdisciplinar produz um plano terapêutico singular para cada indivíduo, com a finalidade de tratamento e reinserção social, a partir de atividades terapêuticas. Esses serviços possuem em seu quadro funcional especialidades distintas, como: psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, médicos, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais, que constituem a equipe interdisciplinar. Ademais, o usuário é acompanhado por um profissional de referência, denominado referência técnica, por meio da construção do projeto terapêutico singular.

Os três CERSAM ad de Belo Horizonte constituem a classificação CAPS III – serviços que atendem municípios com população acima de 200.000 habitantes. Os demais serviços participantes estão implantados na modalidade CAPS II - atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. (BRASIL, 2002a).

### **4.3 Participantes do estudo**

Participaram do estudo os enfermeiros das equipes interdisciplinares de todos os CAPS ad implantados em Belo Horizonte e na RMBH. Diante das diferentes modalidades dos serviços participantes, tem-se:

- CAPS III – quatro enfermeiros por equipe;
- CAPS II – um enfermeiro por equipe.

O critério de inclusão de participantes no estudo compreendeu ter contrato de trabalho com o serviço há pelo menos três meses. Além disso, foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou em qualquer tipo de licença. A população de enfermeiros dos cenários estudados compreendeu N=35. Em razão das perdas, este estudo obteve como n=25.

### **4.4 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados**

A entrevista individual foi utilizada como técnica para coletar os dados sociodemográficos dos participantes; aferir a sobrecarga de trabalho; medir o grau de satisfação com o trabalho; e, por fim, avaliar os principais grupos de atitudes dos profissionais de saúde frente ao álcool e ao alcoolismo e dos usuários em uso nocivo de álcool. (LAKATOS; MARCONI, 1996).

A coleta dos dados sociodemográficos teve por finalidade a caracterização do perfil dos enfermeiros, por meio de um instrumento elaborado para este fim<sup>1</sup>, abordando: data de nascimento; idade; gênero; etnia; estado civil; tipo de serviço; escolaridade; pós-graduação; tempo de trabalho no serviço; salário; carga horária de trabalho; vínculo empregatício com outra instituição; cursos de atualização; turno de trabalho; problemas com turno de trabalho; fadiga; choque de horário; organização da vida e sinais e sintomas físicos.

Os instrumentos utilizados neste estudo para avaliar a sobrecarga de trabalho foram: *Malash Inventory Burnout – General Survey* – Inventário *Burnout* de Maslach (MBI). (MASLACH; JACKSON, 1981). Por seu turno, para avaliar a satisfação dos trabalhadores em seu processo de trabalho nos CAPS ad, foi usada Escala de Satisfação da Equipe em Serviços de Saúde Mental – SATIS BR – versão trabalhador<sup>2</sup>. Por fim, para avaliar as atitudes dos enfermeiros dos CAPS ad frente ao álcool, ao alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool, foi utilizada a Escala de Atitudes Frente ao Álcool, Alcoolismo e Alcoolista – EAFAA – versão reduzida<sup>3</sup>.

O *Malash Inventory Burnout – General Survey* –, Inventário *Burnout* de Maslach (MBI), é um instrumento empregado para mensurar sobrecarga de trabalho em qualquer contexto de trabalho com todos os profissionais da(s) equipe(s) técnica(s) do(s) serviço(s) (MASLACH; JACKSON, 1981). No Brasil, esse instrumento foi traduzido e adaptado inicialmente por Lautert (1995), com evidências de validade e itens da escala apresentados por Carlotto e Câmara (2007). Neste estudo, optou-se por utilizar a versão apresentada por Carlotto e Câmara (2007), uma vez que a versão brasileira do MBI apresenta os requisitos necessários, em termos de consistência interna e validade fatorial.

---

<sup>1</sup> Cf. APÊNDICE A

<sup>2</sup> Cf. ANEXO 1.

<sup>3</sup> Cf. ANEXO 3.

O MBI é composto de três dimensões: (1) Exaustão Emocional, com nove itens, que avaliam sentimentos de se estar desgastado emocionalmente e exausto pelo trabalho; (2) Despersonalização, com cinco itens, que avaliam a falta de sensibilidade e as respostas impessoais com relação ao usuário; e (3) Realização Pessoal, com oito itens, que avaliam sentimentos de competência com relação ao trabalho com pacientes.

O instrumento é composto por escala Likert, que varia de 0 a 6, oscilando entre “nunca”; “algumas vezes ao ano ou menos”; “uma vez por mês ou menos”; “algumas vezes durante o mês”; “uma vez por semana”; “algumas vezes durante a semana”; e “todos os dias”, totalizando 22 variáveis.

Para a classificação de cada uma das três dimensões de *Burnout* avaliadas pela MBI, foram utilizados os valores de referência norte-americanos, estabelecidos para os profissionais e que são apresentados no quadro 2.

Quadro 2 – Categorização dos escores do MBI-GS para profissionais adaptado de Maslach, *et al.*, 1996.

<b>Variável/ Subescalas do MBI</b>	<b>Tipo</b>	<b>Nº Itens</b>	<b>Unidades/Categorias*</b>	<b>Grau de <i>Burnout</i></b>
EE – Exaustão emocional	Catagórica	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	(0) Nunca; (1) Algumas vezes por ano ou menos; (2) Uma vez por mês; (3) Algumas vezes por mês; (4) Uma vez por semana; (5) Algumas vezes por semana; (6) Todos os dias.	1. Baixo $\leq$ 19 2. Médio 19-26 3. Alto $\geq$ 27
DE – Despersonalização	Catagórica	5, 10, 11, 15, 22	(0) Nunca; (1) Algumas vezes por ano ou menos; (2) Uma vez por mês; (3) Algumas vezes por mês; (4) Uma vez por semana; (5) Algumas vezes por semana; (6) Todos os dias.	1. Baixo $\leq$ 5 2. Médio 6-9 3. Alto $\geq$ 10

RP – Realização pessoal	Catagórica	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	(0) Nunca; (1) Algumas vezes por ano ou menos; (2) Uma vez por mês; (3) Algumas vezes por mês; (4) Uma vez por semana; (5) Algumas vezes por semana; (6) Todos os dias.	1. Baixo $\leq$ 40 2. Médio 34-39 3. Alto $\geq$ 33
-------------------------	------------	-----------------------------	---	---

Nota: \*Unidades e categorias adotadas pelos profissionais.

Fonte: (MASLACH *et al.*, 1996).

Para a classificação de cada uma das três dimensões do *Burnout* que o MBI avalia e do grau de *Burnout*, utilizaram-se os valores de referência norte-americanos, estabelecidos para os profissionais, que se apresentam na tabela 1.

Tabela 1 – Categorização dos escores do MBI para profissionais adaptado de Maslach et al., 1996. Belo Horizonte, 2017.

Subescalas do MBI	Grau de Burnout		
	Baixo	Médio	Alto
Exaustão Emocional	$\leq 19$	19-26	$\geq 27$
Despersonalização	$\leq 5$	6-9	$\geq 10$
Realização Pessoal	$\geq 40$	39-34	$\leq 33$

Fonte: (MASLACH *et al.*, 1996).

O *Burnout* é considerado uma variável contínua que varia entre baixa, moderada ou alta. Dessa forma, os resultados são analisados da seguinte maneira:

- grau alto de *Burnout*: alta pontuação nas subescalas de EE e DP e baixa pontuação na subescala de RP;

- grau médio de *Burnout*: pressupõe valores médios nas três subescalas;



- grau baixo de *Burnout*: valores baixos da subescala EE e DP, bem como valores altos da subescala RP. (Maslach *et al.*, 1996).

O SATIS-BR (ANEXO 2) visa avaliar o grau de satisfação dos profissionais de saúde mental com o serviço. A escala possui 32 itens quantitativos; 30 agrupados em quatro subescalas e dois adicionais, que estão incluídos na escala global. A primeira subescala do SATIS-BR, com dez itens, mede a satisfação com a qualidade do serviço; a segunda subescala, com sete itens, avalia a satisfação com a participação do profissional na equipe; a terceira, com dez itens, mensura a satisfação com as condições de trabalho; a quarta subescala, com três itens, afere a satisfação com o relacionamento das pessoas no trabalho. As duas questões adicionais, que fazem parte da escala global, avaliam a satisfação do profissional relacionada ao trabalho em saúde mental e a sua satisfação referente à frequência de contato entre pacientes e profissionais. (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000).

Ademais, o instrumento contém três questões qualitativas e descritivas que complementam informações referentes à opinião da equipe acerca dos serviços. Para o objetivo do estudo, foram utilizadas as três questões qualitativas do instrumento, referentes aos aspectos sobre aquilo de que os profissionais mais gostam e desgostam, bem como aos aspectos referentes ao que pode ser melhorado.

As opções de respostas estão dispostas em uma escala do tipo Likert, de 1 a 5, em que o valor 1 indica muito insatisfeito e 5 representa o grau máximo de satisfação da equipe. Há evidências de que a sobrecarga de trabalho afeta a percepção de trabalhadores quanto à satisfação com ele. (BOGAERT *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2015).

As variáveis e subescalas estão dispostas no quadro 3.

Quadro 3 – Categorização dos escores da SATIS-BR

Variável/ Subescalas do SATIS-BR	Tipo	Nº Itens	Unidades/Categorias
Satisfação com relação à qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes	Catagórica	14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 28	* (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito
Satisfação com relação à sua participação no serviço	Catagórica	2, 3, 7, 8, 9, 10, 11	(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito

			(3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito
Satisfação em relação às condições de trabalho	Catégorica	12, 13,15, 25, 26, 29, 30, 31, 32	(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito
Satisfação a respeito do seu relacionamento no serviço	Catégorica	4, 5, 6	(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito

Nota: \*Unidades e categorias adotadas pelos profissionais.  
Fonte: (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000).

Neste estudo, também foram avaliadas as atitudes dos enfermeiros dos CAPS ad frente ao álcool, ao alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool, por meio da EAFAA – versão reduzida, validada no Brasil por Vargas (2011)<sup>4</sup>.

A EAFAA versão reduzida é composta por quatro fatores: fator 1 – o trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool; fator 2 – a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool; fator 3 – o alcoolismo (etiologia); e, por fim, fator 4 – as bebidas alcoólicas e seu uso. Cada um desses fatores da EAFAA conta com uma variedade de itens que podem ser respondidos com a escala de Likert de cinco pontos (“discordo totalmente”; “discordo em parte”; “indiferente”; “concordo em parte”; “concordo totalmente”). (VARGAS, 2011; 2014).

Ressalta-se que, embora os autores da EAFAA utilizem a expressão “paciente”, no texto da presente dissertação será utilizado o termo *usuário*, por se tratar de pessoas atendidas em serviços comunitários do SUS.

As variáveis e unidades de respostas encontram-se dispostas no quadro 4.

Quadro 4 – Categorização dos escores da EAFAA

Variável/ Subescalas do SATIS-BR	Tipo	Nº Itens	Unidades/Categorias *
O trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool	Catégorica	01, 05, 09, 13, 17, 21, 25, 29, 37, 41, 42, 44, 46, 48, 49, 50	(1) Discordo totalmente (2) Discordo em parte (3) Indiferente

<sup>4</sup> Cf. ANEXO 3.

			(4) Concordo em parte (5) Concordo totalmente
A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool	Categórica	02, 06, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 33, 34, 38, 45, 47	(1) Discordo totalmente (2) Discordo em parte (3) Indiferente (4) Concordo em parte (5) Concordo totalmente
O alcoolismo (etiologia)	Categórica	03, 07, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39, 43	(1) Discordo totalmente (2) Discordo em parte (3) Indiferente (4) Concordo em parte (5) Concordo totalmente
As bebidas alcoólicas e seu uso	Categórica	04, 08, 12, 16, 20, 28, 24, 32, 36, 40	(1) Discordo totalmente (2) Discordo em parte (3) Indiferente (4) Concordo em parte (5) Concordo totalmente

Nota: \*Unidades e categorias adotadas pelos profissionais.  
Fonte: (VARGAS, 2011).

## 4.5 Variáveis do estudo

### 4.5.1 Variáveis dependentes e independentes

A variável “satisfação com o trabalho” foi definida como dependente do estudo. Foram consideradas as seguintes variáveis independentes: sobrecarga de trabalho, atitudes de enfermeiros, sexo, estado civil, escolaridade, pós-graduação em saúde mental, tempo de trabalho, carga horária, presença de outro vínculo empregatício, cursos de atualização, fadiga, estresse, sinais e sintomas físicos.

### 4.5.2 Variáveis demográficas e socioeconômicas

As variáveis “demográficas e socioeconômicas” serão descritas logo a seguir. Após isso, no quadro 5, será apresentada a classificação dessas variáveis.

a) Idade:

A idade foi autorreferida pelo participante. Essa variável foi categorizada da seguinte maneira: 20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos e  $\geq 50$  anos.

b) Sexo:

O sexo foi avaliado pelo participante.

c) Cor de pele/etnia:

O entrevistador classificou a cor da pele/etnia dos participantes em: branca, parda, preta, indígena, amarela e outro.

d) Escolaridade:

O participante informou entre as categorias: ensino superior completo; pós-graduação incompleta e pós-graduação lato-sensu completa.

e) Estado Civil:

O estado civil foi autorreferido e categorizado em: solteiro; caso/com companheiro; separado; divorciado; viúvo e outro.

f) Renda Familiar:

A renda familiar mensal do participante foi autorreferida. Para tal, solicitou-se-lhe que fosse informada a quantidade de salários mínimos (SAM) recebidos, tendo como referência o valor em abril de 2017 (R\$937,00). Posteriormente, a renda familiar foi categorizada em 1-3 SAM, 4-7 SAM, 8-11 SAM e  $\geq 12$  SAM.

Quadro 5 – Classificação das variáveis demográficas e socioeconômicas.

<b>Variável</b>	<b>Classificação</b>
<b>Idade (anos)</b>	20-29 30-39 40-49 $\geq 50$
<b>Sexo</b>	Masculino Feminino

<b>Cor/etnia</b>	Branca Mulata Negra Parda Outro
<b>Escolaridade</b>	Ensino superior completo Pós-graduação incompleta Pós-graduação completa
<b>Estado Civil</b>	Solteiro Casado/com companheiro Separado Divorciado Viúvo Outro
<b>Renda bruta mensal (SAM)*</b>	1-3 4-7 8-11 ≥ 12

Fonte: A autora (2017). \*SAM = salários mínimos (valor em abril de 2017 = R\$937,00).

#### ***4.5.3 Variáveis relacionadas às condições de trabalho***

As variáveis “demográficas e socioeconômicas” são tempo de trabalho, carga horária, tipo de vínculo, turno de trabalho, cursos de atualização, problemas relacionados ao trabalho. Essas variáveis serão descritas logo abaixo, e, após isso, será apresentada, no quadro 6, sua classificação.

a) Tempo de trabalho:

O participante informou quanto tempo este trabalha em CAPS ad. Essa variável foi categorizada da seguinte forma: 1 ano, 2-4 anos, 5-7 anos, 8-10 anos e ≥ 11 anos.

b) Carga horária:

A carga horária foi referida pelo participante, classificada em horas semanais: 20 horas, 24 horas, 32 horas e 40 horas.

## c) Tipo de vínculo:

A autora questionou o tipo de vínculo que o participante tinha com o CAPS ad, de acordo com a categorização: CLT, contrato temporário, estatutário e outro.

Em seguida, os participantes informaram se possuíam mais de um vínculo empregatício, com variável dicotômica.

## d) Turno de trabalho:

O turno de trabalho foi categorizado em: dia, noite e parte dia/parte noite. O participante informou qual era seu turno de trabalho.

## e) Cursos de atualização:

Os participantes foram arguidos quanto à realização de cursos de atualização e capacitações, assim como a frequência destes. A realização de cursos foi analisada segundo a variável dicotômica (sim/não), e, em seguida, a variável frequência da realização de cursos de atualização categorizou-se em: mensalmente, semestralmente, anualmente, eventualmente e raramente.

## f) Problemas relacionados ao trabalho:

A autora inferiu que fadiga, estresse, organização da vida, choque de horário e presença de sinais e sintomas físicos são aspectos que poderiam dialogar com os dados obtidos nos demais questionários.

Todas essas variáveis se classificam como dicotômicas.

Quadro 6 – Classificação das variáveis relacionadas às condições de trabalho.

Variável	Classificação
<b>Tempo de trabalho</b> ( <i>anos</i> )	1 2-4 5-7 8-10 ≥ 11
<b>Carga horária semanal</b> ( <i>horas</i> )	20 24 32 40
<b>Tipo de vínculo</b>	CLT* Contrato temporário

	Estatutário Outro
<b>Outro vínculo empregatício</b>	Não Sim
<b>Turno de trabalho</b>	Dia Noite Parte dia/parte noite
<b>Curso de atualização</b>	Não Sim
<b>Frequência do curso de atualização</b>	Mensalmente Semestralmente Anualmente Eventualmente Raramente
<b>Problemas relacionados ao trabalho</b> <b>Fadiga</b> <b>Estresse</b> <b>Organização da vida</b> <b>Choque de horário</b> <b>Sinais e sintomas físicos</b>	Não Sim

Fonte: A autora (2017). \*CLT: Consolidação das Leis do Trabalho.

#### 4.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados nas formas descritiva e multivariada, e os resultados serão apresentados utilizando as medidas de tendência central, segundo distribuições de frequências e medidas estatísticas descritivas, tais como média, mediana e valores mínimo e máximo; já para as variáveis numéricas, será utilizado o desvio-padrão ( $\pm dp$ ). O nível de significância delimitado foi  $\alpha=0,05$ .

Com relação às entrevistas, utilizou-se plataforma *on-line* (*e-Surv*) para registro eletrônico dos dados, que, em seguida, foram analisados por meio do *software Statistical Package Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.2.

Após a análise descritiva, foi realizado o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade dos dados, a fim de estimar as relações entre as variáveis definidas no modelo. Quanto à análise dos resultados, foram utilizados os testes de correlação de Pearson para distribuição normal e a análise de regressão linear múltipla para testar possíveis relações entre as variáveis independentes e dependente. As variáveis escolhidas para o teste de correlação e para o modelo de regressão, de acordo com o modelo teórico, foram sobrecarga de trabalho; atitudes de enfermeiros; variável sociodemográfica: sexo, estado civil, escolaridade e pós-

graduação em saúde mental; e condições de trabalho: tempo de trabalho, carga horária, presença de outro vínculo empregatício, cursos de atualização, sinais e sintomas físicos, fadiga e estresse.

#### **4.7 Aspectos éticos**

O presente estudo é subprojeto do projeto intitulado *Estratégias promotoras de acolhimento, vínculo e autonomia no contexto da Rede de Atenção Psicossocial mineira*, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), sob o número CAAE 59118416.4.3001.5140. Ademais, o estudo atendeu os protocolos éticos em pesquisa de todos os municípios da RMBH, que participaram da pesquisa.

Foram consideradas todas as determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) após receberem explicações a respeito dos objetivos da pesquisa, dos métodos, dos benefícios previstos, dos potenciais riscos e do incômodo que esta pudesse acarretar.

Por fim, é importante salientar que os participantes e enfermeiros foram codificados e serão denominados por meio de nomes de pedras preciosas, a fim de preservar suas identidades.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Caracterização da amostra

Os resultados do presente estudo são apresentados a partir da análise descritiva dos dados. Após a caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros, será apresentada a análise descritiva da sobrecarga de trabalho, da satisfação laboral e das atitudes de enfermeiros. Por fim, são apresentadas as correlações entre as variáveis do estudo.

#### 5.1.1 Análise descritiva das variáveis demográficas e socioeconômicas

A amostra do estudo foi composta por 25 participantes; entre eles, a maioria pertencia ao sexo feminino: 22 (88%), e a idade média era de 39,2 anos (DP de  $\pm 9,1$  da faixa de 24 e 61 anos). Além disso, grande parte dos participantes estava dentro da faixa etária de 30 a 39 anos (48%). No que diz respeito à cor/etnia, a maioria tinha pele/etnia branca (52%). Prevaleceu-se a renda familiar de 4-7 salários mínimos (64%), conforme distribuição na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição da população estudada, segundo as características demográficas e socioeconômicas. Belo Horizonte, 2017. n=25

Variáveis	n=25	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	3	12
Feminino	22	88
<b>Idade (anos)</b>		
20 – 29	3	12
30 – 39	12	48
40 – 49	5	20
≥ 50	5	20
<b>Etnia</b>		
Branca	13	52
Parda	8	32
Negra	3	12
Outro	1	4

<b>Renda Familiar (salário mínimo)</b>		
1 – 3	2	8
4 – 7	16	64
8 – 11	6	24
≥ 12	1	4

Fonte: A autora (2017).

Os participantes investigados apresentaram um perfil predominantemente feminino (88%), cuja faixa etária foi entre 30 a 39 anos. Esses resultados coadunam com o contexto histórico da Enfermagem, bem como com estudos recentes acerca de profissionais de Enfermagem de distintas áreas de atuação. (NEVES; OLIVEIRA; ALVES, 2014; ZAVALA *et al.*, 2012).

O nível de escolaridade com pós-graduação completa mostrou-se com maior frequência entre os participantes (68%). Esse dado pode ser visto na tabela 3:

Tabela 3 – Distribuição dos participantes segundo a escolaridade. Belo Horizonte, 2017

<b>Variáveis</b>	<b>n=25</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridade</b>		
Sem pós-graduação	4	16
Pós-graduação incompleta	3	12
Pós-graduação completa	18	72

Fonte: A autora (2017).

Entre os casos que possuíam pós-graduação completa, 6 (35,2%) possuíam pós-graduação na área de saúde mental, enquanto a maioria (47,1%) referiu ter realizado especialização em saúde pública (TABELA 4).

Tabela 4 – Distribuição dos participantes segundo o tipo de pós-graduação. Belo Horizonte, 2017

<b>Variáveis</b>	<b>n=17</b>	<b>%</b>
<b>Pós-graduação em Saúde Pública</b>		
Especialização	8	47,2
<b>Pós-graduação na Saúde Mental</b>		

Especialização	4	23,6
Residência	1	5,8
Mestrado	1	5,8
<b>Pós-graduação em Urgência e Emergência</b> Especialização	3	17,6

Fonte: A autora (2017).

O achado acerca da formação *Latu Sensu* dos enfermeiros diverge de estudos realizados na temática dessa pesquisa (CORTES *et al.*, 2014; BRANCO *et al.*, 2013; SOUZA; PINTO, 2012); portanto, esse resultado compreende um diferencial para a literatura, uma vez que nenhum estudo já publicado revela a prevalência de profissionais com pós-graduação nessa área de atuação.

Nesse contexto, estudo de Prates (2016) corrobora os resultados apresentados, destacando que profissionais com maior conhecimento acerca do serviço e do processo de trabalho no CAPS ad apresentam maior satisfação laboral e possuem atitudes mais positivas frente ao usuário de álcool e outras drogas. Outros estudos apresentaram resultados semelhantes, salientando o impacto positivo no processo de trabalho do profissional quando este possui formação voltada para seu objeto de trabalho, bem como quando passa por capacitações ofertadas pelo serviço, como educação permanente. (VARGAS; BITTENCOURT, 2013; MUNRO *et al.*, 2007).

Ademais, Silva e Knoblock (2016) enfatizam que a formação permanente dos profissionais de serviços de saúde mental pode minimizar a sobrecarga percebida por eles diante das dificuldades. É importante destacar, ainda, que a capacitação do profissional de saúde mental, a fim de que esteja mais preparado para o trabalho na área, promove o desenvolvimento de habilidades relacionadas à inteligência emocional, tornando-o mais resiliente frente às demandas que lhes chegam, sem que elas gerem cargas de desgaste. (SOUZA *et al.*, 2015).

### **5.1.2 Análise descritiva das variáveis relacionadas às condições de trabalho**

As características das condições de trabalho são apresentadas na tabela 5. Verifica-se que o tempo de trabalho no serviço predominou-se entre um a quatro anos (1=36%; 2-

4=36%). Ademais, prevaleceu a frequência da carga horária de trabalho de 24 horas semanais (36%), seguida de 32% dos entrevistados que trabalhavam com carga horária de 20 horas semanais.

A maioria dos participantes referiu possuir vínculo em regime estatutário (44%), enquanto 64% relataram ter outro vínculo empregatício. No que concerne à realização de cursos de atualização, 100% dos enfermeiros informaram realizar cursos de atualização/capacitação, imperando a realização semestralmente como periodicidade (40%). Quanto à fadiga e ao estresse, 52% dos participantes mencionaram estar fadigados no trabalho e 64% alegaram vivenciar estresse no trabalho.

Tabela 5 – Distribuição da população estudada segundo as características das condições de trabalho. Belo Horizonte, 2017

Variável	n=25	%
<b>Tempo de trabalho em CAPS ad (anos)</b>		
1	9	36
2 – 4	9	36
5 – 7	2	8
8 – 10	4	16
> 10	1	4
<b>Carga horária/semana (horas)</b>		
20	8	32
24	9	36
30	2	8
32	1	4
40	5	20
<b>Vínculo empregatício (tipo)</b>		
Contrato	10	40
Estatutário	11	44
Outro	4	16
<b>Outro vínculo empregatício</b>		
Não	9	36
Sim	16	64
<b>Fadiga</b>		
Não	12	48
Sim	13	52
<b>Estresse</b>		
Não	9	36
Sim	16	64

<b>Cursos de atualização</b>		
Mensalmente	1	4
Semestralmente	10	40
Anualmente	4	16
Eventualmente	3	12
Raramente	4	16
Outro	3	12

Fonte: A autora (2017).

Os enfermeiros desse estudo relataram, predominantemente, ter tempo de trabalho em CAPS ad entre um a quatro anos; portanto, infere-se que eles ainda não se sentem desmotivados com o serviço, bem como desgastados com tamanha carga psíquica diante do curto tempo de trabalho. Essa pesquisa, desse modo, corrobora com o estudo de Oliveira *et al.* (2017). Entretanto, estudo realizado com profissionais de CAPS ad de São Paulo, ressaltou que o tempo de trabalho reflete positivamente na satisfação e nas atitudes dos enfermeiros por meio das experiências vivenciadas no serviço (PRATES, 2016), o que reduz as dificuldades que podem gerar insatisfação e sobrecarga laboral.

Em relação aos sentimentos que os enfermeiros podem vivenciar no trabalho, os resultados revelam a prevalência de estresse e fadiga nos enfermeiros, o que se relaciona com os níveis altos de exaustão emocional. Ribeiro *et al.* (2012) e Farias *et al.* (2011) salientam que o estresse não compreende o causador das diversas doenças do trabalho; assim como a sobrecarga de trabalho, ele se constitui, na verdade, como consequência da exaustão profissional.

No que concerne à carga horária trabalhada, os participantes dos municípios da região metropolitana possuíam diferentes jornadas de trabalho sujeitas à regulação municipal. A carga horária semanal predominante era entre 20 e 24 horas, a qual não se generalizava a amostra completa em virtude das legislações específicas. Verificou-se, além disso, que a jornada de trabalho não constituiu fator impactante nas variáveis analisadas.

Nesse contexto, Ribeiro afirma, em conformidade com Camelo e Angerami (2007), que o excesso de horas trabalhadas diminui o apoio social ao profissional, causando insatisfação, tensão e problemas de saúde. Por outro lado, estudos de Souza *et al.* (2015) corroboram que uma jornada de trabalho densa e multifuncional gera sobrecargas de trabalho e impactos negativos à saúde do trabalhador.

Em contrapartida, embora os enfermeiros tivessem dois empregos, e portanto carga horária maior que o número de horas trabalhadas nos CAPS ad, a atuação no CAPS ad constituía-se da promoção de cuidado e da valorização do trabalhador. Portanto, percebe-se que a gestão municipal, responsável pela definição das cargas horárias de trabalho de cada município participante, considera o enfermeiro como indivíduo em sua totalidade, promovendo apoio social, reconhecimento e valorização profissional, e isso é comprovado pelo alto grau de realização pessoal (96%) encontrado nos resultados.

## **5.2 Análise descritiva da sobrecarga de trabalho, satisfação laboral e atitudes de enfermeiros frente ao álcool, ao alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool**

Realizou-se uma análise descritiva das variáveis “sobrecarga de trabalho”, “satisfação laboral” e “atitudes de enfermeiros”, por meio das medidas de tendência central e distribuição de frequência. Para essa análise, foram considerados os escores médios e globais e por dimensões dos instrumentos.

### **5.2.1 Análise descritiva da sobrecarga de trabalho**

Paralelamente à avaliação da sobrecarga de trabalho segundo o MBI, foram contabilizados os totais de cada uma das dimensões contempladas. Após isso, procedeu-se a análise global desses valores. Ressalta-se que a análise das dimensões foi realizada de acordo com a categorização apresentada no manual de instruções do MBI. (MASLACH *et al.*, 1996).

Em relação à subescala “Exaustão Emocional” (EE), que pode ser observada na TABELA 6, a maioria dos enfermeiros apresentou uma EE alta (60%).

Tabela 6 – Distribuição da amostra por Exaustão Emocional. Belo Horizonte, 2017

<b>Grau de Exaustão Emocional</b>	<b>n=25</b>	<b>%</b>
Baixo	5	20
Médio	5	20
Alto	15	60
Total	25	100

Fonte: A autora (2017).

Ressalta-se que o resultado elevado de esgotamento emocional pode estar relacionado ao perfil dos enfermeiros e ao contexto onde estão inseridos. Meira, Carvalho e Carvalho (2015) revelam que o trabalho de enfermeiros nesse tipo de serviço associa-se a situações estressantes e agitação em alguns momentos em todo o processo de trabalho. Zanatta (2017) ainda corrobora que o trabalho no CAPS contempla uma grande imersão dos profissionais no cotidiano e pode gerar dificuldades de lidar com a alta demanda de um trabalho complexo e subjetivo.

Ademais, usualmente, os serviços de saúde mental brasileiros lidam com falta de recursos – humanos, financeiros e materiais –, bem como com ausência de gestão ativa e conflitos no processo de tomada de decisão (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Embora os resultados não tenham mostrado a associação entre esgotamento emocional e satisfação laboral, os participantes relataram insatisfação quanto à participação no processo de tomada de decisão e à implementação e avaliação de atividades.

No que concerne à despersonalização (DP), 64% apresentaram grau médio, enquanto que 20% apresentaram grau alto e 16% mostraram-se com grau baixo de DP (TABELA 7).

Tabela 7 – Distribuição da amostra por Despersonalização. Belo Horizonte, 2017. N=25

<b>Grau de Despersonalização</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Baixo	4	16
Médio	16	64
Alto	5	20
Total	25	100

Fonte: A autora (2017).

No que diz respeito à despersonalização, os resultados revelaram níveis entre baixo e médio nessa dimensão, isto é, os enfermeiros não se tornaram frios e impessoais com os usuários do serviço ainda que estejam percebendo maior exaustão. Uma das possibilidades que explicam esse resultado consiste no tipo de vínculo empregatício e na possibilidade de o profissional possuir outro vínculo além do CAPS ad, pois o excesso de trabalho pode

impactar negativamente na DE, uma vez que o distanciamento compreende uma reação imediata à exaustão. (MASLACH *et al.*, 2001).

Ainda nesse sentido, ressalta-se que a despersonalização mostrou-se baixa, o que demonstra que os enfermeiros vivenciam sentimentos de sobrecarga e esgotamento emocional, porém não experimentam o surgimento de atitudes de frieza e distanciamento em relação ao seu trabalho e colegas (ZANATTA, 2017).

Como é observada na tabela 8, a dimensão “realização pessoal” mostrou resultados predominantes no grau baixo de *Burnout* (96%), isto é, percebe-se que a realização pessoal foi elevada, pois a contabilização dessa dimensão é inversamente proporcional ao grau de *Burnout*. Assim, quanto mais alto for o resultado, menor é o grau de *Burnout*. Por isso, apenas um participante (4%) apresentou grau alto de *Burnout*.

Tabela 8 – Distribuição da amostra por Realização Pessoal. Belo Horizonte, 2017

<b>Grau de Realização Pessoal</b>	<b>n=25</b>	<b>%</b>
Baixo	24	96
Médio	0	0
Alto	1	4
Total	25	100

Fonte: A autora (2017).

Por fim, a terceira dimensão do *Burnout* caracteriza a realização pessoal do profissional. Os resultados revelaram grau elevado nessa dimensão, o qual se relaciona com a formação especializada, identificação com o processo de trabalho e gestão em âmbito municipal.

Silva et al. (2015) pontuam a relação da realização pessoal do profissional com as frustrações que este vivencia no trabalho, compreendendo aspectos inversamente proporcionais. A amostra estudada no presente estudo não mostrou níveis de frustração, considerando o reconhecimento da gestão e valorização profissional, apesar de vivenciarem níveis altos de exaustão emocional. Nesse contexto, o comprometimento e realização no trabalho refletem a cumplicidade desses profissionais por um trabalho que acreditam, e mesmo com todas as adversidades, permanecem realizados no trabalho (ZANATTA, 2017).



Realizou-se também a análise descritiva da sobrecarga de trabalho percebida pelos participantes do estudo. Ela foi rerepresentada por meio da média, desvio-padrão, mínimo e máximo, que estão separados pelo escore global e pelas dimensões da escala MBI como pode ser visto na tabela 9. Já os itens de cada uma das três dimensões são apresentados nas tabelas 10, 11 e 12 segundo as distribuições das frequências de respostas.

Tabela 9 – Descrição dos escores médios de sobrecarga de trabalho segundo os fatores da escala MBI– *Maslach Burnout Inventory*. Belo Horizonte, 2017

MBI	Média	DP	IC95% (média)	Mínimo	Máximo
<b>MBI Global</b>	<b>3,7</b>	<b>0,56</b>	<b>3,5 – 3,9</b>	<b>2,7</b>	<b>4,9</b>
Exaustão Emocional	3,3	1,2	2,8-3,8	1	6,1
Despersonalização	1,7	0,7	1,3-2	1	4
Realização Pessoal	6,1	0,8	5,7-6,4	4,1	6,9

Fonte: A autora (2017). n=25.

A análise descritiva da escala MBI é aqui apresentada como análise complementar, tendo em vista o tipo de variável MBI Global e o modo como esta é avaliada segundo seu autor. A fim de mostrar o que está posto na análise descrita por Maslach (1996), é válido verificar este instrumento descritivamente por meio das medidas de tendência central.

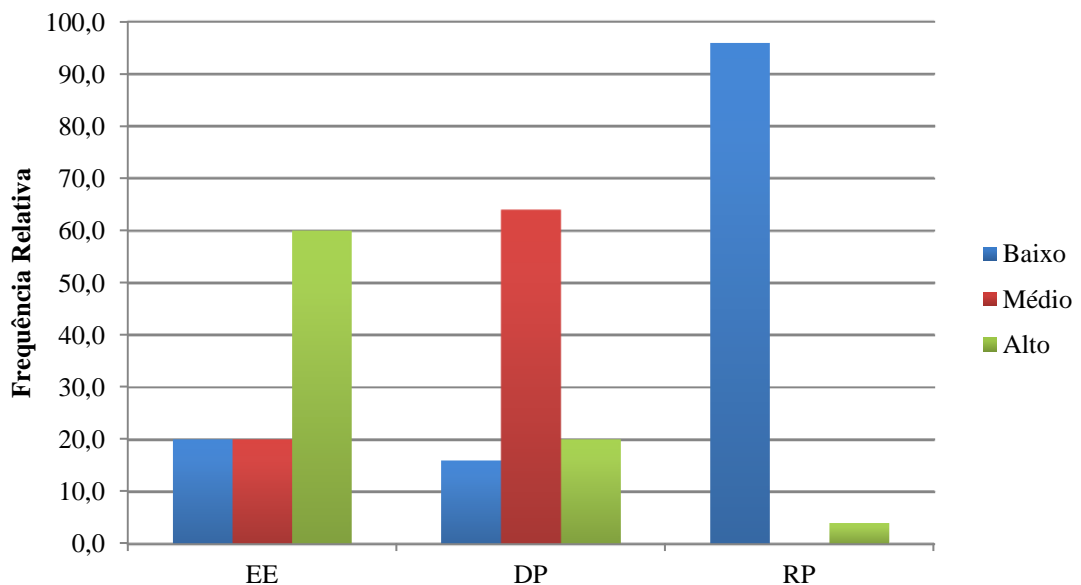
Dessa forma, percebe-se, na tabela 9, a média de respostas para cada dimensão; entre elas, a que mais se destacou (6,1) incorpora a realização pessoal (RP) dos enfermeiros; esta deve estar em grau alto para que se perceba menor sobrecarga de trabalho. Já a variável “despersonalização” obteve o menor valor de média (1,7). Ao contrário da RP, que precisa ter níveis baixos para evidenciar menor grau de sobrecarga, as variáveis “despersonalização” e “exaustão emocional” (EE) devem ser baixas. Por fim, verificou-se que a média da variável EE apresenta um valor classificado como elevado (3,3).

De acordo com os valores adotados na escala de Likert para a escala MBI, que são de 1 a 7 pontos, percebe-se, na análise descritiva, que o grau foi moderado para exaustão emocional, o grau foi baixo para dimensão despersonalização e alto para dimensão realização pessoal. Portanto, percebe-se a evidência do grau moderado/baixo de sobrecarga de trabalho entre os enfermeiros da pesquisa.

No gráfico 1, evidencia-se o grau de *Burnout* de acordo com os resultados obtidos e categorizados segundo Maslach *et al.* (1996). Assim sendo, verificou-se que os enfermeiros

desse estudo apresentaram grau baixo de *Burnout*, considerando o grau alto de RP e o médio de DP. Embora o grau de EE tenha apresentado valores majoritariamente elevados, haja vista que apenas essa dimensão não caracteriza o grau de *Burnout*, evidenciou-se baixa sobrecarga de trabalho dos enfermeiros.

Gráfico 1 – Distribuição da população estudada segundo as três subescalas que compõem a síndrome de *Burnout* (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal). Belo Horizonte, 2017. N=25



Fonte: A autora (2017).

Quanto aos resultados do presente estudo, eles mostraram que os enfermeiros possuíam grau baixo de *Burnout*, caracterizado pelo modelo de Maslach (1996). A prevalência de níveis elevados de exaustão emocional pode estar associada à vivência das comorbidades psiquiátricas e às cargas psicológicas inerentes ao cuidado ao usuário do serviço de saúde mental, o que condiz com estudo de Souza *et al.* (2015). Ademais, esses resultados coadunam com pesquisa realizada com enfermeiros em serviços de saúde mental, que destacou elevado grau na dimensão “esgotamento emocional”. (VIEIRA, 2015).

No entanto, estudo realizado por Coker e Omoluabi (2011) que avaliou a ocorrência de estresse e *Burnout* em enfermeiras psiquiátricas na Nigéria mostrou altos níveis de

esgotamento emocional em apenas 12% da amostra. No contexto amplo de hospitais gerais, Galindo *et al.* (2012) constatou que 21,3% apresentaram elevado esgotamento emocional.

Desse modo, mediante o exposto, nota-se que as condições de trabalho dos enfermeiros participantes não condizem com o necessário e pode ter contribuído para o modo como o esgotamento emocional se expressou nos resultados.

A seguir, apresenta-se a distribuição de frequência das respostas obtidas na escala MBI, que pode ser vista nas tabelas 10, 11 e 12.

Tabela 10 – Distribuição da frequência de respostas (n=25) por itens do fator 1 “Exaustão Emocional” da escala MBI Maslach *Burnout Inventory*

N°	Item	Escores n(%)						
		1 - Nunca	2 - Algumas vezes ao ano	3 - Uma vez por mês	4 - Algumas vezes por mês	5 - Uma vez por semana	6 - Algumas vezes por semana	7 - Todos os dias
01	Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.	9 (36)	4 (16)	2 (8)	6 (24)	0 (0)	3 (12)	1 (4)
02	Quando termino minha jornada de trabalho, sinto-me esgotado.	1 (4)	1 (4)	2 (8)	4 (16)	1 (4)	9 (36)	7 (28)
03	Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado.	8 (32)	2 (8)	1 (4)	6 (24)	1 (4)	6 (24)	1 (4)
06	Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa.	10 (40)	5 (20)	1 (4)	4 (16)	2 (8)	2 (8)	1 (4)
08	Sinto que meu trabalho está me desgastando.	2 (8)	3 (12)	0 (0)	9 (36)	3 (12)	4 (16)	4 (16)
13	Sinto-me frustrado com meu trabalho.	13 (52)	5 (20)	0 (0)	4 (16)	0 (0)	3 (12)	0 (0)
14	Sinto que estou trabalhando demais.	3 (12)	4 (16)	0 (0)	10 (40)	0 (0)	4 (16)	4 (16)
16	Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.	14 (56)	4 (16)	1 (4)	4 (16)	0 (0)	2 (8)	0 (0)
20	Sinto-me como se estivesse no limite	9 (36)	7 (28)	0 (0)	5 (20)	0 (0)	2 (8)	2 (8)

das minhas possibilidades.							
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Fonte: A autora (2017).

De acordo com a tabela 10, 40% dos enfermeiros relataram que o contato direto com as pessoas nunca os fez sentirem-se cansados, enquanto 28% referiram esgotamento ao final da jornada diária de trabalho. Ademais, 40% afirmaram sentir que estão trabalhando demais algumas vezes ao mês. Percebeu-se, ainda, que as maiores frequências concentraram-se na pontuação 1, representando a resposta “nunca” para sentimentos de exaustão emocional.

A complexidade do trabalho do enfermeiro junto a usuários de álcool e outras drogas está associada aos sentimentos demonstrados nos resultados encontrados. Silva *et al.* (2015) constatam que realizar um atendimento no CAPS ad não é tarefa fácil, exige alternativas e propostas inovadoras, e, principalmente, sensibilidade para cuidar do dependente químico.

Tabela 11 – Distribuição da frequência de respostas (n=25) por itens do fator 2 “Despersonalização” da escala MBI Maslach *Burnout Inventory*.

Nº	Item	Escore n(%)						
		Nunca	Algumas vezes ao ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
05	Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no meu trabalho como se fossem objetos impessoais.	16 (64)	5 (20)	1 (4)	3 (12)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
10	Sinto que me tornei mais duro com as pessoas desde que comecei este trabalho.	19 (76)	3 (12)	0 (0)	3 (12)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
11	Fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente.	17 (68)	3 (12)	1 (4)	4 (16)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
15	Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as	24 (96)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

22	peessoas as quais tenho que atender profissionalmente. Parece-me que as pessoas que atendo, culpam-me por alguns de seus problemas.	8 (32)	6 (24)	2(8)	8 (32)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
----	---	--------	--------	------	--------	-------	-------	-------

Fonte: A autora (2017).

A tabela 11 demonstrou que os enfermeiros, em sua maioria, nunca percebem sentimentos de despersonalização; apenas um participante relatou se sentir culpado, algumas vezes por semana, pelos problemas dos usuários. Além disso, percebeu-se que os participantes do estudo apresentaram níveis baixos de despersonalização.

Por fim, na Tabela 12, a frequência de respostas “algumas vezes por semana” e “todos os dias” corresponde a pontuações elevadas na dimensão Realização Pessoal. Ademais, nota-se que 64% dos enfermeiros manejavam com muita calma os problemas dos usuários todos os dias, e 60% se sentem estimulados, todos os dias, após trabalhar diretamente com eles. Ainda, 16% relataram conseguir coisas valiosas no trabalho algumas vezes por mês, enquanto 12% mostraram-se vigorosos em seu trabalho algumas vezes por mês.

Tabela 12 – Distribuição da frequência de respostas (n=25) por itens do fator 3 “Realização Pessoal” da escala MBI Maslach *Burnout Inventory*

Escores n(%)								
Nº	Item	Nunca	Algumas vezes ao ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
04	Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender.	0 (0)	1 (4)	2 (8)	2 (8)	0 (0)	10 (40)	10 (40)
07	Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender.	0 (0)	1(4)	0 (0)	1 (4)	1 (4)	9 (36)	13 (52)
09	Sinto que estou exercendo	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	10 (40)	14 (56)

	influência positiva na vida das pessoas, através do meu trabalho.							
12	Sinto-me vigoroso em meu trabalho.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (12)	2 (8)	13 (52)	7 (28)
17	Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável em meu trabalho.	0 (0)	3 (12)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	10 (40)	11 (44)
18	Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.	0 (0)	2 (8)	0 (0)	3 (12)	1 (4)	4 (16)	15 (60)
19	Creio que consigo muitas coisas valiosas neste trabalho.	1 (4)	0 (0)	0 (0)	4 (16)	0 (0)	9 (36)	11 (44)
21	No meu trabalho, eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.	0 (0)	1 (4)	1 (4)	0 (0)	1 (4)	6 (24)	16 (64)

Fonte: A autora (2017).

### 5.2.2 Análise descritiva da satisfação com o trabalho

Realizou-se a análise descritiva da satisfação laboral segundo os fatores globais e fatores da escala SATIS-BR de acordo com os agrupamentos de variáveis. Na tabela 13, apresentam-se os valores médios.

Tabela 13 – Descrição dos escores médios (n=25) de satisfação com o trabalho segundo os fatores da escala SATIS-BR. Belo Horizonte, 2017

SATIS – BR	Médi a	D P	IC95% (média)	Mínim o	Máxim o
<b>Satisfação Global</b>	<b>3,2</b>	<b>0,8</b>	<b>2,9-3,6</b>	<b>1,6</b>	<b>4,3</b>
Qualidade dos serviços oferecidos	3,4	0,8	2,9-3,7	1,5	4,7

Sua participação no serviço	3,1	0,8	2,7-3,4	1,1	4,1
Condições de trabalho	2,8	0,9	2,5-3,2	1,3	4,2
Relacionamento no serviço	3,7	0,9	3,3-4,1	1,3	4,7

Fonte: A autora (2017).

Observa-se, na tabela 13, que a satisfação global dos enfermeiros resultou em uma média de 3,2, o que se caracteriza entre “indiferente” e “satisfeito” de acordo com a escala de Likert da SATIS-BR. A maior satisfação dos participantes observada foi com o relacionamento interpessoal no serviço, com média de 3,7. Entre os quatro fatores, verifica-se a média de 2,8 na satisfação com as condições de trabalho, que equivale aos sentimentos “insatisfação” e “indiferença”.

Com relação à satisfação com a qualidade dos serviços oferecidos, que pode ser vista na tabela 14, destacaram-se os sentimentos de “satisfação” e de “muita satisfação” de acordo com a escala de Likert, com a quantidade de informações dadas aos usuários acerca de seu tratamento (72%) e com a forma como eles são tratados pela equipe (68%).

Para os resultados da satisfação laboral, nota-se a maior insatisfação quanto às condições de trabalho, coadunando com os resultados encontrados acerca da exaustão emocional. Tal resultado indica a importância e necessidade de mudanças organizacionais que priorizem condições adequadas de trabalho, para possibilitar que os profissionais exerçam as atividades em sua totalidade, considerando a qualidade.

Enfermeiros de setores intensivos de um hospital público indicaram a ausência de recursos materiais e realização de atividades que demandam esforço físico como geradores de insatisfação laboral (LEMOS; PASSOS, 2010). Essa situação acontece com frequência nos serviços de saúde brasileiros, especialmente os de saúde mental, e impedem os profissionais de promover cuidado e colocar em prática a assistência aprendida em ambiente acadêmico.

Nessa perspectiva, autores mostraram que a satisfação com o trabalho e suas dimensões específicas refletem na satisfação com a vida (MYERS; DIENER, 1995; VIEIRA, 2015). Esse resultado corrobora com os achados do presente estudo, evidenciando a satisfação global entre indiferente e satisfeito, mesmo que esta tenha se revelado como insatisfação em dimensões específicas do trabalho.

Tabela 14 – Distribuição da frequência de respostas (n=25) segundo os itens do fator 1 “Satisfação com a qualidade dos serviços oferecidos” da escala SATIS-BR

Nº	Item	Escores n(%)				
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
14	Em geral, como você classificaria o "clima" de amizade no ambiente de trabalho?	2 (8)	3 (12)	7 (28)	9 (36)	4 (16)
17	Você está satisfeito com a atenção e os cuidados que são dados aos pacientes?	4 (16)	7 (28)	0 (0)	11 (44)	3 (12)
18	Até que ponto você acha que os profissionais deste serviço compreendem os problemas dos pacientes?	0 (0)	7 (28)	5 (20)	7 (28)	6 (24)
19	Até que ponto você acha que os profissionais de Saúde Mental do serviço compreendem o tipo de ajuda de que os pacientes necessitam?	0 (0)	7 (28)	5 (20)	9 (36)	4 (16)
20	Considerando as necessidades globais dos pacientes que procuram este serviço para tratamento, até que ponto este serviço é apropriado para recebê-los aqui?	1 (4)	2 (8)	11 (44)	9 (36)	2 (8)
21	Você está satisfeito com a quantidade de informações dadas aos pacientes sobre suas doenças neste serviço?	1 (4)	7 (28)	4 (16)	12 (48)	1 (4)
22	Você está satisfeito com a quantidade de informações dadas aos pacientes sobre o tratamento que é dado neste serviço?	1 (4)	5 (20)	1 (4)	15 (60)	3 (12)
23	Em geral, até que ponto você se sente satisfeito com a forma como os pacientes são tratados pela equipe?	1 (4)	7 (28)	0 (0)	14 (56)	3 (12)
24	Como você se sente com a quantidade de ajuda que é dada aos pacientes pelo (nome do serviço)?	1 (4)	6 (24)	5 (20)	8 (32)	5 (20)
28	Você se sente satisfeito com o grau de competência profissional da equipe deste	3 (12)	6 (24)	1 (4)	13 (52)	2 (8)



serviço?					
----------	--	--	--	--	--

Fonte: A autora (2017).

De acordo com a satisfação com a participação dos enfermeiros no serviço, evidenciou-se, na Tabela 15, que 56% sentiam-se “satisfeitos” com o grau de responsabilidade que tinham em seu serviço, enquanto 48% relataram estar “satisfeitos” com a atenção dada às suas opiniões. Entretanto, a despeito do alto número de satisfação, 48% mostraram-se “insatisfeitos” e “muito insatisfeitos” quanto à frequência de discussões relacionadas a temas profissionais entre a equipe, e 64% sentiram-se “indiferentes” com a expectativa de ser promovido. Com relação à implementação de atividades novas no serviço, 32% relataram estar “satisfeitos” e, quanto à avaliação de atividades novas no serviço, 40% relataram estar “insatisfeitos”, como pode ser visto, respectivamente, nos itens 09 e 10 da tabela 15.

Tabela 15 – Distribuição da frequência de respostas (n=25) segundo os itens do fator 2 “Satisfação com sua participação no serviço” da escala SATIS-BR

Escore n(%)						
Nº	Item	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
02	Como você se sente com a expectativa de ser promovido?	2 (8)	2 (8)	16 (64)	3 (12)	2 (8)
03	Você se sente satisfeito com o grau de responsabilidade que você tem no seu serviço?	2 (8)	5 (20)	0 (0)	14 (56)	4 (16)
07	Você se sente satisfeito com a frequência de discussões relacionadas a temas profissionais que você tem com seus colegas no serviço?	6 (24)	6 (24)	1 (4)	9 (36)	3 (12)
08	Você se sente satisfeito com o grau de sua participação no processo de tomada de decisões no seu serviço?	3 (12)	7 (28)	2 (8)	12 (48)	1 (4)
09	Você se sente satisfeito com sua participação na implementação de	5 (20)	7 (28)	4 (16)	8 (32)	1 (4)

10	programas e/ou atividades novas no serviço? Você se sente satisfeito com sua participação no processo de avaliação das atividades e/ou programas do serviço?	2 (8)	10 (40)	5 (20)	5 (20)	3 (12)
11	Você se sente satisfeito com a atenção dada às suas opiniões?	1 (4)	8 (32)	1 (4)	12 (48)	3 (12)

Fonte: A autora (2017).

O fator 3 da escala SATIS-BR avalia a satisfação das condições de trabalho, que pode ser vista na tabela 16. Um total de 36% dos participantes do estudo afirmou estar “muito insatisfeito”, e essa mesma porcentagem de pessoas selecionadas para o experimento se sentiu “insatisfeita” com as medidas de segurança do serviço; já 64% dos participantes, sentiram-se “insatisfeitos” com o salário. Entre os itens analisados neste fator, apenas os 13 e 32 apresentaram pontuações mais “satisfeitas” que “insatisfeitas”. Isso significa dizer que 44% se declararam “satisfeitos” com o clima no ambiente de trabalho, enquanto 48% concordaram, com certeza, que recomendariam o serviço em que trabalhavam.

Tabela 16 – Distribuição da frequência de respostas (n=25) segundo os itens do fator 3 “Satisfação com as condições de trabalho” da escala SATIS-BR

Nº	Item	Escore n(%)				
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
12	Você percebe um bom clima no ambiente de trabalho?	1 (4)	5 (20)	8 (32)	7 (28)	4 (16)
13	Em geral, você se sente satisfeito com o clima no seu ambiente de trabalho?	2 (8)	7 (28)	2 (8)	11 (44)	3 (12)
15	Até que ponto você se sente satisfeito com seu salário?	2 (8)	16 (64)	0 (0)	7 (28)	0 (0)
25	Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar privacidade durante o tratamento dos pacientes no (nome do	4 (16)	8 (32)	3 (12)	9 (36)	1 (4)

26	serviço)? Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar a confidencialidade sobre os problemas dos pacientes, e os cuidados que eles recebem no (nome do serviço)?	6 (24)	6 (24)	0 (0)	11 (44)	2 (8)
29	Você se sente satisfeito em relação às medidas de segurança do (nome do serviço)?	9 (36)	9 (36)	2 (8)	5 (20)	0 (0)
30	Você está satisfeito com o conforto e a aparência do (nome do serviço)?	6 (24)	8 (32)	1 (4)	10 (40)	0 (0)
31	Como você classificaria, as instalações da unidade?	8 (32)	4 (16)	7 (28)	6 (24)	0 (0)
32	Se um amigo ou familiar estivesse necessitando de ajuda de uma unidade de Saúde Mental, você recomendaria a ele/a o (nome do serviço)?	3 (12)	1 (4)	5 (20)	4 (16)	12 (48)

Fonte: A autora (2017).

O quarto e último fator da escala SATIS-BR está descrito na tabela 17 e aponta maiores níveis de satisfação: 32% e 60%, respectivamente, disseram estar “satisfeitos” e “muito satisfeitos” com relação ao grau de autonomia no serviço, enquanto 52% referiram estar “satisfeitos” com o relacionamento com os colegas de trabalho. Quanto ao grau de controle dos supervisores acerca do trabalho dos enfermeiros, 48% desses relataram estar “satisfeitos”.

Tabela 17 – Distribuição da frequência de respostas (n=25) segundo os itens do fator 4 “Satisfação com o relacionamento com a equipe” da escala SATIS-BR

Nº	Item	Escore n(%)				
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
04	Você se sente satisfeito no seu relacionamento com os outros colegas?	2 (8)	5 (20)	0 (0)	13 (52)	5 (20)

05	Você se sente satisfeito com o grau de controle dos seus supervisores sobre o seu trabalho?	3 (12)	3 (12)	3 (12)	12 (48)	4 (16)
06	Como você se sente em relação ao grau de autonomia que você tem em seu serviço?	1 (4)	1 (4)	0 (0)	15 (60)	8 (32)

A análise qualitativa da amostra revelou que 100% dos enfermeiros atuantes nos CAPS ad acreditavam que esses serviços poderiam ser melhorados. Eles destacaram que o trabalho interdisciplinar e o contato com usuários constituíam os aspectos que mais gostavam no serviço. Relataram, também, gostar da autonomia que eles possuíam no trabalho. Esses enfermeiros elencaram a insatisfação relacionada à falta de recursos materiais, precariedade na infraestrutura do serviço, ausência ou incompetência de gestão, falta de reconhecimento profissional, número insuficiente de profissionais, bem como equipe pouco resolutiva e dificuldades no relacionamento interpessoal. Foram apenas dois enfermeiros da amostra que ressaltaram não gostar da qualidade do cuidado ofertado aos usuários.

Observou-se, ainda, uma homogeneidade nas questões qualitativas da escala de satisfação em relação aos aspectos que deveriam ser melhorados no serviço. As respostas expressaram questões que dizem respeito à educação permanente, mudança de gestão, aumento do número de profissionais, melhorias na estrutura dos serviços, melhorias no relacionamento interpessoal e alterações no atendimento.

### ***5.2.3 Análise descritiva das atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool***

Para analisar as atitudes dos enfermeiros frente ao álcool, ao alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool, utilizou-se a EAFAA, apresentada na tabela 18 com escores médios globais e por fatores de acordo com Vargas (2011). Os itens específicos de cada fator serão apresentados nas tabelas 19, 20, 21 e 22 conforme a frequência absoluta e relativa.

Ainda na tabela 18, evidencia-se a média global de 3,5 referente às atitudes dos enfermeiros participantes do estudo, representando atitudes que estão entre “indiferentes” a positivas de acordo com a pontuação da escala de Likert. Além disso, eles mostraram,

considerando a média de 4,2, ter atitudes mais positivas quanto ao trabalho e às relações interpessoais com usuários com transtornos relacionados ao uso do álcool. Entre os quatro fatores da EAFAA, observou-se que os enfermeiros possuem atitudes mais negativas frente à bebida alcoólica e ao seu uso ( $2,8 \pm DP$  de 0,6), assim como frente ao alcoolismo e à sua etiologia ( $2,9 \pm DP$  de 0,6).

Estes resultados revelaram que os profissionais de Enfermagem demonstraram atitudes mais positivas frente ao trabalho e às relações interpessoais com os usuários, bem como à pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool. A tendência positiva nos fatores que envolvem o trabalho e a pessoa que vivencia transtornos relacionados ao uso do álcool pode estar relacionada ao fato de os enfermeiros trabalharem em serviços especializados, os CAPS ad, visto que o estudo de Pinikahana, Happell e Carta (2002) mostrou que os profissionais que lidavam diretamente no seu cotidiano exibiam atitudes mais positivas em relação ao usuário.

De modo complementar, Vargas (2010) identificou que enfermeiros de hospitais gerais percebiam as pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool como indivíduos sensíveis, com dificuldades emocionais. Por isso, os profissionais de Enfermagem compreendiam os usuários como pessoas doentes, que demandam tratamento, impactando positivamente no relacionamento interpessoal.

Ademais, as atitudes mais negativas expressas pelos enfermeiros frente à etiologia do alcoolismo e à própria substância foi encontrada também em pesquisa de Prates (2016), que destacou que a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool é mais aceita pelos profissionais do que a doença, fato que, possivelmente, relaciona-se ao preconceito que envolve o alcoolismo e as suas complicações associadas à fraqueza moral. O autor ainda acredita que as atitudes são influenciadas pelas normas sociais e varia de acordo com o contexto histórico, cultural e social.

Tabela 18 – Descrição dos escores médios de atitudes dos enfermeiros (n=25) frente ao álcool, ao alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool segundo os fatores da escala EAFAA. Belo Horizonte, 2017

<b>EAFAA</b>	<b>Mé- di a</b>	<b>DP</b>	<b>IC95%</b>	<b>Míni mo</b>	<b>Máxi mo</b>
<b>EAFAA Global</b>	<b>3,5</b>	<b>0,3</b>	<b>3,4-3,6</b>	<b>2,8</b>	<b>3,9</b>
Fator 1 - O trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool	4,2	0,4	4,0-4,4	3,3	4,7

Fator 2 - A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool	4,0	0,5	3,8-4,2	2,9	4,8
Fator 3 - O alcoolismo (Etiologia)	2,9	0,6	2,7-3,2	2,0	3,6
Fator 4 - As bebidas alcoólicas e seu uso	2,8	0,6	2,6-3,1	1,5	4,0

Fonte: A autora (2017).

Em relação às atitudes frente ao trabalho e às relações interpessoais com usuários com transtornos relacionados ao uso do álcool, correspondentes ao fator 1 da EAFAA na tabela 19, percebem-se atitudes majoritariamente positivas pelas respostas “discordo totalmente” aos itens negativos desse fator. Em concordância, os enfermeiros declararam estar “indiferentes” e “concordar totalmente” com os dois itens positivos, que são o 17 e o 41, os quais representam o cuidado ao usuário mesmo que este acredite que não necessite de cuidado e o sentimento de preferir o atendimento a usuários de álcool que usuários das demais substâncias psicoativas.

Tabela 19 – Distribuição da frequência de respostas (n=25) segundo os itens do fator 1 “O trabalho e as relações interpessoais com usuários com transtornos relacionados ao uso do álcool” da escala EAFAA

Nº	Item	Escores n(%)				
		Discordo totalmente n (%)	Discordo em parte n (%)	Indiferente e n (%)	Concordo em parte n (%)	Concordo totalmente n (%)
01	Eu tenho medo de abordar o problema do álcool com meus pacientes	24 (96)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
05	Eu tenho medo da agressividade de pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool	14 (56)	8 (32)	0 (0)	2 (8)	1 (4)
09	Sinto-me frustrado quando trabalho com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool	17 (68)	3 (12)	0 (0)	5 (20)	0 (0)
13	De todos os meus pacientes, o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool é aquele que dá mais trabalho	13 (52)	6 (24)	0 (0)	5 (20)	1 (4)
17*	Devo cuidar do	8 (32)	2 (8)	0 (0)	3 (12)	12 (48)

	paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool, mesmo que ele acredite não precisar de cuidado de saúde					
21	Mesmo quando não intoxicado, o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool é desrespeitoso com os membros da equipe	14 (56)	9 (36)	0 (0)	1 (4)	1 (4)
25	Sinto raiva ao trabalhar com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool	24 (96)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4)
29	Pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool nunca aceitam o que os profissionais de saúde falam sobre seus problemas com a bebida	14 (56)	9 (36)	0 (0)	2 (8)	0 (0)
37	Abordar o problema do álcool com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool significa menos tempo para os demais pacientes	18 (72)	5 (20)	1 (4)	1 (4)	0 (0)
41*	Eu prefiro trabalhar com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool a trabalhar com outros pacientes	3 (12)	4 (16)	10 (40)	1 (4)	7 (28)
42	A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool é uma pessoa difícil de relacionar-se	8 (32)	12 (48)	2 (8)	3 (12)	0 (0)
44	Eu considero difícil estabelecer um	14 (56)	6 (24)	0 (0)	4 (16)	1 (4)

46	relacionamento terapêutico com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool É preciso tomar cuidado para não ser agredido ao trabalhar com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool	9 (36)	3 (12)	1 (4)	9 (36)	3 (12)
48	Quando o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool não aceita que tem problemas relacionados ao uso do álcool, a melhor decisão é desistir de ajudar	22 (88)	2 (8)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
49	Quando trabalho com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool, não sei como conduzir a situação	16 (64)	6 (24)	0 (0)	3 (12)	0 (0)
50	Cuidar de pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool não é gratificante para mim	18 (72)	6 (24)	0 (0)	1 (4)	0 (0)

\*Itens positivos.

Fonte: A autora (2017).

De acordo com a tabela 20, os participantes do estudo mostraram atitudes positivas para com a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool. Por caracterizar-se como um fator orientado negativamente em sua totalidade, observa-se a prevalência de respostas “discordo totalmente” e “discordo em parte” para tais questões. Já nos itens 34 e 45, os enfermeiros mostraram-se mais negativos ao concordar com itens negativos que abordam a questão do usuário voltar ao serviço com o mesmo problema e não cooperar com seu tratamento, respectivamente.



Tabela 20 – Distribuição da frequência de respostas (n=25) segundo os itens do fator 2 “A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool” da escala EAFAA

Nº	Item	Escores n(%)				
		Discordo totalmente	Discordo em parte	Indiferente	Concordo em parte	Concordo totalmente
02	Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool não têm bom senso	16 (64)	6 (24)	0 (0)	3 (12)	0 (0)
06	Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool são mal-educadas	18 (72)	5 (20)	0 (0)	2 (8)	0 (0)
10	Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool são irresponsáveis	15 (60)	6 (24)	1 (4)	2 (8)	1 (4)
14	Pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool têm maior probabilidade de se tornarem violentos contra mim	13 (52)	7 (28)	0 (0)	5 (20)	0 (0)
18	Penso que pessoas que desenvolvem o alcoolismo são fracas	21 (84)	3 (12)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
22	Eu percebo que pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool não querem se cuidar	11 (44)	9 (36)	1 (4)	4 (16)	0 (0)
26	Não confio nas informações que pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool relatam	10 (40)	12 (48)	0 (0)	3 (12)	0 (0)
30	Penso que a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool é culpada por seus problemas de saúde	16 (64)	4 (16)	0 (0)	5 (20)	0 (0)
33	Considero o paciente	21 (84)	4 (16)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

34	com transtornos relacionados ao uso do álcool como um caso perdido A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool acaba sempre voltando ao serviço de saúde com o mesmo problema	4 (16)	5 (20)	0 (0)	13 (52)	3 (12)
38	De todos os meus pacientes, o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool é o mais difícil de lidar	14 (56)	4 (16)	1 (4)	5 (20)	1 (4)
45	Pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool são pacientes que cooperam com seu tratamento	0 (0)	8 (32)	2 (8)	15 (60)	0 (0)
47	Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool não levam o tratamento a sério	8 (32)	9 (36)	0 (0)	8 (32)	0 (0)

Fonte: A autora (2017).

Em continuidade à pesquisa, os enfermeiros apresentaram atitudes entre negativas a indiferentes quando questionados a respeito do alcoolismo e sua etiologia, como pode ser visto abaixo, na tabela 21. A resposta “indiferente” para os itens positivos do fator 3 sinaliza para atitudes indiferentes; porém, percebe-se a predominância de respostas “discordo em parte” para questões positivas, que prevalecem nessa dimensão.

Tabela 21 – Distribuição da frequência de respostas (n=25) segundo os itens do fator 3 “O alcoolismo (Etiologia)” da escala EAFAA

Nº	Item	Escores n(%)				
		Discordo totalmente n (%)	Discordo em parte n (%)	Indiferente n (%)	Concordo em parte n (%)	Concordo totalmente n (%)
03*	Penso que passar por um desajuste familiar leva ao alcoolismo	1 (4)	8 (32)	1 (4)	10 (40)	5 (20)

07*	Pessoas tímidas ou inibidas têm maior chance de desenvolver o alcoolismo	3 (12)	9 (36)	4 (16)	8 (32)	1 (4)
11*	Penso que a depressão leva ao alcoolismo	0 (0)	10 (40)	2 (8)	10 (40)	3 (12)
15*	O que falta na pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool é força de vontade	5 (20)	3 (12)	1 (4)	9 (36)	7 (28)
19*	As questões sociais levam o indivíduo a beber	2 (8)	10 (40)	1 (4)	10 (40)	2 (8)
23*	Predisposições hereditárias levam ao alcoolismo	2 (8)	8 (32)	1 (4)	13 (52)	1 (4)
27*	Pessoas insatisfeitas abusam do álcool	1 (4)	11 (44)	1 (4)	8 (32)	4 (16)
31*	As pessoas que desenvolvem o alcoolismo têm baixa autoestima	1 (4)	10 (40)	0 (0)	11 (44)	3 (12)
35	As pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool são psicologicamente abaladas	1 (4)	3 (12)	1 (4)	13 (52)	7 (28)
39*	As pessoas bebem para se sentir mais sociáveis	0 (0)	11 (44)	3 (12)	11 (44)	0 (0)
43	A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool bebe porque não consegue enfrentar a sua realidade	1 (4)	1 (4)	1 (4)	21 (84)	1 (4)

\*Itens positivos.

Fonte: A autora (2017).

Em contraste aos primeiros fatores da EAFAA, o quarto e último revelou atitudes mais negativas por parte dos enfermeiros, o que corresponde à prevalência de respostas negativas aos itens positivos e respostas positivas aos itens negativos. Dessa forma, hegemonicamente, os participantes declararam possuir atitudes negativas quanto ao uso da bebida alcoólica. Vejam-se esses resultados abaixo na tabela 22:

Tabela 22 – Distribuição da frequência de respostas (n=25) segundo os itens do fator 4 “As bebidas alcoólicas e seu uso” da escala EAFAA

Nº	Item	Escores n(%)				
		Discordo totalmente	Discordo em parte	Indiferente	Concordo em parte	Concordo totalmente
04*	Penso que as pessoas têm o direito de beber se elas quiserem	8 (32)	8 (32)	1 (4)	4 (16)	4 (16)
08*	A bebida alcoólica é agradável e proporciona bem-estar ao usuário	7 (28)	7 (28)	1 (4)	9 (36)	1 (4)
12*	O uso da bebida alcoólica é algo normal	5 (20)	9 (36)	1 (4)	10 (40)	0 (0)
16*	A bebida em qualquer quantidade vai deixar o indivíduo dependente	10 (40)	3 (12)	0 (0)	3 (12)	9 (36)
20*	Beber com moderação não é prejudicial	7 (28)	5 (20)	1 (4)	9 (36)	3 (12)
24	Eu sou contra o uso de álcool em qualquer momento	12 (48)	5 (20)	1 (4)	5 (20)	2 (8)
28*	Eu sou favorável ao beber moderado	7 (28)	4 (16)	3 (12)	8 (32)	3 (12)
32	Doses pequenas de álcool são capazes de causar dependência	8 (32)	6 (24)	0 (0)	7 (28)	4 (16)
36*	O uso do álcool em quantidades reduzidas é benéfico	9 (36)	5 (20)	1 (4)	5 (20)	5 (20)
40	As pessoas podem beber desde que saibam se controlar	3 (12)	4 (16)	2 (8)	8 (32)	8 (32)

\*Itens positivos.

Fonte: A autora (2017).

Em complementação, os enfermeiros mostraram-se mais negativos ao concordar com itens negativos que abordam a questão de o usuário voltar ao serviço com o mesmo problema e não cooperar com seu tratamento, respectivamente. A autora infere que isso se deve à baixa compreensão da especificidade do usuário de álcool e outras drogas, considerando as fases de estágios motivacionais para a mudança (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992). Nesse sentido, os enfermeiros que apresentaram atitudes negativas relacionadas ao

tratamento e às idas e vindas do usuário ao serviço revelam-se trabalhadores na lógica do idealismo, enquanto deveriam atuar na lógica das possibilidades com essa clientela (PEREIRA *et al.*, 2017).

### 5.3 Análise inferencial

#### 5.3.1 Teste de normalidade

Para avaliar a normalidade das variáveis, realizou-se o teste de Shapiro-Wilk. Como resultado, observou-se que as variáveis do estudo foram paramétricas ( $p = 0,175$ ;  $0,414$ ;  $0,874$ ).

#### 5.3.2 Análise da correlação

Mediante a representação de dados paramétricos, procedeu-se o teste de correlação de Pearson para análise da associação entre a variável dependente e as independentes.

##### 5.3.2.1 Correlação com dados sociodemográficos

Verifica-se, na tabela 23, que o estado civil dos participantes está relacionado à satisfação com o trabalho de forma negativa, isto é, inversamente proporcional; porém, esse dado pode representar um viés nesse estudo, visto que o sexo feminino prevaleceu (88%) quase em totalidade. Além disso, os demais dados sociodemográficos não apresentaram associação estatística significativa com a satisfação no trabalho.

Tabela 23 – Associação das características sociodemográficas com a satisfação laboral. Belo Horizonte, 2010

Variáveis	P	p-valor
Estado Civil	-0,37	<b>0,04</b>
Sexo	-0,17	0,21
Escolaridade	0,11	0,31
Pós-graduação em Saúde Mental	0,19	0,18

Fonte: A autora (2017).

### 5.3.2.2 Correlação com as condições de trabalho

A tabela 24 apresenta a ausência de correlação entre a “satisfação no trabalho” e as variáveis correspondentes às “condições de trabalho”. O estresse foi a única condição que mostrou perto, mas não significativa à correlação com a satisfação laboral, caracterizada como baixa e negativa ( $\rho = -0,33$ ;  $p = 0,06$ ).

Tabela 24 – Associação das condições de trabalho com a satisfação laboral. Belo Horizonte, 2010.

Variáveis	P	p-valor
Tempo de trabalho	-0,06	0,39
Carga horária de trabalho	0,03	0,44
Presença de outro vínculo empregatício	-0,21	0,16
Cursos de atualização	-0,02	0,47
Fadiga	-0,29	0,08
Estresse	-0,33	0,06
Sinais e sintomas físicos	-0,23	0,13

Fonte: A autora (2017).

### 5.3.2.3 Correlação com a sobrecarga de trabalho

Evidencia-se, na tabela 25, a associação entre a sobrecarga de trabalho e satisfação com ele na amostra estudada ( $p = 0,01$ ), caracterizada como correlação moderada negativa ( $\rho = -0,45$ ), na qual os valores das duas variáveis são inversamente proporcionais.

Tabela 25 – Associação da sobrecarga de trabalho com a satisfação laboral. Belo Horizonte, 2010

Variável	P	p-valor
Sobrecarga de trabalho – MBI Global	-0,45	<b>0,01</b>

Fonte: A autora (2017).

### 5.3.2.4 Correlação com as atitudes de enfermeiros frente ao álcool, ao alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool

Em relação à correlação entre satisfação com o trabalho e atitudes do enfermeiro frente às questões relacionadas ao álcool, verifica-se, na tabela 26, a ausência de associação entre as variáveis mencionadas.

Tabela 26 – Associação das atitudes dos enfermeiros frente ao álcool, ao alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool segundo a satisfação laboral. Belo Horizonte, 2010.

<b>Variável</b>	<b>P</b>	<b>p-valor</b>
Atitudes – EAFAA Global	-0,11	0,30

Fonte: A autora (2017).

### 5.3.3 *Análise de Regressão*

Os resultados da análise de regressão multivariada de Poisson estão descritos nas tabelas 27 e 28 de acordo com o modelo proposto. Em relação à análise de variância, encontrada na tabela 27, o teste ANOVA evidenciou que as variáveis propostas no modelo não influenciam a variável dependente do estudo ( $p = 0,53$ ).

Tabela 27 – Análise de variância (ANOVA) do modelo na análise de regressão. Belo Horizonte, 2010

<b>Modelo</b>	<b>p-valor</b>
Regressão	0,53

Fonte: A autora (2017).

De acordo com valores encontrados sem significância estatística, a tabela 28 mostra que as variáveis independentes não influenciam a satisfação no trabalho. Em complementação a isso, as variáveis “estresse”, “fadiga” e “pós-graduação em saúde mental” revelaram maiores valores de influência sob a variável dependente desse estudo, respectivamente  $\beta = -0,66; 0,57; 0,52$ .

Ademais, salienta-se a ausência de efeito de multicolinearidade entre as variáveis, confirmando os resultados da correlação de que elas não estão tão correlacionadas entre si (tolerância = >0,1; VIF = <10) (dados não apresentados em tabela).

Tabela 28 – Modelo final de regressão linear múltipla tendo satisfação com o trabalho como variável dependente. Belo Horizonte, 2010

Variáveis	B	p-valor
Sobrecarga de trabalho – MBI	-0,33	0,21
Atitudes – EAFAA	-0,35	0,26
Estado Civil	-0,17	0,60
Sexo	0,17	0,51
Escolaridade	0,08	0,81
Pós-graduação em Saúde Mental	0,52	0,09
Tempo de trabalho	-0,38	0,32
Carga horária de trabalho	-0,22	0,54
Presença de outro vínculo empregatício	-0,22	0,42
Cursos de atualização	-0,33	0,34
Fadiga	0,57	0,29
Estresse	-0,66	0,13
Sinais e sintomas físicos	-0,38	0,35

Fonte: A autora (2017)

Com os resultados obtidos, evidenciou-se a ausência de correlação entre a satisfação laboral, a sobrecarga de trabalho e as atitudes de enfermeiros de CAPS ad frente ao álcool, ao alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool.

A ausência de correlação pode estar associada à amostra, considerada pequena, em razão das perdas ocorridas na coleta de dados. Dessa forma, o “n” pequeno influenciou no resultado de testes estatísticos; assim sendo, esse não pode generalizar-se para a população, representando apenas essa amostra. Por outro lado, o resultado é relevante, visto que inexistem investigações acerca da temática no campo de estudo escolhido, considerando a correlação entre as variáveis estudadas.

Ademais, percebeu-se que os resultados se diferem dos resultados da maioria de estudos anteriores (VIEIRA, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2017; SÁ; MARTINS-SILVA; FUNCHAL, 2014) no que diz respeito aos níveis de satisfação e *Burnout*. A literatura abarca graus elevados de *Burnout*, associados à menor satisfação no trabalho e às lacunas na formação dos enfermeiros acerca do processo de trabalho. Em contrapartida, o presente



estudo apresentou graus baixos de *Burnout* e níveis médios de satisfação com o processo de trabalho no CAPS ad, bem como formação acadêmica e profissional favoráveis ao cuidado nessa modalidade de serviço. Quanto ao grau baixo de *Burnout*, ele pode estar associado à formação acadêmica e profissional, visto que se revelou maior valor de influência dessa variável sob a variável dependente, conforme a regressão.

Embora não tenha se revelado a correlação entre *Burnout*, satisfação com o processo de trabalho e atitudes de enfermeiro, evidenciou-se que a formação em pós-graduação na área de saúde mental obteve maior valor de influência sob a satisfação com o processo de trabalho ( $p=0,089$ ). Esse resultado corrobora com o da literatura publicada (OLIVEIRA *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2015; SILVA; KNOBLOCH, 2016; SÁ; MARTINS-SILVA; FUNCHAL, 2014), bem como com o de autores que investigaram o *Burnout* e as atitudes de enfermeiros (RIBAS, 2010; SCHNEIDER; LIMA, 2011; VARGAS, 2014; SOARES; VARGAS; FORMIGONI, 2013). A presença de formação acadêmica e permanente na área de trabalho do estudo impacta positivamente na vivência do *Burnout* e nas atitudes dos enfermeiros.

Não obstante, os resultados favoráveis à satisfação com o processo de trabalho e a sobrecarga laboral e as atitudes positivas dos enfermeiros frente ao álcool, ao alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados trazem contribuições às gestões públicas na saúde. Essas contribuições dizem respeito às elaborações de políticas públicas voltadas à formação acadêmica permanente dos enfermeiros de serviços de saúde mental que apoiem as mudanças de ideologias e modelos enquanto profissionais.

De acordo com as respostas relacionadas à identificação com as especificidades dessa clientela, os enfermeiros participantes demonstraram se apropriarem do modelo psicossocial para a atenção aos usuários. Ressalta-se, assim, a relevância da formação, a fim de potencializar as práticas efetivas de cuidado em saúde mental, bem como de facilitar a apropriação de tecnologias inovadoras assistenciais.

## 6 CONCLUSÃO

Com base nos resultados apresentados, pode-se concluir que na população de trabalhadores estudada:

- o perfil dos enfermeiros que prevaleceu nos CAPS ad constituiu-se do gênero feminino; faixa etária entre 30 a 39 anos; cor branca; formação de ensino superior e pós-graduação Lato-sensu; renda familiar entre quatro e sete salários mínimos e segundo vínculo empregatício.

A maioria dos participantes manifestou sentimentos de estresse e fadiga. Com relação à percepção de sobrecarga e satisfação com o trabalho, bem como atitudes em relação ao usuário de álcool, alcoolismo e alcoolista, os resultados revelaram que

- o grau de sobrecarga de trabalho dos enfermeiros que trabalhavam nos CAPS ad foi baixo, caracterizado por elevada exaustão emocional, média despersonalização e alta realização pessoal;

- o grau de satisfação com o trabalho dos enfermeiros nos CAPS ad participantes revelou-se entre indiferente e satisfeito, destacado pela satisfação com o relacionamento no serviço e à qualidade dos serviços oferecidos;

- os enfermeiros apresentaram atitudes indiferentes às positivas. Essas se mostraram, de modo geral, mais positivas frente ao trabalho, às relações interpessoais com os usuários e à pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool;

- embora a sobrecarga laboral e as atitudes não apresentassem relação com a satisfação com o processo de trabalho, a pós-graduação representou maior valor de influência sobre ela, indicando, portanto, a relevância desta formação para o trabalho em serviços que atendem pessoas com transtornos mentais, associados ao uso problemático de álcool e outras drogas.

O presente estudo possibilitou aos enfermeiros o olhar aos desafios que esses podem vivenciar no cotidiano do processo de trabalho. Ressalta-se que o estudo contribui com as gestões dos municípios participantes, no que diz respeito ao incentivo à formação específica em saúde mental, buscando assim, a promoção de conhecimento e desenvolvimento de habilidades.

Sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos para corroborarem os resultados deste, bem como avaliar as variáveis estudadas em uma amostra superior do que a possibilitada na presente pesquisa.



## REFERÊNCIAS

- ABDULLA, J.; DJEBARNI, R.; MELLAH, K. Determinants of job satisfaction in the UAE: A case study of the Dubai police. **Personnel Review**, v. 40, n. 1, p. 126 - 146. 2011.
- ADRIAENSSENS, J.; GUCHT, V.; MAES, S. Association of goal orientation with work engagement and burnout in emergency nurses. **J Occup Health**, v. 57, n. 2, p. 151-60. 2015.
- AHMADI, O. *et al.* Correlation between workplace and occupational burnout syndrome in nurses. **Advan Biomed Resear**, v. 3, n. 1, p. 44. 2014.
- AIRES, K. F. *et al.* Contribuição da carga de trabalho para a ocorrência de erros de medicação na enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, v. 10, n. 12, p. 4572-80, Dez 2016.
- ALONSO, F. G. **Síndrome de Burnout: manual de medidas preventivas e identificativas para aplicação pelo engenheiro de segurança do trabalho**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba.
- ALVES, S. R. *et al.* Sobrecarga de trabalho da Enfermagem em saúde mental. **Rev Rene**, v. 17, n. 5, p. 684-90 set-out 2016.
- BANDEIRA, M.; ISHARA, S.; ZUARDI, A. W. Satisfação e sobrecarga de profissionais em saúde mental: validação de constructo das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 4, p: 280-286, 2007.
- BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. Escalas brasileiras de avaliação da satisfação (Satis-BR) e da sobrecarga (Impacto-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 49, n. 4, p. 105-115, 2000.
- BARROSO, M. L.; OLIVEIRA, G. F.; CARVALHO, A. C. F.; BATISTA, H. M. T.; SILVEIRA, G. B. M. Estresse e Uso de Álcool em Enfermeiros que trabalham em Urgência e Emergência. **Caderno de Cultura e Ciência**, v. 13, n. 2, Mar. 2015.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (Org.). **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. 2010. 4 ed. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- BLANE, H. T.; HILL, M. J. Public health nurses speak up about alcoholism. **Nurs Outlook**. 1964.
- BOGAERT, V. P. *et al.* Nurse practice environment, workload, burnout, job outcomes, and quality of care in psychiatric hospitals: a structural equation model approach. **J Adv Nursing**. v. 69, n. 7, p. 1515-24, 2013.
- BONFADA, D. *et al.* Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 2, p.: 227-233, 2013.

BOTTI, N. C. L. Uma viagem na história da enfermagem psiquiátrica no início do século XX. **Esc. Anna Nery**, v. 10, n. 4, p. 725-729, Dez. 2006.

BOURGUIGNON, L. N.; GUIMARÃES, É. S.; SIQUEIRA, M. M. A atuação do enfermeiro nos grupos terapêuticos dos CAPS ad do estado do Espírito Santo. **Cogitare Enferm**; v. 15, n. 3, p. 467-73. Jul/Set 2010.

BRANCO, F. M. F. C. *et al.* Atuação da equipe de enfermagem na atenção ao usuário de crack, álcool e outras drogas. **J Health Sci Inst**, v. 31, n. 2, p. 161-5. 2013.

BRASIL. Governo Estadual. Assembleia Legislativa de Minas Gerais. **Lei Complementar nº 63, de 10 de janeiro de 2002**. Diário do Executivo. Minas Gerais, 2002b.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, DF: Autor. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial da União. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 130 de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da União. Brasília, 2012.

BRASIL. Poder Executivo Federal. **Decreto nº 3048 de 06 de maio de 1999**. Regulamento da Previdência Social. Diário Oficial da União. Brasília, 1999.

BRIEF, A. P.; WEISS, H. M. Organizational behavior: affect in the workplace. **Annual Review of Psychology**, v. 53, p. 279-307, 2002.

BUSSAB, W.O.; MORETTIN, P. A. **Estatística Básica**. 2002. Editora Saraiva.

CAMELO, S. H. H; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepção dos profissionais. **Rev. Enferm UERJ**, p. 502-507, 2007.

- CAMPOS, I. C. M. *et al.* Fatores sociodemográficos e ocupacionais associados à síndrome de burnout em profissionais de enfermagem. **Psicol: Refl e Crítica**, v. 28, n. 4, p. 764-771. 2015.
- CARAM, C. S. *et al.* Ambiguidades no trabalho da equipe de saúde no contexto de uma unidade de terapia intensiva. **Sanare**, Sobral. v.15 n.01, p.15-24, Jan./Jun. – 2016.
- CARLINI, E. A. *et al.* **II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas no Brasil**, 2005. Brasília (DF): Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República, Gabinete de Segurança Nacional; 2006.
- CARLOTTO, M. S. Fatores de risco da síndrome de burnout em técnicos de enfermagem. **Rev. SBPH**, v. 14, n. 2, p. 07-26, dez. 2011.
- CARLOTTO, M. S. **Síndrome de Burnout: o estresse ocupacional do professor**. 2010. Canoas: ULBRA.
- CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. **Estud Psicol**, v. 24, n. 3, p. 325-332. 2007.
- CARVALHO, D. P. *et al.* Cargas de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. **Cogitare Enferm**, v. 22, n. 1, p. 01-11. Jan/mar 2017.
- CARVALHO, G.; LOPES, S. Satisfação profissional do enfermeiro em uma unidade de emergência de hospital geral. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 12, n. 4. out./dez., 2006.
- COKER, A. O.; OMOLUABI, P. F. Job stress and burnout among psychiatric nurses working in Lagos, Nigeria. **Nigerian J Nursing**. v. 1, n. 5, p. 7-10. 2011.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (3.: 200 I Brasília). **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo** / Secretaria de Assistência á Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2001. 68 p.: il – (Série D. Reuniões e Conferências; n. 15).
- COPANITSANOU, P.; FOTOS, N.; BROKALAKI, H. Effects of work environment on patient and nurse outcomes. **British Journal of Nursing**, v. 26, n. 3. 2017.
- CORTES, L. F. *et al.* Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 16, n. 1, p. 84-92. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20279>.
- CRUZ, E. C. P.; MACHADO, R. C. Work overload: perception of nurses in the intensive care unit. **Rev enferm UFPE on line**, v. 6, n. 3, p. 513-20. Mar 2012.
- CURA, M. L. A. D. **Satisfação profissional do enfermeiro**. 1994. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 1992. São Paulo: Cortez-Oboré.

DEL CURA, M. L. A.; RODRIGUES, A. R. F. Satisfação profissional do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.7, n.4, p. 21-28. 1999.

DIAS, G. C.; FUREGATO, A. R. F. Impacto do trabalho e satisfação da equipe multiprofissional de um hospital psiquiátrico. **Rev enferm UERJ**, v. 24, n. 1, p. 8164. 2016.

DORIGAN, G. H.; GUIRARDELLO, E. B. Ambiente da prática, satisfação e clima de segurança: percepção dos enfermeiros. **Acta Paul Enferm.**; v. 30, n. 1, p. 129-35. 2017.

DUARTE, M. L. C.; VIANA, K.; OLSCHOWSKY, A. Atenção a pessoas dependentes de crack em um centro de atenção psicossocial. **Rev Contexto & Saúde**. v. 16, n. 31. 2016.

EAGLY, A.; CHAIKEN, S. **The psychology of attitudes**. Texas: Harcourt Brace Jovanovich; 1993.

FARIAS, S. M. C. *et al.* Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 3, p. 722-9. 2011.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em Enfermagem. In: KURCGANT P. (Coord.), **Gerenciamento em Enfermagem**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

FERGUSON, M.; BARGH, J. Beyond the attitude object: implicit attitudes spring from object-centered contexts. In: WITTENBRINK, B.; SCHWARZ, N, organizadores. **Implicit measures of attitudes**. New York: The Guildford Press; 2007. p. 216-46.

FERREIRA, A. P. Satisfação, sobrecarga de trabalho e estresse nos profissionais de serviço de saúde mental. **Rev Bras Med Trab**, v. 13, n. 2, p. 91-9. 2015.

FERREIRA, N. N.; LUCCA, S. R. Síndrome de *Burnout* em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. **Rev bras epidem**, v. 18, n. 1, p. 68-79. 2015.

FOLKMAN, S. *et al.* Appraisal, coping, health status, & psychological symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 50, n.3, p: 571-579. 1986.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

FRAHBOD, F. *et al.* Association between social capital and burn out. **Acta Medica Iranica**, v. 53, n. 4, p. 214-9. 2015.

FRANÇA, F. M. *et al.* Burnout e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte. **Rev Lat-Americ Enferm**, v. 20, n. 5, p. 961-970. 2012.

FRANÇA, H. H. A síndrome de “Burnout”. **Rev Bras Med**, v. 44, p. 197-199. 1987.

- FREUDENBERG, H. J. Staff burn-out. **Journal of Social Issues**, v. 30, n. 1, p. 159-165. 1974.
- GALINDO, R. H. *et al.* Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 2, p. 420-427. 2012.
- GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 24, n. 2, p. 227-37. 2015.
- GASPARINO, R. C.; GUIRARDELLO, B. E. Ambiente da prática profissional e burnout em enfermeiros. **Rev Rede Enferm Nord**, v. 16, n. 1, p. 90-96. Jan-fev 2015.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.
- GIL-MONTE, P. El síndrome de quemarse por el trabajo em enfermeria. **Rev Elect Inter Ação Psy**, v. 1, n. 1, p. 19-33. 2003.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- GOMES, D.; BORBA, D. Motivação no trabalho. In GOMES, D. (Coord.) **Psicologia das Organizações, do Trabalho e dos Recursos Humanos** (pp. 241-319). 2011. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- GUIMÓN, J. **Introdução às terapias de grupo** (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores. 2002.
- HAYES, B.; DOUGLAS, C.; BONNER, A. Work environment, job satisfaction, stress and burnout among haemodialysis nurses. **J Nurs Manag**, v. 23, n. 5, p. 588-98. Jul 2015.
- HEINEMANN, E.; RHODES, R. J. How nurses view the tuberculosis alcoholic patient. **Nurs Res**, v. 16, n. 4, p. 361-5. 1967.
- HINNO, S. **The Professional Practice Environment Hospital Nurses' Perspectives in Three European Countries**. 2012. 48 f. Tese (Pós-doutorado em Enfermagem). University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing Science. Publications of the University of Eastern Finland: Dissertations in Health Sciences.
- HOLMES, E. S. *et al.* Burnout syndrome in nurses acting in primary care: an impact on quality of life. **Cuida Fundam Online**, v. 6, n. 4, p. 1384-1395. 2014.
- HOPPOCK, R. **Job Satisfaction**. 1935. New York: Harper.
- INDIG, D. *et al.* Attitudes and beliefs of emergency department staff regarding alcohol-related presentations. **Int Emerg Nurs**, v. 17, n. 1, p. 23-30. 2009.
- ISHARA, S. *et al.* Public psychiatric services: job satisfaction evaluation. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v.30, n.1, p.38-41, 2008.
- JOHNSON, M. W. Nurses speak out on alcoholism. **Nurs Forum**, v. 4, n. 4, p. 16-22. 1965.



JONES, E. E.; GERARD, H. **Foundations of social psychology**. New York: John Wiley, 1967.

KADDOURAH, B. T. *et al.* Factors impacting job satisfaction among nurses from a tertiary care centre. **Jour. Clini. Nurs.** v. 22, n. 21. Jun 2013.

KARAKOC, A.; YILMAZ, M.; ALCALAR, N.; ESEN, B.; KAYABASI, H.; SIT, D. Burnout Syndrome Among Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Nurses. **Iranian Journal of Kidney Diseases**, v. 10, n. 6, p. 395-404. Dez. 2016.

KNIGHT, B. G.; FOX, L. S.; CHOU, C. Factor structure of the Burden Interview. **Journal of Clinical Geropsychology**, v. 6, n. 4, p. 249-258. 2000.

KUTNEY-LEE, A. *et al.* Changes in hospital nurse work environment and nurse job outcomes: an analysis of panel data. **Int J Nurs Stud**, v. 50, n. 2, p. 195-201. 2013.

LACERDA, R. B. *et al.* Contexto de trabalho e Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Cultura de los Cuidados (Edición digital)**, v. 20, n. 44, p. 91-100. 2016.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa**. 3ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 1996.

LAPISCHIES, S. R. C.; JARDIM, V. M. R.; KANTORSKI, L. P. Satisfação e sobrecarga em trabalhadores de serviços de saúde mental comunitária: revisão sistemática. **Rev enferm UFPE**, v. 7, (esp), p. 5656-67, set. 2013.

LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro**. 1995. 276 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Pontífica de Salamanca, Espanha.

LEAL, R. M. A. C. *et al.* Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 15-25, abr. 2012.

LEITE, M. C. S. B. **Satisfação no trabalho: determinantes organizacionais e pessoais mais relevantes**. 2013. 132 f. Dissertação (mestrado) – Instituto Superior de Línguas e Administração, Vila Nova de Gaia, Portugal.

LEMOES, M. C.; PASSOS, J. P. Satisfação no processo produtivo da equipe de enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, v. 2, supl., p. 243-247, out/dez., 2010.

LERNER, N. *et al.* Job Satisfaction of Nursing Assistants. **JONA**. v. 41, n. 11, p. 473-478. Nov. 2011.

LI-PING, C.; LI C. L.; SUSAN, C. H. Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. **BMJ Open**, v. 4, n. 2, p: 1-8, 2014.

LOCKE, E. A. What is job satisfaction? **Organizational Behavior and Human Performance**, v. 4, n. 4, p. 309-336. 1969.

LOCKE, E. The nature and causes of job satisfaction. In DUNNETTE, M (Ed.), **Handbook of Industrial and Organisational Psychology**. 1976. Chicago: Rand McNally.

MADATHIL, R.; HECK, N. C.; SCHULDBERG, D. Burnout in psychiatric nursing: examining the interplay of autonomy, leadership style, and depressive symptoms. **Arch Psychiatr Nurs**, n. 3, p. 160-6. 2014.

MARCELINO FILHO, A.; ARAUJO, T. M. Estresse ocupacional e saúde mental dos profissionais do centro de especialidades médicas de Aracaju. **Trab. educ. saúde**, v.13, suppl.1, p.177-199. 2015.

MARK, G.; SMITH, A. P. Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. **British Journal of Health Psychology**. v. 17, p. 505–521. 2012.

MARQUES, P. A.; MELO, E. C. P. O processo de trabalho em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Esc Enferm USP**. vol. 45, n. 2, p. 374-80. 2011.

MARQUEZE, E. C; MORENO, C. R. C. Satisfação no trabalho e capacidade para o trabalho entre docentes universitários. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 1, p: 75-82, 2009.

MARX, K. **O capital** (v. 1, t. 2). São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Organizational Behavior**, v. 2, n. 2, p. 99-113. 1981.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. **The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 1997.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B. The future of Burnout. In W. B. SCHAUFELI, W. B.; MASLACH, C.; MAREK, T. (Eds.). **Professional burnout: Recent developments in theory and research** (p. 253-259). New York: Taylor & Francis. 1993.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. **Annual Review of Psychology**, v. 52, p. 397-422. 2001.

MATOS, L. S. **Os desafios da desinstitucionalização no campo da saúde mental no Distrito Federal**. 2013. 62 f. Monografia (Graduação). Faculdade de Ciências da Educação e Saúde do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

MEIRA, L. C.; CARVALHO, E. K. M.; CARVALHO, J. R. M. Síndrome de burnout: suscetibilidade em enfermeiros atuantes na urgência e emergência de um hospital público de Campina Grande, PB. **Rev Eletr Gestão & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1289-20. 2015.

MERHY, E. E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Textos reunidos. São Paulo: Hucitec. p. 362. 2013.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface Comun Saúde Educ**. v. 9, n. 16, p. 161- 77. 2005.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.

MIRANDA, F. A. N.; ARDAIA, A. R.; ARAÚJO, K. L. Cotidiano da enfermagem psiquiátrica no hospital geral: perspectiva dos profissionais de saúde. **Cient., Ciênc. Biol. Saúde**, v. 2, n. 1, p. 35-51. Out. 2000.

MIRANDA, S. P.; VARGAS, D. Satisfação de pacientes de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas com o atendimento do enfermeiro. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.). v. 2, n. 5, pp. 1-15. 2009.

MONTENEGRO, L. C. **A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde**. 2010. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

MORAES, E. O. **Acolhimento na atenção psicossocial: possibilidades para o cuidado de enfermagem**. 2014. Monografia - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.  
MORAIS, M. P. *et al.* Satisfação no trabalho de enfermeiros em um hospital universitário. **Rev Enferm UFSM**. v. 6, n. 1, p. 1-9. Jan./Mar 2016.

MOREIRA, J. J. L.; SUGETTE, J. F. V.; BEZERRA, M. M. M. Satisfação e Qualidade de Vida em Profissionais de Enfermagem na Região do Cariri Cearense. **Rev. Psic.** v. 11, n. 35, p. 590-606. Maio 2017.

MORSE, G. *et al.* Burnout in mental health services: A review of the problem and its remediation. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**. v. 39, n. 5, p. 341–352. 2012.

MOURA, G. A.; RONCALLI, A. G.; NORO, L. R. A. Impacto do Trabalho em Profissionais de Serviços de Saúde Mental em um Município do Nordeste Brasileiro. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 36, n. 2, p. 401-410, June 2016.

MUNRO, A. *et al.* Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitudes and knowledge about co-morbidity: a randomised controlled trial. **Nursing stud**, v. 44, issue 8, p. 1430–1438. 2007.

MYERS, D.; DIENER, E. Who is happy? **Psychological Science**, v. 6, p. 10-17. 1995.

NASCIMENTO, L. B. C. **O estresse ocupacional, burnout, satisfação e realização do docente enfermeiro de ensino superior** [dissertação]. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias/ Instituto de Ciências da Educação. 2016.

NEVES, V. F. **Impacto da satisfação no trabalho e da percepção de suporte organizacional sobre a Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário**. 2012. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG.

NEVES, V. F., OLIVEIRA, A. F., ALVES, P. C. Síndrome de Burnout: impacto da satisfação no trabalho e da percepção de suporte organizacional. **Psico, Porto Alegre, PUCRS**, v. 45, n. 1, p. 45-54, jan.-mar.2014.

NUNES, C.; DEMARCO, D.; SANTOS, E. *et al.* O processo de trabalho num centro de atenção psicossocial infanto juvenil. **Rev Portug Enferm Saúde Mental**. n. 12, p. 65-70. Dez. 2014.

OBERLING, A. F.; KIEPPER, A.; BRITES, C. M. *et al.* **Drogas no Brasil : entre a saúde e a justiça : proximidades e opiniões** / Vilma Bokany (organizadora). – São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015. 221 p.: il.

OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. Saúde mental: reconstruindo saberes em enfermagem. **Rev Bras Enferm**. v. 56, n. 1, p. 67-70. 2003.

OLIVEIRA, J. F. *et al.* Satisfação profissional e sobrecarga de trabalho de enfermeiros da área de saúde mental. **Cien Saude Colet**, 2017.

OLIVEIRA, N. S. *et al.* O Enfermeiro e a Saúde Mental no Contexto da Estratégia Saúde da Família. **Cadernos de Cultura e Ciência**, v. 12, n. 2, p. 66-77. 2013.

OLIVEIRA, M. A. F. *et al.* Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. **Saúde debate**, v. 38, n. 101, p. 368-378, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000200368&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200368&lng=en&nrm=iso)>.

OLIVEIRA, R. M. P.; ALVES, M.; PORTO, I. S. *et al.* A clínica de enfermagem psiquiátrica e suas novas tecnologias de cuidado. **J. res.: fundam. care**. v. 8, n. 1, p. 3922-3934. jan./mar. 2016.

ORGAMBÍDEZ-RAMOS, A.; ALMEIDA, H. Work engagement, social support, and job satisfaction in Portuguese nursing staff: A winning combination. **Appl Nurs Res**, v. 36, p. 37-41. 2017 Aug.

PEREIRA, I. *et al.* Compromisso organizacional e satisfação laboral: um estudo exploratório em unidades de saúde familiar portuguesas. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 4, p. 2017.

PEREIRA, M. M.; PADILHA, M. I.; OLIVEIRA, A. B. *et al.* Discursos sobre os modelos de enfermagem e de enfermeira psiquiátrica nos Annaes de Enfermagem (1933-1951). **Rev Gaúcha Enferm.** v. 35, n. 2, p. 47-52. Jun.2014.

PEREIRA, M. O. **Análise da política do Ministério da Saúde do Brasil para a atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas.** 2009. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo.

PEREIRA, M. O. *et al.* Qual é a tônica da política de drogas brasileira: ressocialização ou internamento? **Esc. Anna Nery**, v. 21, n. 3, e20170044, 2017.

PEREIRA, M. O.; OLIVEIRA, M. A. F. A enfermagem na atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. In: SILVA, G. T. R.; ANTANA, M. S. **O agir em saúde mental: política, atenção e formação.** Salvador: Atualiza Editora, p. 113 – 146. 2014.

PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. A. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, v. 9, n. 17, p. 523-536, dez. 2011.

PÉREZ-RAMOS, J. Motivação no trabalho: abordagens teóricas. **Psicologia-USP**, v. 1, n. 2, p. 127-140. 1990.

PILLON, C. S. **Atitudes dos enfermeiros com relação ao alcoolismo.** 1998. 43 f. (Mestrado) – Escola de Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

PILLON, C. S. **O uso do álcool e a educação formal dos enfermeiros.** 2003. 76 f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

PILLON, C. S.; LUÍS, M. A. V.; LARANJEIRA, R. Atitudes dos enfermeiros relacionadas ao alcoolismo. **Nursing**, v. 96, n. 9, p. 811-6. 2006.

PILLON, S. C. Atitudes dos enfermeiros com relação ao alcoolismo: uma avaliação de conhecimentos. **Rev Eletr Enferm.** v. 07, n. 03, p. 303-307, 2005.

PIMENTEL, E. Revisitando a loucura em Michel Foucault: medidas de segurança e a grande internação. **Rev. Eletr. Multidisciplinar.** v. 1, n. 14, p. 167-182. 2016.

PINIKAHANA, J.; HAPPELL, B.; CARTA, B. Mental health professionals' attitudes to drugs and substance abuse. **Nursing and Health Sciences**, v. 4, p. 57-62. 2002.

PRATES, J. G. **Avaliação das atitudes dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas do município de São Paulo**. 2016. 93 p. Tese (Doutorado em Ciências), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change. **American Psychologist**, v. 47, n. 9, p. 1102-1114. 1992.

QUEIROZ, M. S.; DELAMUTA, L. A. Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do “Cândido Ferreira” em Campinas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3603-3612, 2011.

RAVARI, A. *et al.* Work values and job satisfaction: a qualitative study of Iranian nurses. **Nursing Ethics**, v. 20, issue 4, p. 448 – 458. 2012.

REBOUÇAS, D. *et al.* O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 624-632. 2008.

REINALDO, A. M. S.; PILLON, S. C. História da enfermagem psiquiátrica e a dependência química no Brasil: atravessando a história para reflexão. **Esc Anna Nery Rev Enferm**; v. 11, n. 4, p. 688 - 93. Dez. 2007.

RIBAS, C. C. S. C. Síndrome de burnout em profissionais de saúde: uma abordagem bioética num estudo preliminar. 2010. Dissertação de Mestrado – Universidade do Porto.

RIBEIRO, R. P. *et al.* O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**. v. 46, n. 2, p. 495-50. 2012.

RISSARDO, M.; GASPARINO, R. Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 128-132. 2013.

ROCHA, R. M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 3, p. 1-12. 2005.

RODRIGUES, A. **Psicologia social**. 12<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes, 1978.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 4, p. 326-32. 2010.

ROOMANEY, R.; STEENKAMP, J.; KAGEE, A. Predictors of burnout among HIV nurses in the Western Cape. **Curationis**, v. 40, Jun. 2017.

SÁ, A. M. S.; MARTINS-SILVA, P. O.; FUNCHAL, B. Burnout: o impacto da satisfação no trabalho em profissionais de enfermagem. **Psicol & Sociad**, v. 26, n. 3, p. 664-674. 2014.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Rev Bras Enferm**. vol. 60, n. 2, p. 221-224. mar-abr 2007.

SANTOS, E. L. A. **Fatores estressores da equipe de enfermagem no cuidado de pacientes dependentes de álcool e drogas.** 2014. Monografia - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SANTOS, M. *et al.* Satisfação profissional dos enfermeiros do HEM, S. A. **Nursing**, v. 16, n. 212, p.7-12. 2006.

SANTOS, Q. G.; SILVA, G. W. S.; SOBREIRA, M. V. S. *et al.* Os serviços de saúde mental na reforma psiquiátrica brasileira sob a ótica familiar: uma revisão integrativa. **J. res.: fundam. care.** v. 8, n. 1, p. 3740-3757. jan./mar 2016.

SARTORETO, I. S.; KURCGANT, P. Satisfação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **R bras ci Saúde**, v. 21, n. 2, p. 181-188, 2017.

SCHNEIDER, D. R.; LIMA, D. S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **PSICO**, v. 42, n. 2, p. 168-178, abr./jun. 2011.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo.** São Paulo, Cortez, 2011.

SILVA, A. A. L.; FONSECA, R. M. G. S. Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados. **Rev Latino-am Enfermagem.** v. 11, n. 6, p. 800-806. nov-dez. 2003.

SILVA, A. P. R. **A importância do contexto internacional no tratamento das drogas ilícitas no Brasil: história, instituições e instrumentos legais.** 2014. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Relações Internacionais. Universidade de Brasília, Brasília. 2014.

SILVA, A. T. M.; SOUZA, J. S.; SILVA, C. C. *et al.* Formação de enfermeiros na perspectiva da reforma psiquiátrica. **Rev Bras Enferm.** v. 57, n. 6, p. 675-678. nov/dez 2004.

SILVA, D. L. S.; KNOBLOCH, F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 57, p. 325-335. 2016.

SILVA, D. S.; AZEVEDO, D. M. A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. **Esc Anna Nery** (impr.); v. 15, n. 3, p. 587-594. jul-set. 2011.

SILVA, F. Burnout: um desafio a saúde do trabalhador. **PSI.** v. 2, n. 1; p. 2-19. 2000.

SILVA, R. P. *et al.* Burnout e estratégias de enfrentamento em profissionais de enfermagem. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 1, p. 130-145, 2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672015000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672015000100010&lng=pt&nrm=iso)>.

SILVEIRA, E. A. A. *et al.* O cuidado aos dependentes químicos: com a palavra profissionais de saúde de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas. **J. res.: fundam. care.** v. 8, n. 2, p. 4347-4364. abr./jun.2016.

SIQUEIRA, V. T. A.; KURCGANT, P. Job Satisfaction: a quality indicator in nursing human resource management. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 1, p. 151-157, Feb. 2012.

SOARES, J.; VARGAS, D.; FORMIGONI, M. L. O. S. Atitudes e conhecimentos de enfermeiros frente ao álcool e problemas associados: impacto de uma intervenção educativa. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 47, n. 5, p. 1172-1179, Oct. 2013.

SOARES, R. D. *et al.* O Papel da equipe de Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 110-115, mar 2011.

SOUZA, I. A. S. *et al.* Processo de trabalho e seu impacto nos profissionais de enfermagem em serviço de saúde mental. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 5, p. 447-53. 2015.

SOUZA, L. M.; PINTO, M. G. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 14, n. 2, p. 374-83. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.11245>.

SPECTOR, P. E. **Job satisfaction: application, assessment, cause and consequences.** 1997. London: Sage Publications.

TABELEAO, V. P.; TOMASI, E.; NEVES, S. F. Qualidade de vida e esgotamento profissional entre docentes da rede pública de Ensino Médio e Fundamental no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 12, p. 2401-2408, Dec. 2011.

TAVARES, C. M. M.; CORTEZ, E. A.; MUNIZ, M. P. Care in psychiatric hospital under the perspective of a nursing team. **Rev Rene.** v. 15, n. 2, p. 282-290. Mar-Apr 2014.

TAVARES, K. *et al.* Ocorrência da síndrome de Burnout em enfermeiros residentes. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 3, p. 260-265. 2014.

THOMAS, J. R. **Métodos de pesquisa em atividade física.** 3º edição. Porto Alegre: Artmed, 2002.

THOMAS, J. R. **Métodos de pesquisa em atividade física.** 3º edição. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TRIADIS, H. C. **Attitude and attitude change.** New York: John Wiley, 1971.

TSAI, Y. F. *et al.* An alcohol training program improves Chinese nurses' knowledge, self-efficacy, and practice: a randomized controlled trial. **Alcohol Clin Exp Res**, v. 35, n. 5, p. 976-83. 2011.

UNITED NATION OFFICE ON DRUGS AND CRIME [Internet]. **World Drug Report 2015.** Disponível em: URL: <http://www.unodc.org/wdr2015/>.



VARGAS, D. **A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista: um estudo psicométrico**. Ribeirão Preto. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Universidade de São Paulo; 2005.

VARGAS, D. Atitudes de enfermeiros frente as habilidades de identificação para ajudar o paciente alcoolista. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 2, p. 190-195, mar.-abr. 2010.

VARGAS, D. *et al.* Concepções de profissionais de enfermagem de nível médio perante o dependente químico. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 6, p. 1063-8. 2015.

VARGAS, D. Validação de construto da Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Acoolismo e a Pessoas com Transtornos Relacionados ao Uso do Álcool. **Rev Psiq Clín**. v. 41, n. 4, p. 105-10. 2014.

VARGAS, D. Versão reduzida da escala de atitudes frente ao álcool, alcoolismo e ao alcoolista: resultados preliminares. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, p. 918-25. 2011.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; DUARTE, F. A. B. A inserção e as práticas do enfermeiro no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) da cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enferm**, v. 19, n. 1, p. [09 telas] jan-fev 2011.

VARGAS, D.; BITEENCOURT, M. N. Alcohol and alcoholism: attitudes of nursing students. **Rev bras enferm**. v. 66, n. 1, p. 84-9. 2013.

VARGAS, D.; LABATE, R. C.; COSTA JUNIOR, M. L. Alcoolistas tratar ou punir: disposição de enfermeiros de Hospital Geral. **Rev Enferm UERJ**, v. 11, n. 2, p. 188-92. 2003.

VARGAS, D.; LUIS, M. A. V. Álcool, alcoolismo e alcoolista: concepções e atitudes de enfermeiros de unidades básicas distritais de saúde. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 16, (n. esp), p. 543-50. 2008.

VARGAS, D.; SOARES, J. Atitudes de enfermeiros frente ao alcoolismo: revisão da literatura. **Cogitare Enferm**. v. 16, n. 2, p. 340-7. Abr/Jun 2011.

VIDEBECK, S. L. **Enfermagem em saúde mental e psiquiatria**. 5 ed. São Paulo: Artmed. 2016.

VIEIRA, M. V. **Esgotamento emocional e sua relação com a satisfação laboral e sobrecarga trabalho na enfermagem em Saúde Mental**: estudo observacional. 2015. 137 f. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P.; OLSCHOWSKY, A. *et al.* Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciên & Saúde Col**. v. 16, n. 4, p. 2133-2143. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [Internet]. Global status report on alcohol and health 2014. Disponível em: URL: <[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders – Clinical description and diagnostic guidelines. 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO-SATIS Consumer's and caregivers' satisfaction with mental health services: a multisite study.** Geneva: Division of Mental Health. WHO, 1996.

ZANATTA, A. B. **Trabalho e adoecimento dos profissionais de saúde mental que atuam nos CAPS de Campinas-SP.** 2017. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

ZAVALA, M. H. *et al.* Satisfacción laboral del profesional de enfermería en cuatro instituciones de salud. **Enferm. univ**, México, v. 9, n. 1, p. 7-15, mar 2012.

ZHANG, A. *et al.* Job satisfaction in mainland China: comparing critical care nurses and general ward nurses. **Journal of Advanced Nursing**. v. 69, n. 8, p. 1725–1736. 2013.

ZHANG, L. F. *et al.* The association of Chinese hospital work environment with nurse burnout, job satisfaction, and intention to leave. **Nurs Outlook**, v. 62, n. 2, p. 128-37. 2014.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Caracterização sociodemográfica e econômica de trabalhadores

1. Número de Identificação
2. Data da entrevista:
3. Hora:
4. Cidade:
5. Estado:
6. Tipo de serviço:
7. Sexo: Masculino; Feminino
8. Etnia: Branca; Mulata; Negra; Parda; Outro
9. Data de nascimento:
- 9.a Idade:
10. Estado civil: solteiro; casado/com companheiro; separado; divorciado; viúvo; outro
11. Qual o seu maior grau de escolaridade: sem escolaridade; ensino fundamental completo; ensino fundamental incompleto; ensino médio completo; ensino médio incompleto; curso técnico completo; curso técnico incompleto; ensino superior completo; ensino superior incompleto; pós-graduação completa; pós-graduação incompleta
12. Possui pós-graduação: Não; Sim; Cursando
- 12.a Especialização na área de Saúde Mental: Não; Sim; Cursando
- 12.a1 Especialização fora da área: Não; Sim; Cursando
- 12.a2 Se sim, qual:
- 12.b Residência na área de Saúde Mental: Não; Sim; Cursando
- 12.b1 Residência fora da área: Não; Sim; Cursando
- 12.b2 Se sim, qual:
- 12.c Mestrado na área de Saúde Mental: Não; Sim; Cursando
- 12.c1 Mestrado fora da área: Não; Sim; Cursando
- 12.c2 Se sim, qual:
- 12.d Doutorado na área de Saúde Mental: Não; Sim; Cursando
- 12.d1 Se sim, qual:
- 12.d2 Doutorado fora da área: Não; Sim; Cursando
- 12.d2 Se sim, qual:
13. Há quanto tempo trabalha em CAPS ad? 1 ano; Entre 2 a 4 anos; Entre 5 a 7 anos; Entre 8 a 10 anos; Mais que 10 anos
14. Há quanto tempo você trabalha neste CAPS ad? 1 ano; Entre 2 a 4 anos; Entre 5 a 7 anos; Entre 8 a 10 anos; Mais que 10 anos
15. Qual foi o seu salário bruto no último mês, no CAPS ad, incluindo horas extras (em reais): 1 a 3 salários mínimos; 4 a 7 salários mínimos; 8 a 11 salários mínimos; 12 a 15 salários mínimos; Acima de 16 salários mínimos
16. Qual a sua carga horária no CAPS ad?
17. Em relação ao CAPS ad, qual o tipo de vínculo que você tem? CLT; Contrato emergencial/temporário; Estatutário; Outro:
18. Você tem outro vínculo empregatício? Não; Sim
19. Do total de vínculos empregatícios, incluindo o CAPS ad, qual foi a sua renda mensal bruta no último mês, incluindo horas extras (em reais): 1 a 3 salários mínimos; 4 a 7 salários mínimos; 8 a 11 salários mínimos; 12 a 15 salários mínimos; Acima de 16 salários mínimos
20. Você realiza cursos de atualização? Não; Sim
- 20.a. Se SIM, com que frequência? Mensalmente; Semestralmente; Anualmente; Eventualmente; Raramente; Outro
21. Quando foi o último curso de atualização que você participou? Neste mês; Entre 2 a 6 meses atrás; Entre 6 a 12 meses atrás; Mais de 1 ano atrás; Nunca participou
22. Quando foi o penúltimo curso de atualização que participou? Neste mês; Entre 2 a 6 meses atrás; Entre 6 a 12 meses atrás; Mais de 1 ano atrás; Nunca participou
23. Qual o seu turno de trabalho neste serviço? Dia; noite; revezamento semanal; parte dia e parte noite; outro
24. Este turno de trabalho traz problemas: Não; Sim
- 24a. Fadiga: Não; Sim
- 24b. Choque de horário: Não; Sim
- 24c. Organização de vida: Não; Sim
- 24d. Estresse: Não; Sim
- 24e. Sinais e sintomas físicos: Não; Sim
- 24f. Outros problemas?  
Se sim, qual?  
Não; outro

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **Sobrecarga e satisfação com o trabalho de enfermeiros em serviços comunitários que atendem usuários de drogas** para a dissertação de mestrado de Carolina Fernandes Santos, coordenado pela Dra. Maria Odete Pereira da Escola de Enfermagem da UFMG. Sua participação na pesquisa será responder algumas perguntas sobre seu trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas e, se não quiser, não é obrigado a responder.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa desenvolvida por meio das entrevistas dos enfermeiros acerca do seu trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, que tem por objetivo **analisar os níveis de sobrecarga, satisfação com o trabalho e atitudes frente ao álcool, alcoolismo e a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool dos enfermeiros nos CAPS AD, do município de Belo Horizonte e da Região Metropolitana de Belo Horizonte.**

Sua participação consiste em responder algumas perguntas de uma ficha de caracterização sociodemográfica e do roteiro de entrevista acerca da sobrecarga e satisfação com o processo de trabalho e atitudes profissionais frente ao álcool, alcoolismo e a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool. Se concordar em responder às perguntas, a conversa será gravada a fim de ser fiel às respostas da entrevista.

Afirmo que essa pesquisa oferece riscos mínimos a você, sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG), sob o número CAAE 48443815.50000.5149, e que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Belo Horizonte sob o número 59118416.4.3001.5140.

Espera-se que os resultados desse estudo possam permitir reflexões e apontar questões para que os enfermeiros se sintam satisfeitos e não vivenciem a sobrecarga de trabalho nos CAPS AD, a fim de qualificar o cuidado e atendimento prestado por eles, além de valorizar sua própria qualidade de vida.

As declarações serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e divulgação em meios científicos dos resultados. Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Esclareço também que você não terá nenhum gasto adicional e nem será ressarcido.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais pode ser contatado pelo endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte – MG - CEP 31270-901 – Unidade Administrativa II – 2º Andar – Sala: 2005, Universidade Federal de Minas Gerais ou pelo seguinte telefone: (31)3409-4592, e-mail : coep@prpq.ufmg.br

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, dando o seu de acordo em duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra em nosso.

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

---

**Assinatura do participante**

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Assinatura da pesquisadora responsável**

Contato  
Prof. Maria Odete Pereira – [m.odetepereira@gmail.com](mailto:m.odetepereira@gmail.com)  
Avenida Alfredo Balena 190/sala 518 Centro  
Belo Horizonte – MG. CEP 30130 000  
Fone: (31) 34093940

## ANEXOS

ANEXO 1 – *Maslach Burnout Inventory (MBI)*

<b>Cód.</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Com que frequência</b>
18	Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.	0 1 2 3 4 5 6
19	Creio que consigo muitas coisas valiosas neste trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
17	Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável em meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
4	Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender.	0 1 2 3 4 5 6
9	Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas, através do meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
7	Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender.	0 1 2 3 4 5 6
21	No meu trabalho, eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.	0 1 2 3 4 5 6
12	Sinto-me vigoroso em meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
8	Sinto que meu trabalho está me desgastando.	0 1 2 3 4 5 6
2	Quando termino minha jornada de trabalho, sinto-me esgotado.	0 1 2 3 4 5 6
1	Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
14	Sinto que estou trabalhando demais.	0 1 2 3 4 5 6
20	Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.	0 1 2 3 4 5 6
13	Sinto-me frustrado com meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
16	Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.	0 1 2 3 4 5 6
3	Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado.	0 1 2 3 4 5 6
6	Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa.	0 1 2 3 4 5 6
10	Sinto que me tornei mais duro com as pessoas desde que comecei este trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
15	Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que	0 1 2 3 4 5 6

	atender profissionalmente.	
11	Fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente.	0 1 2 3 4 5 6
5	Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no meu trabalho como se fossem objetos impessoais.	0 1 2 3 4 5 6
22	Parece-me que as pessoas que atendo, culpam-me por alguns de seus problemas.	0 1 2 3 4 5 6

\*Versão apresentada por Carlotto e Câmara (2007).

Legenda:

0 - Nunca

1 – Algumas vezes ao ano

2 – Uma vez por mês

3 – Algumas vezes ao mês

4 – Uma vez por semana

5 – Algumas vezes por semana

6 – Todos os dias

**ANEXO 2 - Escala de satisfação da equipe em serviços de saúde mental - SATIS-BR  
(Forma abreviada)**

Nome (Opcional): \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Nome do serviço: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Cargo/função: \_\_\_\_\_ Tempo de serviço: \_\_\_\_\_

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

1. De modo geral, até que ponto você está satisfeito com este serviço?	1	2	3	4	5
2. Como você se sente com a expectativa de ser promovido?	1	2	3	4	5
3. Você se sente satisfeito com o grau de responsabilidade que você tem no seu serviço?	1	2	3	4	5
4. Você se sente satisfeito no seu relacionamento com os outros colegas?	1	2	3	4	5
5. Você se sente satisfeito com o grau de controle dos seus supervisores sobre o seu trabalho?	1	2	3	4	5
6. Como você se sente em relação ao grau de autonomia que você tem em seu serviço?	1	2	3	4	5
7. Você se sente satisfeito com a frequência de discussões relacionadas a temas profissionais que você tem com seus colegas no serviço?	1	2	3	4	5
8. Você se sente satisfeito com o grau de sua participação no processo de tomada de decisões no seu serviço?	1	2	3	4	5
9. Você se sente satisfeito com sua participação na implementação de programas e/ou atividades novas no serviço?	1	2	3	4	5
10. Você se sente satisfeito com sua participação no processo de avaliação das atividades e/ou programas do serviço?	1	2	3	4	5
11. Você se sente satisfeito com a atenção dada às suas opiniões?	1	2	3	4	5
12. Você percebe um bom clima no ambiente de trabalho?	1	2	3	4	5
13. Em geral, você se sente satisfeito com o clima no seu ambiente de trabalho?	1	2	3	4	5
14. Em geral, como você classificaria o "clima" de amizade no ambiente de trabalho?	1	2	3	4	5
15. Até que ponto você se sente satisfeito com seu salário?	1	2	3	4	5
16. Você está satisfeito com os benefícios que recebe deste trabalho?	1	2	3	4	5
17. Você está satisfeito com a atenção e os cuidados que são dados aos pacientes?	1	2	3	4	5
18. Até que ponto você acha que os profissionais deste serviço compreendem os problemas dos pacientes?	1	2	3	4	5
19. Até que ponto você acha que os profissionais de Saúde Mental do serviço compreendem o tipo de ajuda de que os pacientes necessitam?	1	2	3	4	5
20. Considerando as necessidades globais dos pacientes que procuram este serviço para tratamento, até que ponto este serviço é apropriado para recebê-los aqui?	1	2	3	4	5
21. Você está satisfeito com a quantidade de informações dadas aos pacientes sobre suas doenças neste serviço?	1	2	3	4	5
22. Você está satisfeito com a quantidade de informações dadas aos pacientes sobre o tratamento que é dado neste serviço?	1	2	3	4	5
23. Em geral, até que ponto você se sente satisfeito com a forma como os pacientes são tratados pela equipe?	1	2	3	4	5
24. Como você se sente com a quantidade de ajuda que é dada aos pacientes pelo (nome do serviço)?	1	2	3	4	5
25. Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar privacidade durante o tratamento dos pacientes no (nome do serviço) (p.ex.: portas fechadas, nenhuma interrupção durante o atendimento com o terapeuta)?	1	2	3	4	5
26. Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar a confidencialidade sobre os problemas dos pacientes, e os cuidados que eles recebem no (nome do serviço)?	1	2	3	4	5
27. Você se sente satisfeito com a frequência de contato entre a equipe e os pacientes?	1	2	3	4	5
28. Você se sente satisfeito com o grau de competência profissional da equipe deste serviço?	1	2	3	4	5
29. Você se sente satisfeito em relação às medidas de segurança do (nome do serviço)?	1	2	3	4	5
30. Você está satisfeito com o conforto e a aparência do (nome do serviço)?	1	2	3	4	5
31. Como você classificaria, as instalações da unidade (p.ex.: banheiro, cozinha, refeições, o próprio prédio, etc.)?	1	2	3	4	5
32. Se um amigo ou familiar estivesse necessitando de ajuda de uma unidade de Saúde Mental, você recomendaria a ele/a o (nome do serviço)?	1	2	3	4	5
33. De que você mais gosta neste serviço?					
34. Quais são particularmente os aspectos de que você não gosta?					
35. Você acha que o serviço poderia ser melhorado?	Sim				Não
35.1 Se sim, de que maneira?					

Fonte: (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000).



Legenda:

- 1 – Muito insatisfeito
- 2 – Insatisfeito
- 3 – Mais ou menos
- 4 – Satisfeito
- 5 – Muito satisfeito

### ANEXO 3 – EAFAA (versão reduzida) - Escala de Atitudes Frente ao Álcool e ao Alcoolismo e à Pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool

Fator 1: O trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool

01	Eu tenho medo de abordar o problema do álcool com meus pacientes	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
05	Eu tenho medo da agressividade de pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
09	Sinto-me frustrado quando trabalho com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
13	De todos os meus pacientes, o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool é aquele que dá mais trabalho	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
17	Devo cuidar do paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool, mesmo que ele acredite não precisar de cuidado de saúde	<b>Discordo totalmente (5)</b>	<b>Discordo em parte (4)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (2)</b>	<b>Concordo totalmente (1)</b>
21	Mesmo quando não intoxicado, o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool é desrespeitoso com os membros da equipe	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
25	Sinto raiva ao trabalhar com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
29	Pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool nunca aceitam o que os profissionais de saúde falam sobre seus problemas com a bebida	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
37	Abordar o problema do álcool com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool significa menos tempo para os demais pacientes	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
41	Eu prefiro trabalhar com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool a trabalhar com outros pacientes	<b>Discordo totalmente (5)</b>	<b>Discordo em parte (4)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (2)</b>	<b>Concordo totalmente (1)</b>
42	A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool é uma pessoa difícil de relacionar-se	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
44	Eu considero difícil estabelecer um relacionamento terapêutico com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
46	É preciso tomar cuidado para não ser agredido ao trabalhar com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
48	Quando o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool não aceita que tem problemas relacionados ao uso do álcool, a melhor decisão é desistir de ajudar	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
49	Quando trabalho com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool, não sei como conduzir a situação	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
50	Cuidar de pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool não é gratificante para mim	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>

Fator 2: A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool

02	Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool não têm bom senso	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
06	Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool são mal-educadas	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
10	Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool são irresponsáveis	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
14	Pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool têm maior probabilidade de se tornarem violentos contra mim	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
18	Penso que pessoas que desenvolvem o alcoolismo são fracas	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
22	Eu percebo que pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool não querem se cuidar	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>

26	Não confio nas informações que pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool relatam	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
30	Penso que a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool é culpada por seus problemas de saúde	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
33	Considero o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool como um caso perdido	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
34	A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool acaba sempre voltando ao serviço de saúde com o mesmo problema	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
38	De todos os meus pacientes, o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool é o mais difícil de lidar	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
45	Pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool são pacientes que cooperam com seu tratamento	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
47	Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool não levam o tratamento a sério	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>

Fator 3: O alcoolismo (Etiologia)

03	Penso que passar por um desajuste familiar leva ao alcoolismo	<b>Discordo totalmente (5)</b>	<b>Discordo em parte (4)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (2)</b>	<b>Concordo totalmente (1)</b>
07	Pessoas tímidas ou inibidas têm maior chance de desenvolver o alcoolismo	<b>Discordo totalmente (5)</b>	<b>Discordo em parte (4)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (2)</b>	<b>Concordo totalmente (1)</b>
11	Penso que a depressão leva ao alcoolismo	<b>Discordo totalmente (5)</b>	<b>Discordo em parte (4)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (2)</b>	<b>Concordo totalmente (1)</b>
15	O que falta na pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool é força de vontade	<b>Discordo totalmente (5)</b>	<b>Discordo em parte (4)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (2)</b>	<b>Concordo totalmente (1)</b>
19	As questões sociais levam o indivíduo a beber	<b>Discordo totalmente (5)</b>	<b>Discordo em parte (4)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (2)</b>	<b>Concordo totalmente (1)</b>
23	Predisposições hereditárias levam ao alcoolismo	<b>Discordo totalmente (5)</b>	<b>Discordo em parte (4)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (2)</b>	<b>Concordo totalmente (1)</b>
27	Pessoas insatisfeitas abusam do álcool	<b>Discordo totalmente (5)</b>	<b>Discordo em parte (4)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (2)</b>	<b>Concordo totalmente (1)</b>
31	As pessoas que desenvolvem o alcoolismo têm baixa autoestima	<b>Discordo totalmente (5)</b>	<b>Discordo em parte (4)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (2)</b>	<b>Concordo totalmente (1)</b>
35	As pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool são psicologicamente abaladas	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
39	As pessoas bebem para se sentir mais sociáveis	<b>Discordo totalmente (5)</b>	<b>Discordo em parte (4)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (2)</b>	<b>Concordo totalmente (1)</b>
43	A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool bebe porque não consegue enfrentar a sua realidade	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>

Fator 4 - As bebidas alcoólicas e seu uso

04	Penso que as pessoas têm o direito de beber se elas quiserem	<b>Discordo totalmente (5)</b>	<b>Discordo em parte (4)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (2)</b>	<b>Concordo totalmente (1)</b>
08	A bebida alcoólica é agradável e proporciona bem-estar ao usuário	<b>Discordo totalmente (5)</b>	<b>Discordo em parte (4)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (2)</b>	<b>Concordo totalmente (1)</b>
12	O uso da bebida alcoólica é algo normal	<b>Discordo totalmente (5)</b>	<b>Discordo em parte (4)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (2)</b>	<b>Concordo totalmente (1)</b>
16	A bebida em qualquer quantidade vai deixar o indivíduo dependente	<b>Discordo totalmente (5)</b>	<b>Discordo em parte (4)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (2)</b>	<b>Concordo totalmente (1)</b>
20	Beber com moderação não é prejudicial	<b>Discordo totalmente (5)</b>	<b>Discordo em parte (4)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (2)</b>	<b>Concordo totalmente (1)</b>
24	Eu sou contra o uso de álcool em qualquer momento	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
28	Eu sou favorável ao beber moderado	<b>Discordo totalmente (5)</b>	<b>Discordo em parte (4)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (2)</b>	<b>Concordo totalmente (1)</b>
32	Doses pequenas de álcool são capazes de causar dependência	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>
36	O uso do álcool em quantidades reduzidas é benéfico	<b>Discordo totalmente (5)</b>	<b>Discordo em parte (4)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (2)</b>	<b>Concordo totalmente (1)</b>
40	As pessoas podem beber desde que saibam se controlar	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo em parte (2)</b>	<b>Indiferente (3)</b>	<b>Concordo em parte (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>

Fonte: (VARGAS, 2014)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** Estratégias promotoras de acolhimento, vínculo e autonomia em contextos da Rede de Atenção Psicossocial mineira.

**Pesquisador:** Maria Odete Pereira

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 59118416.4.0000.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.883.270

**Apresentação do Projeto:**

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil eclodiu juntamente com o movimento sanitário, em favor da mudança nos modelos assistenciais, que anteriormente se baseavam em modelos sanitaristas e médicoassistencial privatista, que respectivamente tinham como objeto os problemas de saúde coletiva, de ordem epidêmica e o indivíduo doente como objeto, em uma visão hospitalocêntrica. Ambas as reformas são

contemporâneas, porém a psiquiátrica tem história única, uma vez que a Psiquiatria clássica se pautava em um modelo que contemplava a exclusão social, o isolamento, a violência asilar, enfim, seguindo numa lógica manicomial. No Brasil, o movimento de trabalhadores, usuários e familiares se baseou na Reforma Psiquiátrica democrática italiana, que avançou na prática de desinstitucionalização. Na ótica do Sistema Único e da Reforma Psiquiátrica, todos os Programas colocaram o território como organizador das práticas,

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. Sl 2006  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3429-4892 E-mail: ccep@prps.ufmg.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.860.370

valorizando a dimensão da subjetividade dos usuários e os assumindo como atores sociais.

**METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa-ação, de natureza quali-quantitativa, interpretativa, com delineamento retrospectivo e prospectivo, não experimental e correlacional. O estudo utilizará a triangulação de métodos, pois o mesmo envolverá coleta de dados quantitativos e qualitativos. A autora entende que desta forma conseguirá atender às especificidades tanto da pesquisa qualitativa quanto quantitativa. O Estudo será desenvolvido em dimensões:

Dimensão 1 - Estudos relacionados aos usuários e familiares;

Dimensão 2 – Estudos relacionados aos trabalhadores;

Dimensão 3 – Pesquisa avaliativa de ações desenvolvidas nas dimensões 1 e 2 do projeto.

Local do estudo- O estudo será realizado em diversos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais, haja vista que o mesmo abrigará subprojetos de extensão/pesquisa; de iniciação científica; mestrado e doutorado que a proponente orientará, da mesma forma que outros estudos já foram realizados por docentes do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem, que compõem a equipe de pesquisadores do projeto em proposição, junto à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e Secretaria Estadual de Minas Gerais.

A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS foi instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria do GM/MS nº 3.088, de 2011. As RAPS foram instituídas para a expansão, consolidação, sustentabilidade e fortalecimento da Reforma Psiquiátrica que hoje está em curso, no Sistema Único de Saúde, de acordo com a Lei nº 10.216, de 2001 (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2012a;). Inicialmente o projeto de pesquisa será realizado no Centro Mineiro de Toxicomania - CMT, integrado às ações de extensão universitária de ouvidoria, busca ativa e rodas de conversa com trabalhadores, que autora começará no serviço, ainda no mês de abril. O estudo que será realizado no CMT

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 8527 2ª Ad S/ 2006  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3409-4992 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.883.270

será o piloto para os demais, que serão desenvolvidos em outros contextos da RAPS mineira. O estudo envolverá usuários, familiares e profissionais de equipes técnicas de pontos de cuidado da RAPS, em diferentes contextos do Estado de Minas Gerais.

**Procedimentos e Instrumentos de Coleta de Dados** - Após a aprovação do projeto de pesquisa no CEP da Secretaria Estadual de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde e do COEP da UFMG, a proponente fará contato com as gerências/coordenações de serviços, a fim de iniciar as atividades de campo, do presente projeto de pesquisa. O projeto será submetido aos Núcleos de extensão e pesquisa dos serviços, quando houver solicitação por parte de suas gerências/coordenações. Todas as atividades para coleta de dados serão agendadas com a coordenação/gerência do serviço, em dia e horário convenientes à rotina de trabalho e tratamento dos envolvidos no estudo que está a ser proposto. Os instrumentos para a coleta de dados primários (aqueles que serão obtidos diretamente com os participantes da pesquisa) serão apresentados a seguir, de acordo com as três dimensões, descritas anteriormente.

**Dimensão 1- Dados sociodemográficos.** Para a coleta de dados sociodemográficos de usuários e familiares, para a caracterização de seus perfis, serão utilizados instrumentos elaborados pela proponente.- Busca ativa. Será utilizado também um instrumento de entrevista semi-estruturado, elaborado pela proponente, com questões que investiguem o motivo de abandono do tratamento. Na busca ativa serão utilizados instrumentos como CAGE; ASSIST, para rastreamento de uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas, uma vez que estudos indicam maior prevalência de abandono ao tratamento entre usuários de substâncias psicoativas (BARBOSA ET AL, 2013; PEREIRA ET AL, 2013). Instrumentos para coleta de dados secundários (obtidos em prontuários e plano terapêutico

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. Sl. 2006  
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31) 3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.683.270

singular).

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Desenvolver e avaliar estratégias promotoras de acolhimento, vínculo e autonomia no contexto da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS do Estado de Minas Gerais.

**Objetivo Secundário:**

1. Caracterizar sociodemograficamente usuários e trabalhadores da equipe técnica do serviço;
2. Analisar as relações de acolhimento, vínculo e coresponsabilização entre trabalhadores da equipe técnica e usuários;
3. Desenvolver estratégias promotoras de acolhimento, vínculo e autonomia com usuários, familiares e trabalhadores;
4. Compreender a vivência da sobrecarga e do Sofrimento Moral de trabalho de profissionais, no contexto da RAPS mineira;
5. Avaliar as intervenções realizadas no desenvolvimento do projeto no contexto da RAPS mineira.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Os participantes receberão também esclarecimentos acerca da liberdade que terão para declinarem de sua participação no estudo a qualquer momento, sem prejuízos em seu tratamento ou ônus financeiro e a respeito dos riscos, que, quando existirem, serão minimizados pela pesquisadora e serviços onde o estudo for desenvolvido.

**Benefícios:** Os usuários e familiares se beneficiarão com a melhoria da assistência oferecida pelo serviço de saúde participante; melhoria da relação interpessoal dos trabalhadores com os usuários e familiares. Os usuários terão maior acolhimento de suas demandas e mais vínculo com os trabalhadores. Os trabalhadores participantes serão capacitados em temáticas que se consideram despreparados, na relação de cuidado

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 8527 2º Ad. Sl 2006  
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3409-4932 E-mail: coep@prpq.ufmg.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.826.270

com os usuários com transtornos mentais e/ou de álcool e outras drogas. Os trabalhadores se potencializarão para o trabalho de modo a terem menor percepção de sobrecarga de trabalho e menor vivência de sofrimento moral.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Justificativa da Emenda:**

"O projeto de pesquisa intitulado "Estratégias promotoras de acolhimento, vínculo e autonomia no contexto da Rede de Atenção Psicossocial Mineira", CAEE nº 59118416.4.3001.5140, obteve parecer favorável nº 1.826.381, do Comitê de Ética da instituição coparticipante Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. No entanto, o Centro Municipal de Educação em Saúde - CES de Belo Horizonte, solicitou que a pesquisadora responsável substituisse o mesmo na Plataforma Brasil, suprimindo a proposta de pesquisa em ouvidorias de saúde, alegando que não é de interesse daquela instituição.

Assim sendo, como pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa solicito ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, Entidade proponente, uma Emenda para edição do formulário e substituição do arquivo da pesquisa, para que possa iniciar a coleta de dados, uma vez que o CES da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte suspendeu a pesquisa junto às regionais de saúde em que a mesma será desenvolvida, até que os procedimentos sejam efetuados."

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequadamente listados conforme parecer consubstanciado número 1695229 emitido pelo CEP - UFMG em 25/08/2016.

**Recomendações:**

Nenhuma.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Somos favoráveis pela aprovação da emenda ao projeto de pesquisa intitulado "Estratégias promotoras de acolhimento, vínculo e autonomia em contextos da Rede de Atenção Psicossocial mineira" sob responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Maria Odete Pereira, na qual solicita edição do formulário e substituição do arquivo da pesquisa, uma vez que o Centro Municipal de Educação em Saúde - CES de Belo Horizonte, solicitou que a pesquisadora responsável substituisse o mesmo na Plataforma Brasil.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S3 2006  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31) 3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.663.270

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_839703_E1.pdf	12/12/2016 16:31:24		Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_EMENDA_DEZ.doc	12/12/2016 15:21:12	Maria Odete Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEZ2016.doc	12/12/2016 15:16:16	Maria Odete Pereira	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	12/12/2016 15:08:01	Maria Odete Pereira	Aceito
Outros	59118416aprovacao.pdf	25/08/2016 11:27:42	Vivian Resende	Aceito
Outros	59118416parecer.pdf	25/08/2016 11:27:26	Vivian Resende	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Trabalhador.pdf	24/08/2016 17:01:31	Maria Odete Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuario.pdf	24/08/2016 16:43:01	Maria Odete Pereira	Aceito
Outros	Parecer_Camara.pdf	24/08/2016 16:37:15	Maria Odete Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_identificacao.pdf	24/08/2016 16:35:13	Maria Odete Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_Efetividade.pdf	24/08/2016 16:34:22	Maria Odete Pereira	Aceito
Outros	591184164emenda2.pdf	28/12/2016 17:41:46	Vivian Resende	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/ 2006  
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.663.270

Outros	591184164parecer2.pdf	28/12/2016 17:42:05	Vivian Resende	Aceito
--------	-----------------------	------------------------	----------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Aprovação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 28 de Dezembro de 2016

---

Assinado por:  
Vivian Resende  
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. S/N 2006  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31) 3409-4532 E-mail: coep@prpq.ufmg.br