

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

SERGIO ISHARA

**Equipes de saúde mental: avaliação da satisfação e do  
impacto do trabalho em hospitalização integral e parcial**

Ribeirão Preto

2007

SERGIO ISHARA

**Equipes de saúde mental: avaliação da satisfação e do impacto do trabalho em hospitalização integral e parcial**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para obtenção do título de Doutor em Saúde Mental

Área de concentração: Saúde Mental

Orientador: **Prof. Dr. Antônio Waldo Zuardi**

Co-orientadora: **Prof. Dra. Marina Bandeira**

Ribeirão Preto

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na Publicação  
Serviço de Documentação Médica  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

### FICHA CATALOGRÁFICA

Ishara, Sergio

Equipes de Saúde Mental: Avaliação da satisfação e do impacto de trabalho em hospitalização integral e parcial. Ribeirão Preto, 2007.

153 p.: il.; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde Mental.

Orientador: Zuardi, Antônio Waldo.

Co-Orientadora: Bandeira, Marina.

1. Satisfação no trabalho 2. Saúde Mental 3. Avaliação de programas 4. Saúde do trabalhador 5. Estresse

*A toda minha família...  
Com especial gratidão aos  
meus pais, minha esposa e  
meus filhos.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dr. Antônio Waldo Zuardi, pelo acolhimento e dedicação, ajudando em meu crescimento e no desenvolvimento deste trabalho.

À Profa. Dra. Marina Bandeira que, de maneira cuidadosa e habilidosa, ofereceu valiosas contribuições, enriquecendo a minha trajetória como pesquisador.

À Profa. Dra. Sônia Regina Loureiro, modelo de persistência e dedicação, companheira de contínuo incentivo e relevantes sugestões.

Ao Prof. Dr. Luiz Antônio Nogueira Martins, pela maneira atenciosa e as oportunas sugestões apresentadas no Exame de Qualificação.

A minha esposa, Cármen, pela enorme e dedicada ajuda, expressões cotidianas de uma persistente capacidade de amar.

Ao Pedro e ao Daniel, pelo enorme carinho com que me acompanharam neste período.

Aos meus irmãos, pela disponibilidade, atenção e gratuidade sempre presentes.

Aos colegas do Hospital Dia, pela indispensável compreensão e incentivo.

A todos os profissionais que aceitaram participar deste estudo, viabilizando o trabalho e, mais que isso, sendo uma fonte viva de inspiração e motivação.

À Sônia, à Ivana e à Norien pelo indispensável apoio técnico; e ao Cássio, por uma ajuda “estatisticamente significativa”.

Ao eterno amigo Don Gius, que me ensinou estar na realidade e amar a vida. E aos valiosos amigos, de toda minha história, e a quem devo tanto, com especial lembrança à Marina, ao Osvaldo, à Simone, ao Rafael, à Marta, à Isa e à Ângela, companheiros mais próximos neste tempo.

## SUMÁRIO

### RESUMO

### ABSTRACT

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1. Considerações Iniciais .....	1
2. O Trabalho e a Saúde Mental .....	2
3. Equipes de Saúde Mental .....	3
4. Avaliação em Serviços Psiquiátricos.....	6
5. Satisfação.....	9
5.1. Estudos sistemáticos – Instrumentos de avaliação da satisfação e variáveis estudadas.....	11
6. Estresse .....	15
7. Sobrecarga e <i>Burnout</i> .....	17
7.1. Profissionais de Saúde .....	19
7.2. Profissionais de Saúde Mental.....	21
7.3 Estudos sistemáticos na avaliação do estresse e da sobrecarga.....	22
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>28</b>
Objetivo Geral .....	28
Objetivos Específicos .....	28
<b>MÉTODO .....</b>	<b>30</b>
1. Caracterização da Situação de Estudo e da Amostra.....	30
1.1. Hospital Dia A – HD-A.....	30
1.2. Hospital Dia B – HD-B .....	31
1.3. Hospital Geral A – HG-A.....	31

1.4. Hospital Geral B – HG-B .....	32
1.5. Hospital Psiquiátrico A – HP-A .....	32
1.6. Hospital Psiquiátrico B – HP-B.....	33
2. Caracterização dos Instrumentos de Pesquisa .....	33
2.1. Escalas de Avaliação da Satisfação e da Sobrecarga da Equipe Técnica com os Serviços de Saúde Mental .....	33
2.2. Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL) .....	36
2.3. Questionário complementar.....	36
3. Caracterização dos Procedimentos de Pesquisa .....	37
3.1. Trabalho de campo .....	37
3.2. Tratamento dos Dados .....	38
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>41</b>
AMOSTRA.....	41
PROFISSIONAIS CONTRATADOS .....	42
I. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	42
II. ESTUDO DA SATISFAÇÃO .....	45
III. ESTUDO DA SOBRECARGA.....	57
IV. ESTUDO DO ESTRESSE .....	61
V. COMPARAÇÃO ENTRE RESULTADOS DOS INSTRUMENTOS: Satis-BR, IMPACTO-BR e ISSL. ....	63
VI. INFORMAÇÕES DO QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR.....	64
MÉDICOS RESIDENTES .....	66
I. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	66
II. ESTUDO DA SATISFAÇÃO .....	66
III. ESTUDO DA SOBRECARGA.....	70
IV. ESTUDO DO ESTRESSE .....	72

V. COMPARAÇÃO ENTRE RESULTADOS DOS INSTRUMENTOS: SATIS-BR, IMPACTO-BR e ISSL. ....	73
VI. INFORMAÇÕES DO QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR.....	74
COMPARAÇÃO ENTRE RESULTADOS DE PROFISSIONAIS CONTRATADOS E MÉDICOS RESIDENTES .....	75
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>79</b>
Satisfação.....	79
Sobrecarga e Estresse .....	96
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>109</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>126</b>
ANEXO 1 – Escala de Avaliação da Satisfação da Equipe Técnica com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR).....	126
ANEXO 2 - Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental (IMPACTO-BR).....	140
ANEXO 3 – Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL).....	148
ANEXO 4 – Questionário Complementar.....	150
ANEXO 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	152
ANEXO 6 – Parecer do Comitê de Ética .....	153



## RESUMO

Os avanços na compreensão da doença mental, em uma perspectiva bio-psico-social, ampliaram os recursos terapêuticos, promovendo a utilização de abordagens multidisciplinares e o surgimento de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico tradicional. Estudos sobre a satisfação e a sobrecarga de profissionais que integram equipes de serviços de saúde mental têm sido recomendados pela Organização Mundial de Saúde, visando a sistematização de processos de avaliação e o aprimoramento da qualidade dos serviços. Neste estudo, trabalhadores que integram equipes em serviços de hospitalização integral e parcial, do município de Ribeirão Preto, responderam as escalas da OMS de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e do impacto no trabalho (IMPACTO-BR) em profissionais de serviços de saúde mental e o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL), visando à investigação dos níveis de satisfação, sobrecarga e estresse profissional. Participaram do estudo 172 sujeitos, sendo 136 profissionais contratados e 36 médicos residentes de psiquiatria. A coleta de dados foi realizada em seis unidades psiquiátricas, das quais três eram de um hospital universitário, sendo um hospital dia, uma enfermaria e uma enfermaria de internação breve. As outras três unidades foram um centro de atenção psicossocial e duas unidades de um hospital psiquiátrico, sendo uma masculina e uma feminina. Na amostra de profissionais contratados, os resultados apontaram escore médio de satisfação de 3,26 (faixa entre 1 e 5), tendo ocorrido maior satisfação nos fatores “Qualidade do Serviço” e “Relacionamentos no Trabalho” e, menor nos fatores “Condições de Trabalho” e “Participação no Serviço”. Diferenças significativas entre escores de satisfação puderam ser observadas entre duas unidades de um mesmo complexo hospitalar. Para a amostra de profissionais contratados, o escore médio de sobrecarga foi 1,85 (faixa entre 1 e 5) e os resultados da aplicação do ISSL mostraram ocorrência de estresse em 23% dos participantes, estando quase todos na fase de resistência, com predominância de sintomas psicológicos. Na comparação das amostras estudadas, foram observados maiores escores de sobrecarga e maior ocorrência de estresse entre os médicos residentes, em relação aos profissionais contratados. Observou-se correlação negativa entre resultados da satisfação e sobrecarga. Conclui-se pela necessidade de realizar avaliações contínuas e regulares dos serviços, a fim de monitorar a satisfação e o impacto do trabalho, visando ao desenvolvimento dos serviços, com qualidade de vida dos profissionais e um melhor atendimento aos usuários.

**Palavras Chave:** Satisfação no trabalho; Saúde Mental; Avaliação de Programas; Saúde do trabalhador, Estresse.

## **ABSTRACT**

Advances in understanding mental diseases, from a bio-psycho-social perspective, have widened therapeutical resources and, thus, promoted the use of multidisciplinary approaches as well as the creation of services to replace traditional psychiatric hospitals. The World Health Organization (WHO) has recommended that studies be performed on the satisfaction and overload of mental health service staff members as a means to systemizing evaluation processes and improving service quality. In the present study, staff members belonging to inpatient and outpatient mental hospitals in the city of Ribeirão Preto answered WHO's scales on mental health staff satisfaction (SATIS-BR) and impact on work (IMPACTO-BR), and Lipp's Stress Symptoms Inventory (ISSL) with the aim to investigate the levels of satisfaction, overload, and professional stress. Of the total 172 individuals who took part in this study, 136 were hired professionals, and 36 were psychiatry resident physicians. Data collection was performed in six psychiatric units, of which three were from the same university hospital (one day hospital, one psychiatric ward, and one short stay ward). The other three units were a center for psychosocial care and two psychiatric hospital units, one for female and the other for male patients. Results for the sample of hired professionals showed an average satisfaction score of 3.26 (range between 1 and 5), with higher scores for the factors "Service Quality" and "Relationships at Work", and lower scores for the factors "Work Conditions" and "Participation in the Service". Significant differences were observed between two units of the same hospital. For this same sample, the average overload score was 1.85 (range between 1 and 5), and the results from administering the ISSL showed that stress occurred in 23% of the participants, who were most in the residence phase, with a prevalence of psychological symptoms. Overload scores and stress incidence were higher among resident physicians, compared to hired professionals. A negative correlation was observed between satisfaction and overload results. Continuous and regular service evaluations are needed in order to monitor satisfaction and burden of the staff, with the aim to improve services, while providing staff members with quality of life, and patients with better care.

**Keywords:** Job Satisfaction; Mental Health; Program Evaluation; Occupational health; Stress.

# INTRODUÇÃO

## 1. Considerações Iniciais

*"Se você quer construir um navio,  
... ensine-os a ter um interminável desejo pelo mar."  
Antoine de Saint Exupéry*

Várias foram as fontes motivadoras para a realização deste estudo e a tentativa de explicitá-las pode oferecer uma primeira aproximação ao tema, situando sua relevância no contexto da assistência e da pesquisa.

As experiências do autor, a partir de suas participações no papel de integrante, coordenador e supervisor de equipes multidisciplinares, permitiram desenvolver a convicção acerca da riqueza de recursos disponíveis no interior de uma equipe. A convivência profissional cotidiana possibilitou observar, com admiração, preciosas trocas e benefícios produzidos por um articulado sistema multidisciplinar. A perspectiva de focalizar a atenção nas equipes de saúde mental foi se constituindo em um potente fator motivador para esta pesquisa.

Por outro lado, a experiência clínica tem permitido compartilhar muitas situações de sofrimento profissional no exercício do trabalho cotidiano. Em várias situações os problemas provinham do próprio contato entre os trabalhadores. Algumas equipes apresentavam-se desorientadas, em meio à competição entre os integrantes, à confusão de papéis, aos bloqueios de comunicação e a outras tantas fontes de atrofia e desvios de rumo no processo de trabalho. O conseqüente sofrimento, embora eloqüente, podia passar silencioso diante da precariedade de métodos ou desinteresse pela avaliação, limitando o conhecimento sobre os processos vivenciados no interior dos serviços. Por esta razão, conduzir um estudo para ampliar o conhecimento do processo de trabalho colocava-se na perspectiva de fortalecimento das instituições, ajuda ao profissional de saúde e conseqüentemente ao usuário dos serviços.

No contexto da reforma psiquiátrica, emerge a necessidade de conhecimento e aprimoramento dos serviços em desenvolvimento, tornando imperativa a busca de instrumentos de estudo e monitoramento. Assim, entre as provocações para realização desta pesquisa, destaca-se a possibilidade de atuação no campo da avaliação de serviços.

Neste sentido, uma investigação, abrangendo a satisfação e a sobrecarga de profissionais que integram os serviços psiquiátricos, coloca-se de maneira privilegiada na intersecção entre os campos da avaliação de serviços e da saúde do trabalhador. Os objetos do estudo permitem uma aproximação às motivações, recompensas, frustrações, opiniões e críticas dos profissionais de saúde. Um olhar para “construção do navio” no horizonte do “desejo de navegar”.

## **2. O Trabalho e a Saúde Mental**

O trabalho configura-se como uma atividade constitutiva do ser humano e encontra expressão de relevância no âmbito pessoal e social. De acordo com Lancman e Sznelwar (2004), o trabalho possui uma função social e psicológica, contribuindo como fator de integração social e constituição do sujeito. Segundo a autora, processos de reconhecimento e gratificação colaboram na construção da identidade e da subjetividade.

O trabalho e a saúde mental encontram várias interfaces de íntima conexão. No campo da assistência, o trabalho profissional apresenta a perspectiva de produzir saúde. Porém a quantidade e a qualidade do cuidado produzido encontram-se na dependência do nível de saúde dos próprios profissionais. Por outro lado, o trabalhador, enquanto sujeito “produzido” no processo de trabalho, levará deste o desenvolvimento de sua própria saúde mental.

A saúde do trabalhador está implicada na produção de cuidado e na construção da instituição de cuidado. No âmbito da assistência, o trabalhador produz cuidado dentro de uma experiência de relação. De acordo com Hirschon e Ditolvo (2004), “se um profissional trata

como cuidador/curador seu paciente, este leva juntamente com a cura, o registro de uma experiência de ter sido cuidado. O corpo físico pode registrar a cura, mas é a pessoa enquanto ser total que experimenta o vínculo” (p. 391). Na esfera institucional, o desempenho de uma organização está sujeito ao conjunto de relações estabelecidas entre as pessoas que ali trabalham. Na construção das relações interpessoais emergem aspectos conscientes e inconscientes, com origem na história pessoal do profissional e na história da própria organização. As relações humanas, permeadas de sentimentos, podem ajudar ou impedir o desempenho do trabalho.

De acordo com Tartuce (2002), a qualificação necessária para a eficácia no trabalho vem sofrendo mudanças em função das transformações tecnológicas, econômicas, culturais e sociais. Novas exigências de especialização e flexibilidade demandam competências que vão além dos conhecimentos formais, pressupondo habilidades cognitivas e comportamentais, capacidade de criatividade, cooperação e liderança, a fim de permitir um desempenho eficaz e o manejo de situações imprevistas.

### **3. Equipes de Saúde Mental**

No campo da psiquiatria, os avanços na compreensão da doença mental ampliaram os recursos terapêuticos em uma perspectiva bio-psico-social e promoveram a utilização de abordagens multidisciplinares para o atendimento de pacientes e familiares. Este cenário mais recente da prática clínica impôs novos desafios ao trabalho profissional, exigindo do trabalhador o desenvolvimento de habilidades de comunicação, integração e resolução de conflitos interpessoais.

O trabalho em equipe tem sido amplamente preconizado e utilizado, sobretudo no processo terapêutico de pacientes com maior gravidade, que necessitam de cuidados intensivos e diversificados. A intervenção multidisciplinar justifica-se em consequência da

variedade e complexidade de abordagens que integram o tratamento. De acordo com Dalgalarondo (1995), a noção de multiplicidade de problemas abriu a perspectiva de agregar trabalhos visando à reabilitação social e ocupacional, à abordagem psicológica e familiar, além do diagnóstico e tratamento biológico.

Para Guimón (2002b), uma equipe bem constituída incorpora o potencial dos seus integrantes e a força da coesão grupal, tornando possível a realização de diversas tarefas impraticáveis por um único indivíduo. Além disso, o trabalho em equipe proporciona uma oportunidade para o desenvolvimento pessoal e profissional, a partir das colaborações entre os integrantes da mesma.

A proposta de política de saúde mental do Ministério da Saúde recomenda que o atendimento aos pacientes psiquiátricos seja efetuado por equipes multidisciplinares atuando na perspectiva de realização de diversas tarefas que incluem a busca de adesão ao tratamento, o controle da sintomatologia, a orientação de familiares, a preparação para a reintegração social, a manutenção na comunidade, a articulação entre os serviços de atendimento, a orientação à sociedade, além de atividades de pesquisa e avaliação de programas (Bandeira e Soares, 1996).

Um aspecto da complexidade do funcionamento das equipes pode ser verificado em programas de comunidades terapêuticas e de hospitalização parcial com as equipes organizadas como uma “família”, buscando o aproveitamento das relações vinculares na modificação de papéis sociais a partir do desenvolvimento de experiências emocionais corretoras (Guimón, 2002a). Neste sentido, a equipe estrutura-se para comportar-se como um continente adequado para as ansiedades primitivas e regressivas do paciente ao longo do processo terapêutico, permitindo inclusive a expressão de aspectos destrutivos visando a sua integração e elaboração (Masri, 2002).

Embora se observe a crescente utilização do trabalho em equipes, como resposta à compreensão multifatorial do processo saúde/doença, a adequação deste empreendimento estará na dependência do quanto as equipes se mostrarem realmente eficazes. A qualidade do trabalho em equipe depende de um conjunto de fatores que possibilite a efetiva cooperação entre os integrantes na direção dos objetivos institucionais e dos projetos terapêuticos.

O uso da expressão trabalho multidisciplinar nem sempre corresponde ao que é efetivamente executado. Frequentemente, observam-se profissionais de diferentes áreas desenvolvendo atividades numa mesma instituição com justaposição ou mesmo contraposição de conhecimentos, sem haver a necessária articulação, cooperação e complementaridade que caracterizam a equipe multidisciplinar (Campos, 1992).

A dinâmica das relações humanas pode tornar-se fonte de desarmonia, desintegração e hostilidade, inibindo a produção e a criatividade. Dificuldades de relacionamento e comunicação podem provocar insegurança, desconfiança e produzir desvios dos interesses comuns do trabalho (Gayotto, 2001).

O aproveitamento funcional dos vários aspectos que determinam a eficácia de uma equipe depende da consistência de seu projeto institucional e dos investimentos necessários à sua manutenção, sem os quais a equipe pode tornar-se um fator de insatisfação e intenso sofrimento para os seus integrantes.

A capacidade de interação e resolução de conflitos entre os profissionais tem reflexos no atendimento. A qualidade da assistência em saúde, particularmente em saúde mental, constrói-se a partir da articulação de uma complexa rede de profissionais, desenvolvida sobre determinações objetivas e subjetivas, associadas ao projeto institucional e às possibilidades particulares de cada trabalhador.

O cuidado oferecido à equipe profissional constitui parte integrante da qualidade da assistência psiquiátrica. Dalgalarondo (1995) discute estudos realizados em enfermaria

psiquiátrica, concluindo que problemas na equipe geravam tensão e insatisfação e estavam associados ao agravamento da sintomatologia dos pacientes, como tentativas de suicídio, fugas e aumento na duração das internações.

Em um cenário complexo e marcado pela necessidade de transformações e melhores resultados clínicos, torna-se essencial o desenvolvimento de um conjunto de instrumentos de avaliação que permitam compreender e mensurar a qualidade dos programas assistenciais.

#### **4. Avaliação em Serviços Psiquiátricos**

Em um contexto ampliado, considerando as organizações em geral, observa-se que esquemas de avaliação de desempenho burocráticos estão dando lugar a novos modelos, tendo em vista a necessidade de agregar valor às organizações, às pessoas que nela trabalham e aos clientes que delas se utilizam (Chiavenato, 1999).

Vasconcelos (1995) alerta para a carência de tradição na avaliação sistemática de políticas e programas de saúde no País. No contexto da reforma psiquiátrica, o autor considera imprescindível um processo de avaliação rigorosa dos novos modelos clínicos e institucionais, visando verificar sua efetividade e oferecer parâmetros de orientação para as novas instituições e agências gestoras. Libério (1999) destaca a responsabilidade de estudos que descrevam a situação assistencial, fornecendo subsídios para planejamentos realistas e apontando alvos para intervenções, sobretudo no setor público, onde a carência de recursos torna imprescindível a utilização racional dos mesmos.

Pitta (1996b) considera que a avaliação permite dar visibilidade ao que está sendo realizado no processo de cuidado. E na medida em que se consegue desfazer de uma representação “policial” de controle, a avaliação pode contribuir para a prática de uma gestão mais participativa, com produção de conhecimento e melhora na qualidade da assistência em saúde mental.



Bandeira, Pitta e Mercier (1999, 2000a, 2000b) têm sistematicamente apontado para a necessidade de se utilizar instrumentos de medida padronizados para a avaliação dos serviços de saúde mental. No percurso para o desenvolvimento da assistência em saúde mental, a utilização de processos sistemáticos de avaliação apresenta-se como potencialmente valiosa no horizonte de aprofundamento do conhecimento, visando a eficácia dos serviços e da qualidade de vida dos profissionais. Os instrumentos de avaliação constituem-se em precioso recurso, particularmente quando considerado o contexto histórico, de transformações na psiquiatria, com os avanços da psiquiatria clínica e do processo de reforma psiquiátrica.

A avaliação dos serviços de saúde mental constitui-se em um campo relativamente novo no Brasil e não há consenso quanto à melhor forma de avaliação. Para Almeida (2003) os processos avaliativos apresentam a perspectiva de favorecer o controle e a participação da sociedade. No entanto, problemas em relação à sistematização da avaliação colaboram para dificuldades na escolha de indicadores e estabelecimento de um consenso quanto à melhor forma de avaliar os serviços. Neste sentido, torna-se necessária a superação de precários métodos avaliativos, baseados em modelos tradicionais, burocráticos e restritos à utilização de parâmetros como o número de consultas ou a remissão dos sintomas.

Almeida (2002) destaca que instrumentos de avaliação, sensíveis aos princípios da reforma psiquiátrica, poderiam incorporar variáveis como, a inserção familiar, o trabalho, a vida cotidiana e a motivação dos profissionais. O autor (2003) destaca os trabalhos de Bandeira, Pitta, Silva Filho e Libério na produção de instrumentos e indicadores de avaliação, que superam os tradicionalmente utilizados e se diferenciam na perspectiva de avaliar os serviços criados a partir da reforma psiquiátrica.

A possibilidade de participação de usuários, familiares e profissionais no processo de avaliação de serviços de saúde mental vem recebendo destaque na literatura especializada, sendo sugerida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Trata-se de uma perspectiva

atual, na medida em que permite a participação de todos os atores envolvidos no processo de tratamento. Esta avaliação fornece informações essenciais que permitem aos serviços fazer uma constante reavaliação dos seus procedimentos de atendimento e de seu impacto, monitorando possíveis deteriorações na qualidade do serviço (Bandeira e cols., 2000a). Visando divulgar estas recomendações e iniciar o processo de sua implementação no nosso contexto, as escalas de satisfação e sobrecarga elaboradas pela OMS foram traduzidas, adaptadas e validadas para o Brasil por Bandeira, Pitta e Mercier, (1999, 2000a, 2000b) e por Bandeira, Mercier, Perreault, Liberio e Pitta (2002).

Na perspectiva de exercício de uma cidadania ativa, Pitta (1996a) destaca a utilização de instrumentos participativos que permitam um controle social do processo de tratamento, mediante a avaliação dos atores envolvidos no processo. A autora alerta sobre possíveis vieses introduzidos pelos próprios avaliadores e dificuldades inerentes à ausência de tradição e até mesmo, descrença de que a opinião possa ser usada como fator de desenvolvimento da assistência.

O estudo da satisfação de usuários possibilita a participação dos mesmos na avaliação dos serviços ou de um aspecto em particular do serviço, examinando preferências, dificuldades e sugestões, permitindo colher informações necessárias para promover um aperfeiçoamento dos serviços e manter sua qualidade, assim como analisar variáveis individuais dos pacientes que interferem na satisfação com o tratamento. A participação dos usuários pode, ainda, resultar em seu maior envolvimento no tratamento (Bandeira e cols., 2000b).

O processo de desinstitucionalização tem favorecido também a participação das famílias que passaram a ser encaradas como aliadas potenciais no tratamento psiquiátrico, destacando-se as condições dos familiares para perceber os resultados e as dificuldades do tratamento. Desta forma, a avaliação dos familiares permite aos serviços a aquisição de

informações sobre os aspectos mais e menos apreciados e possibilita avaliar o efeito de diferentes tipos de serviços sobre o grau de satisfação e sobrecarga de familiares. As informações colhidas junto aos familiares podem apontar aspectos importantes a serem reavaliados pelo serviço no tratamento dos pacientes, assim como indicar a necessidade de apoio, informação e orientação da família no cuidado cotidiano com os pacientes (Bandeira e cols., 2002; Bandeira e Barroso, 2005; Bandeira, Calzavara e Varela, 2005).

A participação de profissionais no processo de avaliação dos serviços de saúde mental integra este conjunto de perspectivas atuais e apresenta-se de maneira mais detalhada nos tópicos a seguir.

## **5. Satisfação**

O conceito de satisfação foi descrito por Lino (2004) como um “sentimento agradável ou estado emocionalmente positivo do trabalhador, resultante da percepção/avaliação de sua experiência de trabalho, conforme suas metas e valores pessoais perante a vida, podendo ser modificado ou influenciado por forças internas ou externas ao trabalho” (p. 11).

Segundo Peres-Ramos (1980) a satisfação compreende o âmbito individual e organizacional. A esfera individual está associada ao bem estar físico, emocional e à qualidade de vida. O âmbito organizacional associa-se a qualidade do trabalho, desempenho, produtividade, pontualidade, absenteísmo e rotatividade. O autor destaca algumas contribuições teóricas relevantes para o estudo da satisfação, citando trabalhos sobre motivação humana (Maslow, Herzberg e Vroom), desenvolvimento individual no ambiente (Argyris) e ambiente organizacional (Taylor, Mayo, McGregor e Likert).

A relação entre a instituição e o funcionário repercute na relação com o usuário. Várias organizações têm oferecido exemplos de gestão baseada na percepção de que as relações com os funcionários se refletem na relação com os consumidores. Analisando o processo de

satisfação em uma grande empresa, Chiavenato (1999) descreveu a necessidade de revisão das metas organizacionais, na medida em que se constatou a dificuldade em atingir a satisfação dos consumidores com uma parcela de funcionários insatisfeitos. O autor conclui que a satisfação dos funcionários deve estar em primeiro plano, já que a satisfação dos clientes ocorrerá em decorrência desta.

Wright-Millls apud Souza (2001) relata que os efeitos do trabalho sobre a subjetividade são construídos tanto pela atividade realizada quanto pela percepção e significados atribuídos. Assim, as experiências e comportamentos no trabalho estão relacionados às satisfações e frustrações experimentadas, sendo a dimensão psicológica norteadora das relações entre o homem e a atividade de trabalho.

Perez-Ramos (1980) destaca a relevância do estudo da satisfação ao citar os resultados de pesquisas que indicaram um declínio generalizado nas atitudes e motivações dos indivíduos em relação ao trabalho, com tendência ao desinteresse e indiferença. Estes problemas transcendem a esfera individual ou institucional, repercutindo no desenvolvimento econômico e social de uma comunidade ou nação. Por outro lado, o conhecimento a respeito da satisfação tem fundamentado a realização de programas que permitem transformações no âmbito do trabalho.

A satisfação de profissionais de saúde mental desponta como um foco atual de interesse, possibilitando ampliar a compreensão do funcionamento dos serviços, a partir da opinião dos próprios sujeitos envolvidos no processo. Pitta (1996a) descreve a satisfação/motivação dos profissionais como o “capital humano mais importante na performance dos resultados no cuidado mental” e assinala que nesta área, a tecnologia de trabalho pouco utiliza sofisticados equipamentos materiais e “muito necessita de um engajamento ético positivo que contorne dificuldades e limitações próprias da natureza do trabalho” (p. 319).

Almeida (2003) categorizou parâmetros para instrumentos de avaliação de serviços de saúde mental a partir de um estudo no Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa, na cidade do Rio Janeiro, no qual ele submeteu critérios de avaliação da satisfação com o serviço a um grupo de juízes que deveriam classificá-los por ordem de importância. O item “satisfação do técnico com o serviço” obteve a maior nota no conjunto de vinte e cinco critérios apresentados, sendo eleito pelo grupo como o grande parâmetro de qualidade de atenção, com destaque para os reflexos da satisfação dos técnicos na qualidade da assistência, embora se tenha reconhecido que nem sempre um profissional satisfeito produza melhor assistência.

### **5.1. Estudos sistemáticos – Instrumentos de avaliação da satisfação e variáveis estudadas**

Em uma revisão de estudos atuais sobre instrumentos para avaliação da satisfação no trabalho em saúde mental, observa-se que a maioria das pesquisas tem utilizado métodos quantitativos no estudo da satisfação. Destaca-se a utilização de uma grande variedade de instrumentos. Entre as escalas utilizadas nos estudos recentes sobre satisfação entre profissionais de saúde mental encontram-se: *Job in General Scale*, *Job Diagnostic Survey*, *Minnesota Satisfaction Questionnaire*, *Questionário de Prosser*, *Global Job Satisfaction*, *Satisfaction With Workload*, *Satisfaction with Relationship with Patients*, *Job Satisfaction Scale*, *Staff Care Assessment Questionnaire*, *Working Environment Scale* e *Escala Satis – Br*.

A construção de vários instrumentos para avaliação de um mesmo construto, a saber, a satisfação, pode indicar o grau de subjetividade desta variável, a multiplicidade de aspectos que a mesma abarca e a necessidade de considerar as especificidades do contexto no qual o estudo se desenvolve. Na análise da literatura, esta diversidade de instrumentos de avaliação dificulta a comparação dos mesmos. Outro problema decorre de estudos que apresentam

informações precárias sobre os instrumentos de medida utilizados e sobre a validação dos mesmos.

Alguns destes instrumentos foram construídos para avaliar aspectos pontuais em relação à satisfação. Outros apresentam características mais abrangentes e avaliam uma multiplicidade de aspectos relativos à satisfação no trabalho, como a Escala SATIS-BR. De maneira geral, para a avaliação da satisfação os instrumentos disponíveis valorizam variáveis como: relação dos profissionais com a organização do trabalho (Gulliver e cols., 2003); natureza e tamanho do serviço (Gigantesco e cols., 2003); limpeza das alas (Olusina e cols., 2002); apoio por parte dos gerentes (Hannigan e cols., 2000); nível de responsabilidade e autonomia (Farell e Dares, 1999); características dos pacientes (Acker, 1999; Bingham e cols., 2002; Aronson, 2005); relação com os pacientes (Reid e cols., 1999a; Olusina e cols., 2002); receber apoio de colegas (Reid e cols., 1999b); variáveis demográficas, como grau de escolaridade e idade (Hannigan e cols., 2000; Gigantesco e cols., 2003); relação com os outros membros da equipe, nível pessoal de conquista e interesse pelo trabalho (Farell e Dares, 1999; Gulliver e cols., 2003).

Foram identificados estudos que avaliaram qualidades psicométricas de escalas de satisfação. No estudo conduzido por Rossberg e cols (2004) foram avaliadas as propriedades psicométricas da escala Working e Environment Scale-10, que apresenta 10 itens, distribuídos em quatro fatores: auto realização, sobrecarga, conflito e tensão nervosa. Estudos brasileiros analisaram as propriedades psicométricas das três escalas elaboradas pela OMS, que avaliam a satisfação dos usuários, familiares e profissionais com os serviços de saúde mental. Bandeira e cols. (1999) fizeram a adaptação transcultural e a validação destas escalas para o Brasil. Dentre elas, a escala SATIS-Br, que avalia a satisfação dos profissionais com os serviços, apresenta 69 itens distribuídos em quatro fatores: qualidade dos serviços oferecidos, participação da equipe, condições de trabalho, relacionamento no serviço (Bandeira e cols.,

1999; Bandeira e cols., 2000a; Bandeira e cols., 2000b; Bandeira e cols., 2005). Alguns estudos mostraram que a diminuição da satisfação estava associada a variáveis como: falta de oportunidade para o desenvolvimento profissional, falta de autonomia e de valorização (Farell e Dares, 1999); limitações no ambiente físico, comida, restrição da liberdade e pouco tempo com o paciente (Olusina e cols., 2002); falta de perspectivas da carreira, baixo salário, falta de autonomia e dificuldade de disponibilidade de informações (Gigantesco e cols., 2003).

Em relação aos principais fatores associados à satisfação e à insatisfação no trabalho, serão descritas a seguir algumas conclusões dos estudos acima referidos. Farell e Dares (1999) observaram, em estudo com enfermeiros, que as características mais importantes para a satisfação foram: interesse pelo trabalho, relacionamento com os colegas, ter responsabilidades e independência. Os motivos referidos para a diminuição da satisfação foram: a falta de oportunidade para o desenvolvimento profissional e a falta de autonomia e valorização.

Hannigan e cols. (2000) observaram que características de apoio por parte dos gerentes produziram benefícios tanto para os trabalhadores quanto para os usuários. Gulliver e cols. (2003) encontraram inter relação entre a satisfação dos membros da equipe com a organização de seu trabalho, seu nível de conquista e a relação com outros membros da equipe. Receber apoio no trabalho constituiu-se uma fonte de satisfação destacada por Reid e cols. (1999a), sendo que o contato com os colegas foi a fonte mais freqüente de satisfação.

Um componente destacado no estudo da satisfação dos profissionais de saúde mental foi o estado de gravidade do doente mental. Acker (1999) analisou a satisfação profissional de assistentes sociais que trabalhavam na área de saúde mental e concluiu que aqueles envolvidos com doentes mentais mais graves foram afetados negativamente por este tipo de trabalho.

Considerando a natureza do serviço como fator associado à satisfação, Bingham e cols. (2002) analisaram 282 membros de equipes multiprofissionais e verificaram que a satisfação com o trabalho foi maior no tratamento ambulatorial, em relação à internação e dentro desta, foi maior em unidades pequenas e na assistência a pacientes menos graves, com nível mais alto de funcionamento, avaliado de acordo com habilidades para realização de tarefas diárias e de contato social.

Aronson (2005) destaca a conexão entre a satisfação no trabalho e a saúde e bem estar de trabalhadores e pacientes. Em estudo realizado com trabalhadores de hospitais psiquiátricos privados, o autor encontrou menores níveis de satisfação entre enfermeiros na comparação com outras categorias profissionais, sendo que enfermeiros em posição de supervisores estavam particularmente insatisfeitos.

No estudo de Gigantesco e cols. (2003), participaram 196 profissionais, sendo que os mais insatisfeitos foram os profissionais que trabalhavam em alas de internação do hospital em comparação com os que trabalhavam em ambulatório ou residências, levantando a hipótese de que os profissionais hospitalares são menos recompensados devido ao contato breve (média de doze dias) com o paciente. Os participantes mostraram-se insatisfeitos com as perspectivas da carreira, pagamento, autonomia e disponibilidade de informações.

O papel das lideranças foi destacado por Vicente apud Gigantesco e cols. (2003). Altos níveis de satisfação profissional foram observados em Trieste e relacionados ao carisma dos líderes dessa região e à percepção desses profissionais de integrarem um movimento de vanguarda.

Algumas variáveis demográficas mostraram-se associadas a fatores de satisfação. Hannigan e cols. (2000) observaram que a satisfação no trabalho esteve relacionada a ter completado um curso de pós graduação e ter um cargo de supervisão ou gerenciamento. Em



outro estudo, Gigantesco e cols. (2003) encontraram maiores níveis de satisfação associados com um aumento da idade dos profissionais de saúde mental.

Olusina e cols. (2002) compararam a percepção de 35 profissionais de equipes multiprofissionais e 118 pacientes e observaram que os itens não satisfatórios foram: ambiente físico, comida, restrição da liberdade e falta de tempo dos médicos. Os maiores índices de aprovação de pacientes e profissionais foram referentes ao relacionamento equipe-paciente. Os pacientes aprovaram o relacionamento com os médicos e a simpatia das enfermeiras no acolhimento dos pacientes na ala. A equipe expressou baixa satisfação em relação à maneira como alguns membros falavam com o paciente, sendo que 40% concordavam que os médicos dedicavam pouco tempo com os pacientes.

Libério (1999) utilizou o Inventário de Satisfação - SATIS-Br na avaliação da satisfação de profissionais em vários Centros de Atenção Psicossocial, na cidade do Rio de Janeiro. Foram observados escores globais de satisfação que variaram de 3,6 a 4,1, numa escala de 1 a 5. Os técnicos dos serviços pesquisados valorizaram o trabalho clínico que realizavam, com referências à “perspectiva de estar desenvolvendo novas possibilidades de cuidados”, “formas diversas de abordagem do tratamento dos pacientes” e “possibilidades de construir, criar e buscar novas formas de cuidados”.

## **6. Estresse**

Embora existam referências mais antigas sobre a influência do estresse na saúde humana, foi somente no século 20 que Hans Selye estabeleceu bases conceituais e mecanismos fisiológicos do estresse. Selye (1956) dedicou-se ao estudo de reações não-específicas, causadas por diferentes agentes agressores e formulou os conceitos de Síndrome Geral de Adaptação e estresse, indicando a utilização de mecanismos de resposta semelhantes diante de qualquer agressão. O termo estresse caracterizava um estado de tensão não

específico e acompanhado de alterações em diferentes órgãos, com destaque para as mudanças endócrinas.

Para Selye (1956), o estresse tem origem na necessidade do organismo lidar com algo que cause ameaça ao seu equilíbrio interno. O estressor consiste em qualquer situação ou evento que produza a quebra da homeostase exigindo um esforço de adaptação. O autor descreveu o processo de estresse compreendido nas fases de alerta, resistência e exaustão.

A fase de alerta caracteriza-se pela percepção de um desafio ou ameaça e a produção de mais energia. Nesta fase atuam os mecanismos de luta e fuga, descritos por Cannon em 1939. No aspecto fisiológico ocorre estímulo à produção de noradrenalina pelo sistema nervoso simpático e de adrenalina pela supra renal. Estes fenômenos permitem aumento da motivação, do entusiasmo e da energia, contribuindo para maior desgaste do organismo. Podem estar presentes sintomas como taquicardia, sudorese e alterações gastrointestinais.

A fase de resistência ocorre em decorrência da persistência do estímulo estressor ou do aparecimento de novos estressores, observa-se grande utilização de energia, determinando um pico de produtividade. Podem ser observados sintomas de desgaste como dificuldades de memória, ansiedade, isolamento social, distúrbio do apetite, impotência sexual e nervosismo.

A fase de exaustão caracteriza-se por uma quebra importante da resistência, sinais de deterioração com conseqüente exaustão física e aparecimento de doenças, como distúrbios cardíacos, gastrointestinais, respiratórios e psiquiátricos, além da exacerbação dos sintomas das fases anteriores.

Os estudos de Lazarus e Folkman (1984) destacaram o papel da atividade cognitiva na interpretação dos eventos ambientais. Os autores descreveram o papel fundamental da capacidade individual de percepção e de interpretação dos estímulos na compreensão do processo de estresse. De acordo com Beck e Freeman (apud Lipp, 2004), os esquemas psicológicos, com destaque para a percepção, guiam a interpretação dos eventos, sendo

influenciados pelas experiências prévias, a rede social de apoio e componentes biográficos, como por exemplo, a segurança financeira.

Paschoal e Tamayo (2004), considerando as contribuições dos fatores cognitivos e o papel da percepção no estresse, definiram o estresse ocupacional enquanto processo no qual o profissional percebe as demandas do trabalho como estressores, na medida em que estas demandas excedem as suas habilidades de enfrentamento e manejo. Este conceito considera tanto os estressores organizacionais como a capacidade individual de resposta.

Lipp (2004) descreve o estresse como uma tentativa de vencer um desafio, de sobreviver a uma ameaça, ou de adaptar-se, mesmo que seja a algo desejado. As fontes de estresse podem ser externas ou internas. Os estressores externos estão localizados fora do corpo ou da mente e os estressores internos possuem identificação mais complexa, por serem provenientes de pensamentos, emoções, valores, comportamentos e vulnerabilidades. A autora propõe ainda a denominação de estressores chamados “temas da vida”, caracterizados como esquemas de repetição de comportamentos, a partir da necessidade de recriar, no presente, situações geradoras de estresse no passado.

Para Nogueira-Martins (2005), o estresse pode ser conceituado, de forma operativa, como uma resposta adaptativa a pressões internas e externas, envolvendo o corpo e a mente. Entre as pressões de ordem interna estão os desejos, ambições, expectativas e conflitos e as pressões de ordem externa incluem aspectos vinculados ao exercício profissional e às condições de trabalho.

## **7. Sobrecarga e *Burnout***

Para Arantes e Vieira (2002) o trabalho constitui-se em fonte de desgaste associado às condições de trabalho e aos fatores organizacionais. A organização do trabalho envolve aspectos como: a função exercida, as condições hierárquicas, a distribuição de

responsabilidades, o clima organizacional, os relacionamentos interpessoais e a interface trabalho-família.

De acordo com Benevides-Pereira (2002), os trabalhos de Freudenberger constituíram-se em um marco no desenvolvimento dos estudos sobre o *burnout*, caracterizando a Síndrome de *Burnout* como um estado relacionado com experiências de esgotamento, decepção e perda de interesse pelas atividades de trabalho, em resposta à cronificação do estresse ocupacional. De acordo com a autora, alguns outros termos têm sido utilizados para indicar o *burnout*, como estresse laboral, estresse ocupacional, estresse profissional, estresse laboral assistencial, neurose profissional e síndrome de esgotamento profissional.

Segundo Maslach (2005), o *burnout* caracteriza-se como uma síndrome psicológica resultante de uma reação prolongada a estressores interpessoais crônicos. As fontes para o *burnout* são a sobrecarga e os conflitos pessoais no trabalho. A síndrome foi inicialmente observada em profissionais de serviços assistenciais e de ensino, que realizam trabalhos caracterizados por um nível contínuo e intenso de contato pessoal e emocional. Nestas circunstâncias, colaboram para a sobrecarga as expectativas de encontrar um profissional abnegado, capaz de fazer de tudo para ajudar o outro. Além disso, contribuem fatores organizacionais, como os escassos recursos dependentes de aspectos políticos e econômicos.

Para esta autora, a síndrome apresenta uma estrutura tridimensional composta por: exaustão, ineficácia e ceticismo. A exaustão caracteriza-se pela sensação de estar além dos limites e exaurido de recursos físicos e emocionais. A ineficácia apresenta-se como um estado de incompetência, falta de realização e produtividade, podendo estar associado ao sentimento de ter cometido um erro ao escolher a carreira. O ceticismo corresponde a uma reação negativa às pessoas e ao serviço, ficando a pessoa “desligada” dos diversos aspectos do

trabalho. Ocorre uma redução do tempo e da energia investida, com a realização do “mínimo necessário” para o cumprimento das tarefas.

Benevides-Pereira (2002) afirma que o ceticismo ou despersonalização constitui-se um aspecto marcante do *burnout* e caracteriza-se por uma maneira de atuação impessoal que chega ao cinismo e à ironia nos relacionamentos interpessoais no trabalho. A autora destaca as conseqüências negativas do *burnout* em nível institucional, como a diminuição da produtividade e da qualidade do trabalho, o aumento de absenteísmo, a elevada rotatividade de profissionais e o alto índice de acidentes no emprego.

Para Maslach e Leiter (1999), uma importante contribuição dos estudos sobre o desgaste profissional foi o desenvolvimento de uma compreensão mais abrangente do problema, incluindo fatores do ambiente social, com destaque para o papel da estrutura e funcionamento do local de trabalho, moldando a forma de interação das pessoas e a maneira como realizam seu trabalho. De acordo com os autores, ocorre maior desgaste físico e emocional quando há um maior desencontro entre as demandas do emprego e a pessoa que realiza o trabalho, sendo esta ocorrência mais provável em ambientes de trabalho nos quais os valores humanos ocupam um lugar secundário em relação aos valores econômicos.

### **7.1. Profissionais de Saúde**

Borges e cols. (2002) descrevem o reconhecimento social dado aos profissionais de saúde em função da condição de cuidar de pessoas doentes, considerada uma atividade nobre. Porém, mais recentemente, tem-se alertado para os custos emocionais destas profissões e para necessidades de cuidados envolvendo a saúde mental do trabalhador, a fim de que a organização possa atingir seus objetivos.

Em relação à profissão médica, Benevides-Pereira (2002) cita vários agentes estressores descritos na literatura, destacando: as demandas acima das condições de

atendimento, pouco reconhecimento profissional, reduzida participação nas decisões, longas jornadas de trabalho, dificuldade de promoções, equipe paramédica pouco preparada ou insuficiente, contínua necessidade de atualização, exposição constante ao risco, burocracia, convivência com o sofrimento, responsabilidade civil e penal, exigências de qualidade, pacientes difíceis, problemas de comunicação e competição, relacionamento com superiores, salário insuficiente e ausência de locais para intervalo e descanso.

Pitta (1999) estudando a saúde dos trabalhadores de saúde relata sua preocupação com os dados crescentes da literatura a respeito de agravos psíquicos, medicalização e suicídios entre profissionais e estudantes de saúde. A autora atribui este problema à natureza do trabalho hospitalar e à sua organização, pela contínua exposição a fatores insalubres e penosos. Alerta ainda para as conseqüências do adoecimento na sociedade atual, na qual o valor da pessoa está vinculado à sua capacidade produtiva.

Meleiro (1999) destaca vários estudos que apontam condições de sobrecarga no exercício profissional dos médicos. Já no período de aprendizado as condições podem ser muito estressantes. Alguns períodos de treinamento foram descritos como selvagens. Além disso, a exigência do próprio profissional pode constituir-se em fator de sobrecarga. Médicos residentes afirmaram acreditar que desapontariam alguém no caso de adoecerem e tinham dificuldade em procurar ajuda devido à necessidade de parecerem profissionais eficientes.

Borges e cols. (2002) utilizaram dois questionários estruturados para o estudo da Síndrome de *Burnout* entre 205 profissionais de saúde de três hospitais universitários. As diferenças nos níveis de *burnout* entre as instituições estudadas chamaram atenção para a importância das características específicas de cada serviço na determinação da síndrome e o papel dos valores organizacionais no processo etiológico do *burnout*.

## 7.2. Profissionais de Saúde Mental

Em relação aos trabalhadores de saúde mental observa-se uma particular vulnerabilidade em função do contato direto e continuado com pessoas em situação de problema e sofrimento. A experiência do relacionamento cotidiano com os pacientes psiquiátricos não se faz sem uma importante sobrecarga emocional. O relato de Di Loreto (2000), acerca de uma situação vivenciada com usuários de uma comunidade terapêutica, ilustra as dificuldades de convívio e auxiliam na compreensão da sobrecarga: “Preciso melhorar minha capacidade de continência, me recomendo. Sendo um bom ‘psi’, devo entender perfeitamente que ele não chutou ‘minha’ canela, mas sim a canela ‘do terapeuta’... Mas, ainda não aprendi a não sentir dor ‘transferida’. Continua doendo em mim” (p.101).

Para Guimón (2002a), a natureza do trabalho em saúde mental coloca o profissional em constante envolvimento afetivo com os usuários e os outros profissionais. A construção de relações terapêuticas no cotidiano da clínica psiquiátrica demanda muita energia psíquica. A relação com os pacientes pode resultar em ansiedade e frustração. O profissional pouco experiente pode responder com atitudes estereotipadas ou projetar seus próprios problemas no paciente.

De acordo com o autor citado, além do relacionamento com os pacientes, a relação entre os integrantes da equipe pode gerar intensa sobrecarga psíquica. O trabalho em equipe, apesar do seu aspecto enriquecedor, está longe de constituir-se uma “fraternidade interpessoal”, podendo tornar-se penoso na medida em que apresenta muitas dificuldades de ordem técnica e interpessoal. Segundo Bandeira, Lesage e Morissette (1994), os conflitos entre classes e sub-grupos de profissionais de saúde mental, que apresentam uma pluralidade de abordagens e ideologias diferentes a respeito da doença mental e das intervenções terapêuticas, contribuem para uma dificuldade de articulação entre serviços e dentro de um

mesmo serviço, a tal ponto que a rede de serviços psiquiátricos já foi considerada, na literatura da área, como uma “família desunida”.

### **7.3 Estudos sistemáticos na avaliação do estresse e da sobrecarga**

Analisando a literatura recente de estudos sistemáticos em relação à sobrecarga profissional e ao *burnout*, observa-se que as pesquisas envolvem uma grande diversidade de participantes, serviços e objetivos.

Os profissionais de enfermagem, em diferentes contextos de assistência, têm sido os sujeitos mais abordados, refletindo particular preocupação dos pesquisadores com estes trabalhadores, possivelmente pelo intenso contato que mantêm com os pacientes. Alguns estudos abordam exclusivamente profissionais desta área (Hannigan e cols., 2000; Cottrell, 2001; Edwards e cols., 2001; Tummers e cols., 2001; Whittington, 2002; Happell e cols., 2003; Majomi e cols., 2003; Robinson e cols., 2003).

Cottrell (2001) avaliou o estresse em 31 enfermeiros utilizando o *Pressure Management Indicator (PMI)*. O instrumento é composto por 120 itens relacionados ao estresse no trabalho: satisfação, organização, bem estar mental e físico, fontes de pressão, comportamentos tipo A, influência e controle, manejo e apoio interpessoal. A construção do *PMI* foi baseada em um modelo interativo de estresse, considerando a mediação da personalidade na percepção do estresse e a influência das formas de manejo. O autor apontou que o apoio gerencial e supervisão clínica foram eficazes na redução do estresse ocupacional.

Edwards e cols. (2001) examinaram a variedade, frequência e gravidade de estressores para 301 enfermeiros de saúde mental comunitária no Reino Unido, utilizando os instrumentos *Community Psychiatry Nursing, Stress Questionnaire, PsychNurse Coping Questionnaire*. O autor observou que os enfermeiros identificaram mais estresse em consequência da tentativa de manter uma boa qualidade do serviço em meio a pobres recursos



de trabalho. Os principais fatores preditores de estresse foram o baixo suporte administrativo, trabalhar com doentes mentais graves e não ter segurança no trabalho.

O estresse no trabalho do enfermeiro foi avaliado no estudo de Oliveira e Fraga (2002), sendo catalogadas 16 situações de estresse entre enfermeiras de clínica médica de um hospital escola. Os autores correlacionam as situações de estresse a subcategorias descritas por Lazarus e Launier, considerando a percepção de dano-perda, ameaça e desafio. As situações classificadas como dano-perda foram associadas ao desgaste da imagem do enfermeiro por críticas; a descrição de ameaça foi relacionada a precárias condições de trabalho e o desafio foi associado à busca de superação do sofrimento e desenvolvimento de recursos pessoais.

Hannigan e cols. (2000) observaram alto nível de exaustão emocional entre enfermeiros de saúde mental comunitária, sendo que metade deles mostrou estar exausto e extenuado em seu trabalho. Tummers e cols. (2001) identificaram maior exaustão emocional entre enfermeiros de saúde mental em relação a enfermeiros gerais. Happell e cols. (2003) identificaram escores com níveis médios a moderados em enfermeiros psiquiátricos, sendo estes níveis superiores aos de enfermeiros forenses. Robinson e cols. (2003) identificaram altos níveis de exaustão emocional em enfermeiros, associada à elevada responsabilidade e carga de trabalho.

Outras categorias profissionais foram estudadas, incluindo assistentes sociais (Acker, 1999), diretores de centros comunitários de saúde mental (Rohland, 2000), psiquiatras (Korkeila e cols., 2003) e profissionais de equipes de saúde mental, em diferentes contextos de atendimento, como centro de saúde mental comunitária, hospital e centro de atenção psicossocial (Prosser e cols., 1999; Reid e cols., 1999a; Thomsen e cols., 1999; Webster e Hackett, 1999; Almeida, 2003; Billings e cols., 2003; Gulliver e cols., 2003).

Korkeila e cols. (2003) encontraram maior *burnout* entre médicos psiquiatras na comparação com outros médicos, em particular entre os que trabalhavam com cuidados comunitários e psiquiatria infantil. Rohland (2000) identificou altos escores de exaustão emocional entre diretores de centros comunitários de saúde mental.

Na última década, as pesquisas foram predominantemente de natureza quantitativa. O *Maslach Burnout Inventory (MBI)* avalia o desgaste físico e emocional. De maneira geral, a utilização do *MBI* tem demonstrado níveis moderados a elevados de *burnout* entre os profissionais de saúde mental. Outros instrumentos utilizados na avaliação da sobrecarga foram o Questionário Onyett (Gulliver e cols., 2003) que avalia fatores de estresse, carga de trabalho, relacionamento, responsabilidade e equilíbrio casa/trabalho e o Questionário de Thomsen e cols. (1999), que destaca a importância de fatores organizacionais para prevenir exaustão emocional.

Alguns estudos utilizaram métodos qualitativos de pesquisa, com entrevistas semi-estruturadas. Estes estudos buscaram identificar conflitos entre o papel profissional e doméstico, opiniões sobre o trabalho e estratégias para aumentar a satisfação e diminuir o estresse (Reid e cols., 1999a e b, Majomi e cols., 2003).

Baseados em uma revisão da literatura sobre medidas de estresse ocupacional no Brasil, Paschoal e Tamayo (2004) destacaram uma maior utilização dos instrumentos *Occupational Stress Indicator (OSI)* e o Questionário de Estresse, Saúde Mental e Trabalho (*SWS Survey*). Neste estudo, os autores relatam problemas de validação desses instrumentos e apresentam a validação de uma nova escala denominada Escala de Estresse no Trabalho (EET).

O inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL), avalia a ocorrência e a fase de estresse, sendo o instrumento desenvolvido a partir do modelo de estresse de Selye. A escala IMPACTO-BR, desenvolvida em amplo estudo da Organização Mundial de Saúde,

foi recentemente validada no Brasil. A IMPACTO-BR apresenta itens distribuídos em três fatores: efeitos sobre a saúde física e mental, efeitos sobre o funcionamento da equipe e sentimento de estar sobrecarregado (Bandeira e cols., 1999). Os dois instrumentos foram utilizados neste estudo e serão melhor descritos no tópico Método.

Vários estudos destacaram as principais variáveis associadas ao *burnout*. Parte destas pesquisas destaca o papel dos fatores institucionais e administrativos. Thomsen e cols. (1999) observaram que características organizacionais foram mais importantes que as individuais para prever exaustão emocional e realização. O autor sugere que o ambiente de trabalho pode ser melhorado em fatores como eficiência, desenvolvimento pessoal e metas de qualidade.

Para Hannigan e cols. (2000), a falta de segurança no trabalho e a carência de apoio institucional foram variáveis que influenciaram em atitudes negativas com os clientes. Características de apoio por parte dos gerentes produziram benefícios tanto para os trabalhadores como para os usuários.

Reid e cols. (1999a) observaram que a equipe que trabalhava na comunidade descreveu a relação com os pacientes como mais recompensadora do que a equipe hospitalar, porém relatou sentimento de desconforto pelo grau de responsabilidade. A equipe do hospital identificou como dificuldades centrais a carga de responsabilidade, a falta de autonomia, a desmoralização pelo “*revolving door*”<sup>1</sup>, a violência e a necessidade de conter os pacientes.

Por outro lado a falta de apoio tem sido apontada como fator que favorece o *burnout*. Hannigan e cols. (2000) verificaram que o trabalho em ambiente urbano e a carência de apoio foram os indicadores de maior exaustão emocional. Para Korkeila e cols. (2003), a falta da possibilidade de consultar um colega ou realizar supervisões esteve associada ao *burnout*. Para Gulliver e cols. (2003) a possibilidade de encontrar apoio de colegas e supervisores foi uma variável de destaque.

---

<sup>1</sup> *Revolving door* ou “porta giratória”: o termo refere-se a sucessivas reinternações do paciente psiquiátrico

Entre outras variáveis associadas à exaustão emocional, Edwards e cols. (2001), encontraram o trabalho com uma clientela específica e a falta de segurança no trabalho. Para Tummers e cols. (2001), a alta carga de trabalho e o baixo apoio social mostraram-se associados à exaustão emocional. Billings e cols. (2003) observaram uma tendência à diminuição da exaustão emocional na medida em que as equipes foram ficando mais estabelecidas. Para Thomsen e cols. (1999), os principais preditores individuais de exaustão emocional, em ordem decrescente, foram: baixa realização, sobrecarga e baixa auto-estima. Majomi e cols. (2003), identificaram demandas competitivas entre o trabalho e a vida doméstica, correlacionado o estresse doméstico e o *burnout*. O estresse ocupacional ocorria em função do conflito entre papéis familiares e profissionais e não somente do trabalho em si. Os autores destacaram a importância das diferenças individuais na configuração de sentidos subjetivos às experiências de estresse.

Alguns estudos abordaram estratégias de manejo da sobrecarga. Robinson e cols. (2003) concluíram que trabalhar horas adequadas, comunicação efetiva, acesso à educação continuada, apoio dos colegas e idade (envelhecimento) foram associadas a menor nível de exaustão emocional. Webster e Hackett (1999) assinalaram que o supervisor clínico pode contribuir para o desenvolvimento de um clima de trabalho positivo. Para Cottrell (2001), a supervisão mostrou-se efetiva enquanto maneira de reduzir o estresse. No estudo de Reid e cols. (1999b), as supervisões individuais foram citadas por um terço da equipe, sendo identificadas como oportunidade para apoio, ajuda educacional na aquisição de habilidades, manejo da sobrecarga e desenvolvimento profissional. Aprender novas habilidades clínicas foi o treinamento mais valorizado.

Reid e cols. (1999b) também verificaram o uso de estratégias de gerenciamento do tempo e da carga de trabalho para lidar com a demanda excessiva de trabalho. Foram citadas estratégias para organização do número de casos, priorização e planejamento do trabalho, com

execução de tarefas no momento oportuno visando evitar o acúmulo de trabalho. O autor observou que uma importante estratégia utilizada no manejo do estresse foi conversar com os colegas. Médicos e psicólogos citaram os colegas de profissão como principais fontes de enfrentamento ao estresse, mais valorizados no apoio através de contatos informais do que em grupos formais de trabalho. No entanto, gerentes de ala não sentiam que podiam discutir suas dificuldades com o resto da equipe. Atividades fora do local de trabalho para redução de estresse foram citadas.

Tendo em vista as considerações apresentadas sobre a relevância da avaliação sistemática para o desenvolvimento dos serviços psiquiátricos e, de maneira particular, a perspectiva da avaliação, através de instrumentos de medida validados, realizada pelos próprios atores do processo de cuidado, foram delineados os principais objetivos deste estudo.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Investigar os níveis de satisfação, sobrecarga e estresse de profissionais que integram equipes multidisciplinares em serviços psiquiátricos de hospitalização integral e parcial, na cidade de Ribeirão Preto.

### **Objetivos Específicos**

1. Avaliar o grau de satisfação geral dos profissionais e discriminar a satisfação em relação aos fatores: qualidade do serviço oferecido, condições de trabalho, participação no serviço e relacionamentos no trabalho.
2. Avaliar o nível geral de sobrecarga no trabalho e discriminar a sobrecarga em relação aos fatores: efeitos sobre a saúde física e mental, efeitos sobre o trabalho e sentimento de estar sobrecarregado.
3. Caracterizar manifestações de estresse e discriminar a fase e o tipo de sintomatologia predominante.
4. Discriminar os aspectos dos serviços que apresentem os maiores e os menores escores de satisfação e sobrecarga.
5. Correlacionar os índices gerais de satisfação e sobrecarga com as variáveis sócio-demográficas: idade, estado civil, sexo, nível educacional e tempo de serviço em saúde mental.
6. Descrever características da satisfação em relação a alguns aspectos da situação de trabalho: expectativa de promoção, grau de responsabilidade, participação no serviço, participação em reuniões de equipe e assistência a pacientes e familiares.

7. Descrever algumas características associadas ao processo de sobrecarga: tempo que o profissional passa com o doente, apoio profissional (supervisão), percepção em relação ao apoio familiar.
8. Comparar os níveis de satisfação, sobrecarga e estresse entre:
  - Os seis serviços estudados.
  - O agrupamento dos serviços enquanto unidades de hospitalização parcial, enfermaria em hospital geral e hospital psiquiátrico e enquanto serviços universitários e não universitários.
  - As várias categorias profissionais.
  - Os trabalhadores de turno diurno e noturno.
9. Fazer uma análise correlacional entre os resultados de satisfação, sobrecarga e estresse.
10. Comparar os grupos de profissionais que apresentaram e os que não apresentaram estresse, em termos dos seus resultados nas escalas de satisfação e sobrecarga.
11. Analisar informações sobre investimento em formação profissional e psicoterapia, a partir dos resultados de um questionário complementar.

## MÉTODO

### 1. Caracterização da Situação de Estudo e da Amostra

A pesquisa foi desenvolvida em seis serviços de psiquiatria, sendo dois de hospitalização parcial (Hospital Dia), dois em hospital geral e dois em hospital psiquiátrico, conforme especificado abaixo.

#### 1.1. Hospital Dia A – HD-A

O Hospital Dia A é um serviço universitário ativo desde 1974. O serviço conta com uma equipe multidisciplinar integrada por profissionais contratados e estagiários. O seu modelo de funcionamento encontra-se fundamentado em princípios de psiquiatria clínica e psicodinâmica, psicoeducação, terapias de grupo e comunidade terapêutica.

Por ocasião da coleta a equipe multidisciplinar era composta por treze profissionais, sendo: médicos psiquiatras (2), assistente social (1), terapeuta ocupacional (1), psicólogo (1), enfermeiros (2), auxiliares de enfermagem (2), educador em práticas esportivas (1), agentes administrativos (2) e auxiliar de serviço (1).

A equipe de estagiários inclui médicos residentes em psiquiatria, aprimorandos de psicologia, serviço social, terapia ocupacional e estagiários nas áreas de psicoeducação, psicodiagnóstico, enfermagem e terapia ocupacional. Além disso, profissionais voluntários atuam nas áreas de psicoeducação, ioga e musicoterapia. O programa terapêutico inclui a terapia medicamentosa, grupos terapêuticos, psicoterapia, psicoeducação, atividade física, recreação, terapia ocupacional e terapia familiar.

A equipe possui dois horários fixos semanais de reuniões. Em um destes horários participam somente os profissionais contratados, sendo a reunião coordenada em sistema de rodízio. Em um segundo horário, participam também os médicos residentes, aprimorandos e



estagiários do serviço. Por ocasião da coleta de dados, o serviço atendia até 14 pacientes em regime de semi-internação e cerca de 30 em ambulatório de pós alta.

### **1.2. Hospital Dia B – HD-B**

O serviço de hospitalização parcial B é um serviço público, com funcionamento do tipo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), desde 1995. A unidade conta com uma equipe multidisciplinar composta por 11 profissionais, a saber: psiquiatras (2), psicólogo (1), assistente social (1), terapeuta ocupacional (1), enfermeiros (3), auxiliares de enfermagem (2) e agente administrativo (1).

Por ocasião da coleta eram atendidos cerca de 25 pacientes em um programa de tratamento intensivo, em regime de hospitalização parcial (de segunda a sexta feira), e 45 em programas menos intensivos, de acordo com as indicações para o caso.

O programa terapêutico inclui consultas psiquiátricas, psicoterapia individual, grupo operativo, oficina, terapia ocupacional, grupo terapêutico, musicoterapia, atividade física, Tai-chi-chuan, dança do ventre, grupo de relaxamento e reunião de familiares. O serviço realiza reuniões semanais com a equipe de profissionais.

### **1.3. Hospital Geral A – HG-A**

O Hospital Geral A é uma unidade de psiquiatria de internação integral em hospital universitário, ativo desde 1976 e que atende até 14 pacientes. O serviço dispõe de uma equipe multidisciplinar integrada por profissionais contratados e estagiários. O grupo de contratados é composto por: médicos psiquiatras (3), enfermeiros (6), auxiliares de enfermagem (12), assistente social (1), terapeuta ocupacional (1), psicólogo (1) e agente administrativo (1).

Um conjunto de atividades integra o programa terapêutico e inclui: consulta psiquiátrica, grupos operativos, ginástica, passeio externo, terapia ocupacional, grupo multifamiliar, reuniões nucleares de família e visitas domiciliares.

O programa prevê horários de reuniões de equipe, sendo uma quinzenal para a Equipe Fixa, direcionada à participação dos profissionais contratados e uma reunião semanal de Equipe Geral, da qual participam também os médicos residentes, aprimorandos e estagiários do serviço.

#### **1.4. Hospital Geral B – HG-B**

O Hospital Geral B é um serviço universitário de internação integral breve, destinado ao atendimento durante a situação de crise, ativo desde 2001. A unidade recebe até 8 pacientes.

O serviço dispõe de médicos psiquiatras (5), enfermeiros (6), auxiliares de enfermagem (10), atendente de enfermagem (1) e um médico residente de psiquiatria. O programa de atendimento está centrado na abordagem psiquiátrica e nas medidas de suporte. Não estão previstas reuniões regulares semanais de equipe.

#### **1.5. Hospital Psiquiátrico A – HP-A**

O Hospital Psiquiátrico A integra um complexo hospitalar psiquiátrico, sendo que esta unidade atende somente a pacientes agudos do sexo masculino, desde 1995.

A equipe é composta por psiquiatra (1), enfermeiros (2), psicólogos (3), assistentes sociais (2), terapeuta ocupacional (1), auxiliares de enfermagem (16), atendentes de enfermagem (2), auxiliares de serviço (7), auxiliar de serviço social (1), auxiliar de terapia ocupacional (1), orientador de práticas esportivas (1) e cabeleireiro (1).

O serviço tem disponibilidade de 30 leitos para internação integral. O programa terapêutico inclui a participação do paciente em consultas psiquiátricas e clínicas, grupos operativos, terapia ocupacional, passeios e assembléia quinzenal com pacientes e

funcionários. Entre os profissionais, está prevista uma reunião de equipe semanal, centrada em aspectos administrativos, e outra de planejamento terapêutico.

### **1.6. Hospital Psiquiátrico B – HP-B**

O Hospital Psiquiátrico B integra o mesmo complexo hospitalar psiquiátrico do HP-A, sendo que esta unidade atende somente a pacientes agudos do sexo feminino, desde 1995.

A equipe é formada por psiquiatra (1), enfermeiros (2), psicólogos (2), assistentes sociais (2), terapeuta ocupacional (1), auxiliares de enfermagem (20), atendentes de enfermagem (2), auxiliares de serviço (5) e auxiliares de serviço social (2).

O serviço tem 30 leitos disponíveis para internação integral. O programa de tratamento prevê uma abordagem multidisciplinar, com participação dos usuários em: consulta psiquiátrica, clínica, grupo operativo, grupo sócio educativo, reunião de familiares, terapia ocupacional, salão de beleza, atividades culinárias, passeios e assembléia com participação de pacientes e funcionários.

## **2. Caracterização dos Instrumentos de Pesquisa**

Na coleta de dados foram utilizados quatro instrumentos: a Escala de Avaliação da Satisfação Profissional (SATIS-BR), a Escala de Avaliação da Sobrecarga Profissional (IMPACTO-BR), o Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp (ISSL) e o questionário Complementar.

### **2.1. Escalas de Avaliação da Satisfação e da Sobrecarga da Equipe Técnica com os Serviços de Saúde Mental**

As Escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR integram um conjunto de escalas para avaliação de serviços de saúde mental da Organização Mundial de Saúde, que foram

validadas para o Brasil por Bandeira, Pitta e Mercier (2000a, 2000b). O questionário inicial que deu origem a estas escalas foi desenvolvido pela Divisão de Saúde Mental da OMS, em Genebra. A pesquisa de tradução e adaptação dos questionários foi realizada pela Dra. Ana Pitta e pela equipe do Laboratório de Investigações em Saúde Mental da Universidade de São Paulo e a coleta de dados ocorreu no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo. A análise das propriedades psicométricas das escalas brasileiras, baseadas no estudo de validação canadense, foi realizada no Centro Colaborador da OMS em Montreal para Pesquisa e Treinamento em Saúde Mental e no Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental (LAPSAM) da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ) (Bandeira e cols., 1999; Bandeira e cols., 2000a).

Os resultados das análises de consistência interna, validade de construto e validade concomitante das escalas brasileiras demonstraram que elas possuem qualidades psicométricas adequadas de validade e fidedignidade. No processo de adaptação dos questionários procedeu-se à reformulação das questões, adaptando-as ao contexto brasileiro e à uniformização dos itens em escala ordinal do tipo Likert de 5 pontos (Bandeira e cols., 2000). Ambos os instrumentos são auto-aplicáveis.

### **2.1.1. Escala de Avaliação da Satisfação da Equipe Técnica com os Serviços de Saúde Mental – SATIS-BR**

O objetivo desta escala consiste em avaliar o grau de satisfação dos profissionais de saúde mental com o serviço. A Escala SATIS-BR contém 69 questões. Dessas, 32 são quantitativas, sendo utilizadas para o cálculo do grau de satisfação das equipes.

Os itens quantitativos se distribuem em quatro sub-escalas que avaliam os seguintes aspectos: relações da equipe com os pacientes, participação da equipe nas decisões, condições

de trabalho e relações com os colegas. Estas sub-escalas permitem calcular o grau de satisfação da equipe para cada uma destas dimensões do serviço.

Existem 27 questões que visam obter informações complementares sobre: o meio de transporte para o trabalho, tempo de deslocamento até o local de trabalho, tempo de trabalho no serviço, número e utilidade das reuniões de equipe, frequência considerada ideal para conversas entre a equipe e os pacientes, percepção da equipe sobre outras opções de serviço disponíveis para o paciente e as razões que o levaram a optar pelo serviço.

Outras informações solicitadas dizem respeito a: percepção do profissional sobre suas chances de ser promovido, grau de responsabilidade, sentimento de estar sobrecarregado, relações com os superiores, participação no processo de implementação e avaliação do serviço, percepção sobre outros serviços de que o paciente necessitaria, avaliação sobre o envolvimento das famílias no tratamento e relacionamento das famílias com a equipe, opinião sobre a competência da equipe, medidas de segurança e melhorias possíveis para o serviço.

O questionário inclui ainda seis questões abertas coletando dados sobre os aspectos mais e menos apreciados no serviço, com quatro sub-questões para informações sobre: sugestões para aperfeiçoamento do serviço, razões que o levariam a recomendar o serviço, a especificação de opções que o paciente tinha quando foi admitido e os atendimentos de que o paciente necessitaria, porém não recebe. A Escala de Satisfação encontra-se no Anexo 1.

### **2.1.2. Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental – IMPACTO-BR**

O objetivo desta escala consiste em avaliar a sobrecarga dos profissionais de serviços de saúde mental. A escala IMPACTO-BR apresenta 34 questões. O cálculo do grau sobrecarga é avaliado através de 18 questões quantitativas dispostas em escala ordinal tipo Likert de 5 pontos. Estas questões distribuem-se em três sub-escalas que permitem calcular a

sobrecarga para cada um dos seguintes aspectos: efeitos sobre a saúde física e mental, efeitos no funcionamento da equipe e sentimento de estar sobrecarregado.

Onze questões complementares informam sobre o tempo de trabalho em saúde mental, tempo de contato diário com os pacientes, tipo de atividade executada, local e horário de trabalho. São coletadas ainda informações sobre as repercussões individuais em relação a sentimento de culpa, nível de estresse, necessidade de apoio profissional, impacto nas relações familiares e satisfação com o trabalho.

Cinco outras questões avaliam aspectos sócio-demográficos: idade, sexo, estado civil, escolaridade e profissão. A Escala de Impacto pode ser consultada no Anexo 2.

## **2.2. Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL)**

O inventário, que foi inicialmente validado por Lipp e Guevara em 1994 e posteriormente por Lipp (2000), apresenta uma avaliação de sintomas de estresse, tendo como objetivo verificar a ocorrência de estresse e em caso positivo indicar a fase e o tipo de sintomatologia predominante. O protocolo de avaliação encontra-se dividido em quatro fases correspondentes às fases do estresse: alerta, resistência, quase exaustão e exaustão. Solicita-se ao participante da pesquisa que assinale na primeira parte os sintomas que apresentou nas últimas 24 horas, a partir de uma lista com 15 sintomas de estresse. A segunda parte apresenta 15 itens e corresponde aos sintomas experimentados na última semana. A terceira parte está composta por 23 sintomas, dos quais devem ser assinalados aqueles experimentados no último mês. O inventário encontra-se no Anexo 3.

## **2.3. Questionário complementar**

Visando ampliar em alguns aspectos a compreensão do objeto de estudo, o autor desta pesquisa organizou um questionário que visa obter algumas informações complementares.

Este questionário foi construído a partir da experiência pessoal de atendimento a pacientes psiquiátricos por parte do pesquisador e em levantamento bibliográfico de questões pertinentes à equipe multidisciplinar.

As questões abordam aspectos do investimento em formação profissional e psicoterapia, sendo solicitadas informações sobre: a percepção do próprio preparo profissional, a participação em cursos, congressos, leituras, apoio ao aprendizado, psicoterapia, realização pessoal e realização de outro trabalho remunerado. O questionário encontra-se no Anexo 4.

### **3. Caracterização dos Procedimentos de Pesquisa**

#### **3.1. Trabalho de campo**

##### **3.1.1. Aspectos Éticos**

A cada participante foi solicitada a colaboração, destacando-se ser esta voluntária e sigilosa. Os participantes foram informados sobre a natureza da pesquisa, os objetivos, os procedimentos utilizados e a ausência de riscos e danos decorrentes da participação no estudo, a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem nenhum ônus para seu trabalho, bem como a garantia de sigilo dos dados obtidos e da disponibilidade do pesquisador para qualquer esclarecimento necessário. Todos os que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Informado (Anexo 5). O estudo recebeu autorização de cada um dos serviços para sua realização e aprovação no Comitê de Ética (Anexo 6).

### **3.1.2. Coleta de Dados**

Os questionários foram aplicados pelo autor do estudo e envolveram a coleta de dados em diferentes dias e horários de acordo com a disponibilidade dos participantes. Os questionários foram sempre respondidos de maneira individual e quando possível, a aplicação foi realizada para vários profissionais simultaneamente. Os instrumentos escolhidos são auto aplicáveis, mas a coleta foi acompanhada pelo autor, visando esclarecimento de eventuais dúvidas.

A coleta de dados dos profissionais contratados ocorreu entre outubro de 2003 e janeiro de 2004. A coleta junto aos médicos residentes estendeu-se até outubro de 2004, acompanhando o rodízio pertinente à troca de estágios, de acordo com o programa da residência em psiquiatria.

### **3.2. Tratamento dos Dados**

Os resultados obtidos foram organizados em uma planilha do programa de dados Excel e receberam tratamento estatístico a partir do programa *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS), versão 10.0. Inicialmente foi realizada a análise descritiva dos dados e em seguida procedeu-se a análise estatística inferencial. Os procedimentos técnicos usados para a cotação das escalas de satisfação e de sobrecarga e do inventário de estresse foram realizados de acordo com as proposições dos respectivos instrumentos.

Foram calculados o escore médio geral de satisfação e de sobrecarga e os valores referentes às sub-escalas. Para comparação entre os resultados obtidos entre os fatores de satisfação e de sobrecarga utilizou-se a ANOVA.

A comparação dos escores médios de satisfação e sobrecarga entre os serviços estudados (e os agrupamentos de serviços) foi realizada respectivamente com a ANOVA e o teste de Kruskal-Wallis (por não comportar análise paramétrica, de acordo com hipótese de



normalidade do teste de Kolmogorov-Smirnov). Os mesmos procedimentos estatísticos foram utilizados para a comparação dos escores médios de satisfação e de sobrecarga entre as diferentes categorias profissionais. A comparação dos resultados referentes aos escores médios de satisfação e sobrecarga entre trabalhadores de período diurno e noturno foi realizada com o Teste t de Student.

Foram analisadas as relações entre os escores de satisfação e as variáveis sócio-demográficas. Procedeu-se à análise de correlação de Pearson para verificar a associação entre os escores de satisfação e as variáveis idade e nível de escolaridade. Para a comparação entre os escores de satisfação e as variáveis estado civil e tempo de trabalho em saúde mental foi utilizada a ANOVA. Para a comparação entre os escores de satisfação e a variável sexo foi realizado o Teste t de Student.

Foram analisadas as relações entre os escores de sobrecarga e as variáveis sócio-demográficas. Para as comparações dos resultados de sobrecarga e as variáveis: estado civil, grau de escolaridade e tempo de trabalho em saúde mental foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Para as análises estatísticas entre os escores de sobrecarga e a variável idade foi realizada a análise de correlação de Spearman. A comparação dos escores de sobrecarga e a variável sexo foi realizada através do Teste de Mann-Whitney.

Em relação aos resultados obtidos com o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL) para a comparação da presença de estresse entre os serviços estudados, foi realizado o Teste do Qui Quadrado. Para a comparação da ocorrência de estresse entre trabalhadores do período diurno e noturno foi utilizado o Teste t de Student.

Para a comparação entre a presença de estresse e as variáveis sexo e estado civil foi utilizado o Teste do Qui Quadrado. A comparação entre a ocorrência de estresse e o grau de escolaridade foi realizada com o teste de Mann-Whitney. Na comparação da presença de

estresse e a idade foi realizado o Teste t de Student. Para a comparação entre indicadores de estresse e o tempo de serviço em saúde mental, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis.

No estudo da comparação entre os resultados dos instrumentos, procedeu-se à análise do coeficiente de correlação de Spearman para verificar a relação entre os escores de satisfação e os de sobrecarga. Para a comparação entre as manifestações de estresse (ocorrência ou não) e os escores de sobrecarga e de satisfação, realizou-se o Teste t de Student. Utilizou-se a análise de correlação de Spearman para verificar a relação entre os escores de sobrecarga e a predominância de sintomas físicos ou psicológicos de estresse.

Para todos os testes estatísticos utilizaram-se, como nível de significância, os valores de  $p \leq 0,05$ .

## RESULTADOS

### AMOSTRA

Participaram do estudo 172 sujeitos, sendo 136 profissionais contratados e 36 médicos residentes de psiquiatria. A coleta de dados foi realizada nos seis serviços pesquisados. A distribuição dos participantes por serviço encontra-se especificada na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais participantes, agrupados em profissionais contratados e em formação, de acordo com o serviço psiquiátrico no qual trabalhavam.

Serviço Participante	Hospital dia A (HD-A)	Hospital dia B (HD-B)	Hospital Geral A (HG-A)	Hospital Geral B (HG-B)	Hospital Psiquiátrico A (HP-A)	Hospital Psiquiátrico B (HP-B)	Total
Contratados	13	11	22	21	36	33	136
Residentes	13	0	13	10	0	0	36
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>11</b>	<b>35</b>	<b>31</b>	<b>36</b>	<b>33</b>	<b>172</b>

Os profissionais contratados que participaram da pesquisa representaram uma amostra próxima ao total de profissionais pertencentes aos serviços estudados (92%). Entre os sujeitos não participantes, em relação à previsão inicial de coleta, dois foram excluídos por terem respondido apenas parcialmente aos questionários e dez não chegaram a ser entrevistados por motivo de férias ou falta ao trabalho.

A amostra de médicos residentes integrantes do estudo foi de 36 participantes, sendo 26 médicos residentes de primeiro ano e 10 médicos residentes de segundo ano. Ocorreu um breve período de interrupção na coleta dos dados durante uma greve nos serviços universitários. Esta medida teve o objetivo de evitar a coleta de dados em um período atípico devido à redução de atendimentos e resultou na perda de seis sujeitos.

A seguir, buscando-se o aprofundamento da análise dos dados, serão descritos separadamente os resultados obtidos no estudo da amostra de profissionais contratados e de

médicos residentes. Esta subdivisão justifica-se em função das relevantes diferenças na natureza do vínculo institucional entre os dois grupos.

## PROFISSIONAIS CONTRATADOS

### I. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

#### 1. Características Sócio-Demográficas

Os resultados a seguir são referentes aos dados colhidos junto aos profissionais contratados. Inicialmente apresentar-se-á uma caracterização da amostra, verificando-se a distribuição dos participantes por serviço e a descrição de aspectos sócio-demográficos.

Participaram do estudo 136 profissionais, apresentados pela Tabela 2, distribuídos por serviço e por categoria profissional.

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais contratados de acordo com o serviço e a categoria profissional

Serviço	Hospital Dia A (HD-A)	Hospital Dia B (HD-B)	Hospital Geral A (HG-A)	Hospital Geral B (HG-B)	Hospital Psiquiátrico A (HP-A)	Hospital Psiquiátrico B (HP-B)	Total
<b>Categoria profissional</b>							
Auxiliar enfermagem	2	2	12	9	15	17	<b>57</b>
Enfermeiro	2	3	5	6	2	2	<b>20</b>
Médico	2	2	2	5	1	1	<b>13</b>
Auxiliar de serviço	1	0	0	0	7	5	<b>13</b>
Assistente social	1	1	1	0	2	2	<b>7</b>
Psicólogo	1	1	1	0	3	1	<b>7</b>
Atendente enfermagem	0	0	0	1	2	2	<b>5</b>
Terapeuta ocupacional	1	1	1	0	1	1	<b>5</b>
Auxiliar serviço social	0	0	0	0	1	2	<b>3</b>
Agente administrativo	2	1	0	0	0	0	<b>3</b>
Outros	1	0	0	0	2	0	<b>3</b>
<b>Total profissionais</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>36</b>	<b>33</b>	<b>136</b>

No conjunto de participantes, as maiores equipes estavam no Hospital Psiquiátrico, que contribuiu com 50,73% da amostra (26,47% na unidade A e 24,26% na unidade B). Entre os demais participantes, 31,62% encontravam-se no hospital geral (16,18% na unidade A e 15,44% na unidade B) e 17,65% no hospital parcial (9,56% na unidade A e 8,09% na unidade B).

Na composição da amostra por categoria profissional, os profissionais de enfermagem destacaram-se com o maior número de participantes, aproximadamente 60% da amostra, distribuídos entre enfermeiros, auxiliares e atendentes de enfermagem.

A idade dos profissionais variou entre 18 e 64 anos, sendo que a média foi de aproximadamente 40 anos. A Tabela 3 ilustra a distribuição dos participantes em relação ao gênero, estado civil e escolaridade.

Tabela 3 – Porcentagem de participantes, distribuídos em relação ao gênero, estado civil e escolaridade.

Variável	Especificação	Porcentagem
Gênero	Masculino	34,60
	Feminino	65,40
Estado civil	Casado	52,20
	Solteiro	29,40
	Separado	12,50
	Viúvo	5,90
Ensino	Fundamental	13,20
	Médio	39,00
	Universidade	33,10
	Pós-graduação	14,70

Em relação à variável gênero, houve predomínio da participação de mulheres. No que se refere ao estado civil, a maioria dos participantes era casada ou vivia com companheiro. E em relação ao nível de escolaridade, houve predomínio de profissionais com ensino superior concluído.

Considerando-se a distribuição percentual de profissionais com formação universitária por serviço, o HD-B apresentou 81% de profissionais com nível universitário, seguido pelo HG-B (62%), HD-A (61%), HG-A (54%). As duas unidades do Hospital Psiquiátrico apresentaram 33% em ambas as unidades pesquisadas. Porém, considerados em números absolutos, observou-se uma pequena variação entre os serviços em relação à quantidade de profissionais com formação universitária, sendo encontrados 13 no HG-B, 12 no HG-A, 12 no HD-A, 11 no HD-B, 9 no HP-B e 8 no HP-A. O HD-B apresentou a maior porcentagem de profissionais com pós-graduação (36%), seguido pelo HG-B (29%), HG-A (27%), HD-A (15%), HP-A (6%) e HP-B (0%).

## 2. Características Gerais em Relação ao Trabalho

Os participantes foram distribuídos em relação ao tempo de trabalho em saúde mental e o tempo no qual trabalhavam em seus respectivos serviços. Os dados encontram-se expressos na Tabela a seguir.

Tabela 4 – Porcentagem de participantes distribuídos em relação ao tempo de trabalho em saúde mental e ao tempo de trabalho no serviço.

Variável	Especificação	Porcentagem
Tempo de trabalho Em saúde mental	Mais de 10 anos	47,10
	De 6 a 10 anos	22,10
	De 1 a 6 anos	28,60
	Menos de 1 ano	2,20
Tempo de trabalho no serviço	Mais de 5 anos	63,23
	De 2 a 5 anos	27,94
	De 1 a 2 anos	5,15
	De 6 meses a 1 ano	2,94
	Menos de 1 ano	0,74

Observou-se uma predominância de profissionais que trabalhavam há mais de dez anos na área da saúde mental, sendo que a maioria encontrava-se no seu respectivo serviço há mais de cinco anos. Considerando as diferenças entre os serviços, observou-se que o HP-A, o

HD-A e HG-A apresentaram as maiores porcentagens de profissionais que trabalhavam em saúde mental há mais de dez anos, respectivamente 66%, 62% e 59%. O HG-B e o HP-B apresentaram 33% de seus profissionais nesta categoria e o HD-B apenas 27%. Cabe lembrar que o HG-B e o HD-B eram serviços com menor tempo de existência.

Foram coletadas informações referentes ao tipo e ao tempo de transporte utilizado na locomoção para o trabalho, conforme especificado na Tabela 5.

Tabela 5 – Porcentagem de participantes distribuídos em relação tipo e tempo de transporte.

Variável	Tipo	Porcentagem
Tipo de transporte	Condução própria	69,10
	Transporte público	21,30
	Caminhada	5,90
	Amigos	1,47
	Familiares	1,47
	Mais de uma forma	0,73
Tempo de transporte	Até 15 minutos	45,59
	De 16 a 30 minutos	34,56
	De 30 a 45 minutos	8,09
	De 45 a 60 minutos	8,82
	Mais de 60 minutos	2,94

Observou-se que a maioria utilizava condução própria para locomover-se até o serviço e despendia até trinta minutos para chegar ao trabalho.

## II. ESTUDO DA SATISFAÇÃO

### 1. Escore Geral e Fatores

Baseado na utilização da Escala de Satisfação (SATIS-BR), foram calculados os escores de satisfação por sujeito e o escore médio de satisfação para o conjunto da amostra. O escore individual de satisfação variou de 1,69 a 4,34 e a média dos escores foi 3,26, valor este situado entre “indiferente” e “satisfeito”, quando consideradas a categorização dos itens da

escala. Também foram realizados os cálculos dos escores médios de satisfação para os fatores da escala. Na Tabela 6 encontram-se discriminados os valores obtidos.

Tabela 6 – Escores de satisfação (geral e fatores) em termos de escore médio e desvio padrão.

Escores	Escore médio	Desvio padrão	Varição
SATIS-BR			
Satisfação Geral	3,26	0,54	1,69 – 4,34
Qualidade do serviço (F1)	3,48	0,67	1,60 – 4,70
Participação no serviço (F2)	3,20	0,68	1,57 – 4,71
Condições de trabalho (F3)	2,97	0,64	1,40 – 4,40
Relacionamentos (F4)	3,48	0,72	1,33 – 5,00

Os fatores de maior satisfação foram “Qualidade do Serviço Oferecido” e “Relacionamentos no Trabalho” apresentando escore médio de 3,48. Pesquisou-se a ocorrência de diferenças estatísticas entre os resultados obtidos nos fatores da escala. Realizando a ANOVA ( $F= 35,76$ ;  $p<0,001$ ) e a Técnica dos Contrastes foi possível identificar uma maior satisfação dos fatores 1 e 4 em relação aos fatores 2 e 3. Assim, a satisfação com os fatores “Qualidade do Serviço” e “Relacionamentos no Trabalho” foi estatisticamente superior ao grau de satisfação com os fatores “Condições de Trabalho” e “Participação no Serviço”.

## 2. Variáveis de Satisfação

Na perspectiva de complementar os resultados referentes aos fatores da escala e considerando-se os 32 itens da SATIS-BR que integram o cálculo do escore geral de satisfação, foram discriminadas as variáveis que isoladamente apresentaram os maiores e os menores escores médios de satisfação entre os profissionais contratados.

Em ordem decrescente, os aspectos de satisfação que obtiveram os maiores escores foram: recomendação do serviço para um amigo ou familiar (3,80), grau de responsabilidade (3,68), relacionamento com colegas (3,65), competência profissional da equipe (3,64),



quantidade de ajuda dada aos pacientes (3,61) e atendimento às necessidades dos pacientes (3,59). Desta forma, foi possível discriminar aspectos relacionados à qualidade da assistência e aos relacionamentos no trabalho que se destacaram na contribuição para maior satisfação nos serviços.

Por outro lado, as variáveis que obtiveram os menores escores de satisfação foram: salário (1,98), benefícios (2,49), segurança no trabalho (2,57), conforto e aparência do serviço (2,57), instalações (2,90) e promoção no emprego (2,93). Assim, observou-se que variáveis associadas às condições de trabalho foram responsáveis pelos menores índices de satisfação, com destaque para o salário, os benefícios e a segurança.

### **3. Comparação entre Serviços e Grupos**

#### **3.1. Hospital Dia A, Hospital Dia B, Hospital Geral A, Hospital Geral B, Hospital Psiquiátrico A e Hospital Psiquiátrico B.**

Foram comparados os resultados dos escores de satisfação obtidos nos diferentes serviços. A Tabela 7 apresenta a média dos valores relativos ao escore geral e aos fatores da SATIS-BR.

Tabela 7 – Escores médios de satisfação distribuídos por serviço.

Escores de satisfação Serviço	Escore geral	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Hospital dia A (HD-A)	3,51	3,90	3,77	2,86	3,62
Hospital dia B (HD-B)	3,33	3,59	3,09	3,23	3,27
Hospital geral A (HG-A)	3,38	3,53	2,93	3,12	3,30
Hospital geral B (HG-B)	3,22	3,50	3,25	3,21	3,57
Hospital psiquiátrico A (HP-A)	3,46	3,71	3,44	3,07	3,75
Hospital psiquiátrico B (HP-B)	2,88	2,98	2,88	2,58	3,24

A partir da aplicação da ANOVA ( $F= 6,175$ ;  $p< 0,001$ ) para a comparação dos escores médios gerais de satisfação entre os serviços e do Teste de Tukey, verificou-se que os trabalhadores dos serviços HD-A, HG-B e HP-A apresentaram escores de satisfação significativamente superiores aos escores encontrados no HP-B.

Considerando-se os fatores da escala de satisfação, foram observadas diferenças estatísticas significativas entre os serviços em todos os fatores da escala ( $p < 0,005$ ). Assim, em relação ao fator “Qualidade do Serviço Oferecido” (Fator 1), o HP-B mostrou menor satisfação comparativamente ao HD-A, HD-B e HP-A. Para o fator “Condições de Trabalho” (Fator 2), observou-se menor satisfação no HP-B, HD-B e HG-A em relação ao HD-A. Para o fator “Participação no Serviço” (Fator 3), houve menor satisfação no HP-B na comparação com os serviços HD-B e HG-B. No fator “Relacionamentos no Trabalho” (Fator 4) observou-se menor satisfação no HP-B em relação ao HP-A.

Em uma análise complementar, verificou-se a distribuição dos itens que isoladamente obtiveram os maiores e os menores índices de satisfação entre os seis serviços estudados, encontrando-se os resultados expressos, respectivamente, no Quadro 1 e 2.

Quadro 1 - Variáveis de maior satisfação por serviço.

<b>Serviço</b>	<b>1 °</b>	<b>2 °</b>	<b>3 °</b>
Hospital dia A	Informações oferecidas sobre a doença	Informações oferecidas sobre o tratamento	Recomendação do serviço a amigos
Hospital dia B	Recomendação do serviço a amigos	Profissionais que compreendem pacientes	Competência da equipe/ Forma de tratamento
Hospital geral A	Recomendação do serviço a amigos	Responsabilidade no serviço	Ajuda oferecida
Hospital geral B	Recomendação do serviço a amigos	Relacionamento com colegas	Instalações
Hospital psiquiátrico A	Atendimento de necessidades do paciente	Competência da equipe	Serviço
Hospital psiquiátrico B	Responsabilidade no serviço	Relacionamento com colegas	Clima “amizade”

Considerando-se as três questões que mais contribuíram com os escores de satisfação, observou-se uma tendência geral de valorização da capacidade de ajuda oferecida aos pacientes, expressa na apreciação da competência da equipe, capacidade de ajuda aos pacientes e na intenção de recomendar o serviço a algum amigo ou familiar. Estes aspectos não tiveram destaque somente no hospital psiquiátrico B, onde se destacou a referência positiva aos relacionamentos entre colegas. Destaques particulares foram assinalados no serviço de hospitalização parcial em relação à quantidade de informações oferecidas e no hospital geral B em relação à condição das instalações.

Quadro 2 - Variáveis de menor satisfação por serviço.

<b>Serviço</b>	<b>1 °</b>	<b>2 °</b>	<b>3 °</b>
Hospital dia A	Salário	Conforto/Aparência	Instalações
Hospital dia B	Salário	Benefícios	Discussões
Hospital geral A	Salário	Benefícios	Promoção
Hospital geral B	Salário	Benefícios	Segurança
Hospital psiquiátrico A	Conforto/Aparência	Salário	Segurança
Hospital psiquiátrico B	Conforto/Aparência	Segurança	Salário

Em todos os serviços, o aspecto salarial foi o destaque negativo em relação aos escores de satisfação. Entre outros aspectos de menor satisfação, podem ser destacados: o conforto e a aparência do local de trabalho, indicada por trabalhadores do hospital psiquiátrico e do hospital dia A e a menor satisfação com a frequência de discussões relacionadas a temas profissionais no hospital dia B.

### **3.2. Hospital Parcial, Hospital Geral e Hospital Psiquiátrico**

Foram agrupados os dois serviços de hospitalização parcial (n= 24), os dois serviços de internação integral em hospital geral (n=43) e as duas unidades do Hospital Psiquiátrico (n=69) para comparação dos níveis de satisfação. Realizou-se a ANOVA e não foram encontradas diferenças estatísticas significativas ( $p = 0,13$ ) entre os serviços agrupados.

### 3.3. Universitários e Não Universitários

Foram agrupados os serviços universitários (n= 56) e não universitários (n= 80) e realizada a ANOVA. Não foi observada diferença estatística na comparação da satisfação.

### 3.4. Grupos Profissionais

#### 3.4.1. Escores de satisfação

Foram comparados os escores de satisfação entre as diferentes categorias profissionais. Para a análise estatística foram agrupadas algumas categorias. Desta forma organizou-se um grupo com auxiliares e atendentes de enfermagem; um grupo de psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais; um grupo de médicos psiquiatras; um grupo de enfermeiros e um grupo com predomínio de profissionais de nível técnico (auxiliares de serviço, auxiliares de serviço social, agentes administrativos, práticas esportivas e cabeleireiro). A Tabela 8 apresenta os resultados obtidos.

Tabela 8 – Escores médios de satisfação distribuídos por grupo profissional.

Cargo	Escore geral	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Auxiliar e atendente enfermagem (N= 62)	3,13	3,37	2,99	2,71	3,38
Enfermeiro (N= 20)	3,13	3,32	3,10	2,89	3,52
Médico (N= 13)	3,15	3,54	3,22	2,86	3,26
Assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional (N= 19)	3,21	3,54	3,43	2,99	3,63
Nível técnico (N= 22)	3,65	3,94	3,72	3,36	3,75

Para a comparação dos escores gerais de satisfação foram realizados a ANOVA (F= 4,040; p= 0,004;) e o Teste Tukey identificando-se maior satisfação de profissionais de nível técnico em relação aos grupos de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Em relação aos fatores da escala, a ANOVA mostrou diferenças estatísticas significativas no fator

1 ( $F= 3,247$ ;  $p= 0,014$ ), fator 2 ( $F= 5,522$ ;  $p< 0,001$ ) e fator 3 ( $F= 2,834$ ;  $p= 0,027$ ), sendo que os profissionais de nível técnico apresentaram níveis de satisfação superiores aos de enfermeiros, auxiliares e atendentes de enfermagem nos fatores “Qualidade do Serviço Oferecido” (Fator 1) e “Condições de Trabalho” (Fator 2). No fator “Participação no Serviço” (Fator 3), a satisfação dos profissionais de nível técnico foi superior à do grupo de psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.

### 3.4.2. Aspectos de participação e satisfação

Realizou-se a comparação entre as categorias profissionais, para avaliar quanto os profissionais consideravam que suas opiniões eram levadas em consideração. Foi observada diferença estatística significativa ( $p<0,001$ ), sendo esta ocorrência menor entre os auxiliares e atendentes de enfermagem (média= 2,46) em relação a todas as outras categorias. Os médicos consideraram ter suas opiniões mais levadas em consideração (média= 3,92), sendo a única categoria na qual todos os participantes afirmaram ter opiniões ao menos parcialmente consideradas. Na pesquisa da satisfação em relação a este item, o grupo dos auxiliares e atendentes de enfermagem (média= 2,86) apresentou nível de satisfação significativamente inferior ( $p=0,001$ ) em relação ao grupo profissional composto por psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais ( $m= 3,79$ ).

### 3.5. Trabalhadores Diurnos e Noturnos

Nos serviços de hospitalização integral, buscou-se estudar diferenças nos escores de satisfação entre trabalhadores do período diurno e noturno. A Tabela 9 apresenta os escores obtidos.

Tabela 9 – Escores médios de satisfação distribuídos por turno de trabalho.

Período	Escores	Escore geral	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Diurno		3,29	3,56	3,28	2,98	3,50
Noturno		3,17	3,20	2,90	2,86	3,34

Com a aplicação do Teste t de Student verificou-se haver diferença estatística significativa para os Fatores 1 e 2 da Escala de Satisfação. Desta maneira, a satisfação foi maior entre os trabalhadores do período diurno em relação à qualidade do serviço oferecido ( $p=0,01$ ) e a participação no serviço ( $p=0,007$ ).

#### **4. Características Descritivas e Satisfação**

Alguns itens da SATIS-BR não integram o cálculo dos escores de satisfação, mas fornecem informações ao seu estudo. Assim, por exemplo, a pergunta “Qual a chance de ser promovido?” precede a questão sobre a satisfação com a possibilidade de ser promovido, sendo que somente esta última integra o cálculo do escore de satisfação. Neste tópico, serão descritos alguns resultados obtidos em itens desta natureza, visando ampliar a compreensão e favorecer a discussão dos resultados, sendo que algumas questões foram agrupadas em blocos, de acordo com o tema abordado.

##### **4.1. Promoção e Responsabilidade**

A oportunidade de ser promovido foi percebida como improvável para a maioria dos participantes, sendo descrita como muito improvável para 36% e improvável para 42,60%. A oportunidade de promoção foi considerada provável para apenas 5,10%. Os outros 16,20% avaliaram a perspectiva de promoção como “mais ou menos” provável.

Embora tenha sido baixa a porcentagem de profissionais que consideraram provável uma promoção, o escore médio de satisfação foi 2,93. Em termos percentuais, este valor esteve associado à cerca de 31% de profissionais referindo “insatisfação” e 33% “indiferença” em relação à possibilidade de promoção.

A maioria dos trabalhadores (95%) considerava que o trabalho requeria muita responsabilidade, descrita como “uma grande dose” por 59% e como “muita” por 36%. A

dose de responsabilidade foi considerada variável para 5% dos profissionais e nenhum trabalhador referiu pequena responsabilidade. Questionados sobre a satisfação em relação a este item, menos de 20% referiram insatisfação. A maioria afirmou estar satisfeita em relação à dose de responsabilidade exigida no trabalho (77%).

#### **4.2. Participação no Serviço**

A participação no processo de tomada de decisões foi considerada ausente ou rara para 31,60% dos participantes e 45,60% afirmaram participar com frequência da mesma. Os outros 22,80% referiram participar “mais ou menos” da tomada de decisões.

Quanto à participação na implementação de programas e/ou atividades novas, 38,20% consideraram esta ocorrência inexistente ou rara e 23,50% responderam “mais ou menos”. Somente para 38,20% dos profissionais esta oportunidade foi considerada freqüente. No entanto, apenas 37,50% estavam insatisfeitos com este aspecto.

De maneira semelhante, 38,20% referiram como freqüente a participação no processo de avaliação das atividades e/ou programas do serviço e 34,50% assinalaram insatisfação neste item. Do mesmo modo, na questão que avaliava quanto o profissional percebia que suas opiniões eram levadas em consideração, apenas 24,50% considerava que isto ocorria com frequência e somente 30,90% estavam insatisfeitos com este tópico.

#### **4.3. Reuniões de Equipe**

A maioria dos profissionais (59,50%) relatou que participava de reuniões pelo menos uma vez por semana, sendo que 22,80% participavam mais de uma vez por semana. Desta forma, 40,50% afirmaram que não chegavam a participar de uma reunião por semana, dos quais 24,30% participavam menos de uma vez por mês, 11,80% freqüentavam de uma a três por mês e 4,40% nunca participava de reuniões de equipe. Apenas 53,60% estavam satisfeitos com a frequência destas reuniões, 30,20% referiram insatisfação, 11,80% indiferentes e

4,40% não responderam. A insatisfação com a frequência das reuniões não representava necessariamente desejar mais reuniões, pois, 49% estavam insatisfeitos com a participação em menos de uma reunião por mês, mas 38% estavam insatisfeitos com a participação em uma ou mais reuniões por semana.

A frequência de participação foi diferenciada, considerando as distintas categorias profissionais ( $p < 0,001$ ), sendo maior a frequência de participação entre médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais em relação a auxiliares de enfermagem. Também foram observadas diferenças na frequência de participação quando considerado o nível de escolaridade ( $p = 0,001$ ), sendo que profissionais com pós-graduação referiram maior frequência de participação em reuniões de equipe em relação aos que possuíam até o segundo grau.

A satisfação com a forma como as reuniões de equipe se realizavam foi referida apenas por 37,50% dos profissionais. Nenhum profissional referiu estar muito satisfeito. 59,30% estavam insatisfeitos e 8,80% indiferentes.

Em relação à eficácia e utilidade das reuniões de equipe, apenas 35,30% mostraram-se satisfeitos. Nenhum profissional referiu estar muito satisfeito e 44,10% relataram insatisfação.

A distribuição por serviço das frequências de participação nas reuniões de equipe encontra-se descrita na Tabela 10.

Tabela 10 – Porcentagem de profissionais distribuídos de acordo com a frequência de participação em reuniões de equipe por serviço.

Frequência	Mais de uma/semana	Uma/semana	1 a 3 por mês	Menos uma/mês	Nunca
Serviços					
Hospital Dia A	77	15	8	0	0
Hospital Dia B	64	27	9	0	0
Hospital Geral A	9	18	9	50	14
Hospital Geral B	24	9	19	48	0
Hospital Psiquiátrico A	11	64	5	17	3
Hospital Psiquiátrico B	9	49	18	18	6



Observa-se a heterogeneidade entre os serviços em relação à frequência de participação em reuniões, sendo esta mais freqüente nos serviços de hospitalização parcial, com a participação em mais de uma reunião por semana chegando a 77% dos profissionais no Hospital Dia A. A participação foi menos freqüente nas enfermarias do hospital geral, onde a presença em menos de uma reunião por semana foi referida por 70% dos profissionais.

A Tabela 11 expressa a distribuição por serviço em relação à satisfação com a eficácia e a utilidade das reuniões de equipe.

Tabela 11 – Satisfação dos profissionais, em termos de porcentagem, em relação à eficácia e utilidade das reuniões de equipe.

Satisfação	Muito insatisfeito ou insatisfeito	Indiferente	Satisfeito ou muito satisfeito	Não respondeu
Serviços				
Hospital Dia A	8	15	77	0
Hospital Dia B	46	27	27	0
Hospital Geral A	55	14	18	13
Hospital Geral B	48	24	28	0
Hospital Psiquiátrico A	28	14	55	3
Hospital Psiquiátrico B	67	12	15	6

O maior índice de satisfação ocorreu no Hospital Dia A (77%) e o menor índice no Hospital Geral A (18%). O Hospital Geral B registrou somente 28% de satisfação. Foram bastante distintas as porcentagens de profissionais satisfeitos entre as duas unidades do Hospital Psiquiátrico, com 55% de satisfação na unidade A e 15% na unidade B.

#### 4.4. Assistência

Em uma análise complementar, foram selecionadas todas as questões que abordavam diretamente a assistência aos pacientes (incluindo as questões que não compõem a base de cálculo do escore geral de satisfação) para comparação entre os escores de satisfação obtidos.

Os escores variaram entre 2,79 e 3,80. A questão que aborda o grau de envolvimento dos familiares no processo de tratamento destacou-se com o mais baixo escore médio de satisfação (2,79). Verificou-se haver heterogeneidade nos serviços em relação a este aspecto, ocorrendo maior satisfação no Hospital Dia A (3,38) e no Hospital Geral A (3,27) e menor satisfação no Hospital Dia B (2,18) e Hospital Psiquiátrico B (2,33). Escores intermediários foram encontrados no Hospital Geral B (2,95) e no Hospital Psiquiátrico A (2,81).

A pergunta referente à competência da equipe obteve o maior escore de satisfação (3,80). Na comparação entre os serviços, em ordem decrescente, os profissionais expressaram mais satisfação no Hospital Dia A (4,08), Hospital Psiquiátrico A (4,06) e Hospital Dia B (4,00), Hospital Geral A (3,95), Hospital Geral B (3,62) e Hospital Psiquiátrico B (3,36).

## **5. Variáveis Sócio-Demográficas**

Foram realizadas análises estatísticas entre os escores de satisfação e as variáveis sócio-demográficas: idade, escolaridade, sexo, estado civil e tempo de serviço em saúde mental.

A análise de correlação de Pearson permitiu identificar associação positiva entre a idade e os escores de satisfação, verificando-se a tendência à maior satisfação com o aumento da idade ( $r= 0,275$ ,  $p= 0,001$ ).

Observou-se uma correlação negativa entre o nível de escolaridade e o grau de satisfação ( $r= -0,181$ ;  $p= 0,05$ ), com aplicação da análise de correlação de Pearson. O Teste de Tukey identificou o grupo com nível de escolaridade de primeiro grau apresentando satisfação significativamente superior às outras faixas de escolaridade (segundo grau, universidade e pós-graduação).

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre a variável tempo de trabalho em saúde mental e os escores de satisfação geral, realizando-se a comparação através da ANOVA ( $p= 0,004$ ). A aplicação do Teste Tukey identificou que participantes com mais

de dez anos de trabalho mostraram índices de satisfação superiores ( $m= 3,36$ ) aos que possuíam entre seis e dez anos ( $m= 2,99$ ).

No estudo das variáveis sexo e estado civil em relação aos escores de satisfação não foram encontradas diferenças estatísticas significativas, realizando-se respectivamente o Teste t de Student ( $p=0,33$ ) e a ANOVA ( $p=0,93$ ).

### III. ESTUDO DA SOBRECARGA

#### 1. Escore Geral e Fatores

Baseado na aplicação da Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho (IMPACTO-BR) verificou-se que o escore médio de sobrecarga dos profissionais contratados foi 1,85. Este resultado descreve que o grau médio de sobrecarga encontrava-se entre “não muito” ou “raramente”, quando considerados os itens da escala, indicando índices relativamente baixos de sobrecarga. A Tabela 12 especifica os valores de sobrecarga obtidos, discriminando o impacto geral e os fatores da escala.

Tabela 12 – Escores de sobrecarga (geral e fatores) em termos de escore médio e desvio padrão.

IMPACTO-BR	Escores	Escore médio	Desvio padrão	Varição
Impacto geral		1,85	0,62	1,00 – 3,83
Efeitos sobre a saúde física e mental (F1)		1,65	0,71	1,00 – 4,00
Efeitos sobre o trabalho (F2)		1,97	0,71	1,00 – 4,17
Sentimento de estar sobrecarregado (F3)		2,12	0,69	1,00 – 4,00

Em relação aos fatores da escala, o fator de maior impacto foi “Sentimento de estar sobrecarregado”. Pesquisou-se a ocorrência de diferenças estatísticas entre os resultados obtidos nos fatores da escala. Realizando a ANOVA ( $p < 0,001$ ) e a Técnica dos Contrastes, foi possível identificar uma sobrecarga crescente do fator 1 para o 2 e para o 3. Assim, a sobrecarga foi maior em relação às repercussões emocionais do trabalho e menor em relação aos efeitos sobre a saúde física e mental.

## 2. Variáveis de Sobrecarga

Considerando-se os 18 itens da Escala de Sobrecarga que integram o cálculo do escore geral de sobrecarga, foram discriminadas as variáveis que isoladamente apresentavam os maiores e menores escores médios de sobrecarga entre os participantes.

Os aspectos que mais se destacaram na sobrecarga dos profissionais foram: o cansaço físico ao final do trabalho (2,73), a possibilidade de ser fisicamente agredido (2,66) e o fato de lidar com portadores de transtorno mental (2,32). Por outro lado, as questões que apresentaram os menores índices de sobrecarga foram: sentir-se deprimido por trabalhar com problemas mentais (1,39), sentir que o trabalho impede relacionamentos satisfatórios com a família (1,34) e achar que o trabalho afeta pessoalmente a vida social (1,28).

## 3. Comparação entre Serviços e Grupos

### 3.1. Hospital Dia A, Hospital Dia B, Hospital Geral A, Hospital Geral B e Hospital Psiquiátrico A, Hospital Psiquiátrico B.

Realizou-se a comparação dos escores de sobrecarga entre os serviços estudados. A Tabela 13 discrimina os valores médios de sobrecarga obtidos no escore geral e nos fatores da IMPACTO-BR.

Tabela 13 – Escores médios de sobrecarga distribuídos por serviço.

Serviços	IMPACTO-Br	Escore Geral	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Hospital Dia A (HD-A)		1,78	1,66	1,83	2,08
Hospital Dia B (HD-B)		1,75	1,53	1,85	1,13
Hospital Geral A (HG-A)		1,97	1,83	2,15	2,10
Hospital Geral B (HG-B)		2,05	1,85	2,10	2,40
Hospital Psiquiátrico A (HP-A)		1,78	1,52	1,96	2,00
Hospital Psiquiátrico B (HP-B)		1,78	1,58	1,88	2,11

Os maiores escores médios de sobrecarga foram encontrados no HG-B (2,05). Na comparação entre os serviços, foi realizado o teste de Kruskal-Wallis e não foram observadas diferenças estatísticas significativas entre os escores de sobrecarga ( $p=0,87$ ).

### **3.2. Hospital Parcial, Hospital Geral e Hospital Psiquiátrico**

Após agrupamento das duas unidades de hospitalização parcial ( $n= 24$ ), duas unidades de internação integral em hospital geral ( $n= 43$ ) e duas unidades em hospital psiquiátrico ( $n= 69$ ), realizou-se a comparação entre os níveis de sobrecarga utilizando-se o teste de Kruskal-Wallis e não foram observadas diferenças entre os agrupamentos de serviços ( $p= 0,44$ ).

### **3.3. Universitários e Não Universitários**

Agrupando-se os serviços em universitários ( $n= 56$ ) e não universitários ( $n= 80$ ) foram comparados os escores de sobrecarga. Foi realizado o teste de Kruskal-Wallis e não foram observadas diferenças entre os agrupamentos de serviços ( $p=0,27$ ).

### **3.4. Grupos Profissionais**

Foram comparados os escores de sobrecarga obtidos por diferentes categorias profissionais. Algumas categorias foram agrupadas a fim de favorecer a análise estatística, resultando em cinco grupos: auxiliares e atendentes de enfermagem; psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais; médicos; enfermeiros e um grupo com predomínio de profissionais de nível técnico (auxiliares de serviço, auxiliares de serviço social, agentes administrativos, práticas esportivas e cabeleireiro). Para estudo da sobrecarga foi realizado o Teste Kruskal-Wallis e não foram observadas diferenças entre os grupos profissionais ( $p=0,19$ ).

### **3.5. Trabalhadores Diurnos e Noturnos**

Nos serviços de hospitalização integral, buscou-se comparar os escores de sobrecarga de trabalhadores do período diurno e noturno e não foram observadas diferenças entre esses dois grupos de profissionais, a partir da aplicação do Teste T.

## **4. Características Descritivas e Sobrecarga**

Neste item, encontram-se descritos os resultados obtidos por questões da Escala de Sobrecarga que não integram a base de cálculo dos escores de sobrecarga.

### **4.1. Tempo com o Doente**

A maioria dos profissionais (45%) passa entre 31 e 40 horas por semana com portadores de transtorno mental, 28% entre 21 e 30 horas, 23,50% dispendem mais de 40 horas e apenas 3,50% referiram ficar menos de 20 horas com os doentes.

### **4.2. Necessidade de Apoio Profissional (Supervisão)**

O apoio de um profissional (supervisor) foi considerado uma perspectiva de ajuda para lidar melhor com o trabalho por 57% dos profissionais. No entanto, 34% dos participantes não valorizaram este tipo de ajuda, sendo que 26,50% responderam “não muito” e 7,50% “de forma alguma”. Os outros 9% responderam “mais ou menos”.

### **4.3. Ajuda da Família**

Os participantes mostraram diferentes percepções sobre a atitude dos familiares enquanto ajuda para continuar trabalhando com portadores de transtornos mentais. 34,50% dos profissionais consideraram que a família ajudava “mais ou menos”. Para 35,50% a atitude

dos familiares não foi considerada de ajuda e 31% dos profissionais relataram que o apoio dos familiares era útil para continuar trabalhando com doentes mentais.

## **5. Variáveis Sócio-Demográficas**

Foram efetuadas análises estatísticas entre os escores de sobrecarga e as variáveis sócio-demográficas: idade, escolaridade, sexo, estado civil e tempo de trabalho em saúde mental.

A análise de correlação de Spearman permitiu identificar a associação negativa entre os escores de sobrecarga e a idade, verificando-se uma tendência à menor sobrecarga com aumento da idade ( $r = -0,205$ ;  $p = 0,017$ ).

Não foram observadas associações entre os escores de sobrecarga e as variáveis: estado civil ( $p = 0,32$ ), grau de escolaridade ( $p = 0,38$ ) e tempo de trabalho em saúde mental ( $p = 0,56$ ), de acordo com o teste de Kruskal-Wallis. Em relação ao gênero foi realizado o Teste Mann-Whitney e não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e feminino ( $p = 0,09$ ).

## **IV. ESTUDO DO ESTRESSE**

### **1. Dados da Amostra Geral**

Com a aplicação do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) observou-se que 31 profissionais apresentaram estresse (23%), sendo que 30 tiveram estresse na fase de resistência e um na fase de quase exaustão.

Em relação ao tipo de sintomatologia, verificou-se o predomínio de sintomas psicológicos, ocorrido em 16 participantes. O predomínio de sintomas físicos ocorreu em 10 e a equivalência de sintomas físicos e psicológicos em 5 participantes.

## **2. Comparação entre Serviços e Grupos**

Na comparação da ocorrência de estresse entre profissionais dos serviços estudados, verificou-se um índice maior no Hospital Dia B (36,40%), Hospital Geral B (33,30%) e Hospital Geral A (31,80%). Foram encontradas porcentagens menores no Hospital Dia A (15,40%) e no Hospital Psiquiátrico A e Hospital Psiquiátrico B (16,70% e 15,20%).

Realizou-se o agrupamento de serviços para comparação entre as unidades de hospitalização parcial (n= 24), enfermarias em hospital geral (n= 43) e hospital psiquiátrico (n=69) e não foram encontradas diferenças estatísticas significativas (p= 0,12). Também o agrupamento de serviços universitários (n= 56) e não universitários (n= 80) não mostrou diferenças significativas na ocorrência de estresse (p= 0,13), de acordo com o Teste do Qui Quadrado. Não foram observadas diferenças estatísticas significativas na ocorrência de estresse quando foram comparados os trabalhadores do período diurno e noturno (p= 0,10).

## **3. Variáveis Sócio-Demográficas**

Foram realizadas análises estatísticas considerando a manifestação de estresse e as variáveis sócio-demográficas: sexo, escolaridade, idade, estado civil e tempo de serviço em saúde mental.

Foram observadas porcentagens significativamente maiores de indicadores de presença de estresse no sexo feminino (28,10%), quando comparados ao grupo masculino (12,80%). Para efetuar a comparação estatística utilizou-se o Teste do Qui Quadrado (p= 0,043).

Na comparação entre os indicadores de presença de estresse e o grau de escolaridade, foi utilizado o teste de Mann-Whitney e foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (p=0,04), sendo maior a ocorrência de estresse entre profissionais com maior nível escolar.



Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a ocorrência de estresse e a idade. Para efetuar a análise estatística utilizou-se o Teste t de Student ( $p=0,562$ ). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os indicadores de presença de estresse e as variáveis estado civil ( $p=0,75$ ) e tempo de serviço em saúde mental ( $p= 0,76$ ), avaliadas respectivamente pelo Teste do Qui Quadrado e Teste de Kruskal-Wallis.

## **V. COMPARAÇÃO ENTRE RESULTADOS DOS INSTRUMENTOS: SATIS-BR, IMPACTO-BR e ISSL.**

### **1. Correlação entre Resultados de Satisfação e Sobrecarga**

Procedeu-se a uma análise do coeficiente de correlação de Spearman e observou-se uma correlação negativa significativa entre os escores de satisfação e de sobrecarga ( $r= -0,357$ ;  $p<0,01$ ). Assim, os escores de satisfação foram inversamente associados aos escores de sobrecarga.

### **2. Comparação da Satisfação e Sobrecarga em Grupos com e sem Estresse**

Foi analisada a relação entre a manifestação de estresse e os escores de satisfação e sobrecarga com os serviços. Os escores de satisfação e sobrecarga e as manifestações de estresse em profissionais contratados encontram-se na Tabela 14.

Tabela 14 – Níveis de satisfação e sobrecarga em termos de Média (M) e Desvio Padrão (DP) e presença/ausência de manifestações de estresse em profissionais contratados.

		Satisfação		Sobrecarga	
		M	DP	M	DP
Estresse (ISSL)	Presente	3,0	0,4	2,2	0,7
	Ausente	3,3	0,5	1,6	0,5

A utilização do Teste t permitiu verificar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem estresse, indicando que no grupo com estresse foram observados menores níveis de satisfação ( $p=0,002$ ) e maiores níveis de sobrecarga ( $p<0,001$ ).

### **3. Correlação entre sintomas físicos, psicológicos de estresse e escores de sobrecarga**

Considerando a amostra de profissionais contratados, foi utilizada a análise de correlação de Spearman e verificou-se a ocorrência de correlação positiva entre os escores gerais de sobrecarga (Impacto-BR) e a ocorrência de sintomas de estresse (ISSL), para os sintomas físicos ( $r= 0,498$ ;  $p< 0,001$ ) e para os sintomas psicológicos ( $r= 0,520$ ;  $p< 0,001$ ). Observou-se correlação negativa entre os escores gerais de satisfação e a ocorrência de sintomas de estresse, tanto para os sintomas físicos ( $r= -0,285$ ;  $p= 0,001$ ) como para os psicológicos ( $r= -0,328$ ;  $p< 0,001$ ).

## **VI. INFORMAÇÕES DO QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR**

### **1. Estudo e Psicoterapia**

Em relação à participação em cursos, congressos ou grupos de estudo a maior porcentagem foi dos que relataram não ter participado de atividades desta natureza no último ano (27,27%). Em seguida, vieram os que participaram uma hora/mês (26,52%), quatro horas/mês (19,70%), oito horas/mês (14,39%) e mais de oito horas/mês (12,12%).

Sobre os hábitos de leitura de textos relacionados à profissão, aproximadamente metade afirmou não ter esta prática ou ler cerca de uma hora por mês, sendo que 20,61% disseram não possuir este hábito e 25,95% referiram ler cerca de uma hora por mês. Em seguida, 24,43% referiram leitura mensal por quatro horas, 18,32% por oito horas e 10,69% por mais de oito horas.

Em relação à satisfação com o apoio recebido do serviço para o aprendizado profissional, 47,76% afirmaram pouca ou nenhuma satisfação, 35,07% estavam “mais ou menos” satisfeitos e 17,16% referiram muita satisfação com o apoio recebido.

Questionados sobre o quanto se sentem preparados para realizar seu trabalho, 43,70% dos profissionais referiram que se sentiam preparados, dos quais 4,40% referiram estar muito preparado; 38,52% sentiam-se razoavelmente preparados e 17,77% afirmaram estar pouco preparados. Um participante não respondeu a esta questão.

A psicoterapia do próprio profissional foi considerada desnecessária ou pouco necessária para um quarto dos participantes (24,30%). A maioria julgava a psicoterapia como necessária (70,60%). O restante considerou esta prática “mais ou menos” necessária (5,10%). Em relação à realização da psicoterapia, mais da metade nunca havia experimentado (55,10%). Os outros 44,90% já haviam feito ou encontravam-se realizando psicoterapia por ocasião da coleta de dados.

## **2. Realização Pessoal e Outro Emprego**

Questionados sobre o quanto o trabalho contribuía ou dificultava em termos de realização pessoal, a maioria (53%) sentia que o trabalho ajudava na realização pessoal, sendo que destes, 11,80% acreditavam que o trabalho “ajudava muito”. Do restante, 14,70% responderam que o trabalho dificultava a realização pessoal, 30,90% não percebia interferência do trabalho neste aspecto e 1,5% não responderam a esta questão.

A maior parte dos profissionais declarou que não tinha outro trabalho remunerado, além daquele realizado no serviço estudado, mas 42% referiram outro emprego remunerado. Entre os profissionais que referiram outro emprego, 55,60% consideravam que o trabalho no serviço pesquisado era o mais estressante.

## **MÉDICOS RESIDENTES**

### **I. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

#### **1. Características Sócio-Demográficas**

Foram realizadas 36 entrevistas com médicos residentes, distribuídos em três diferentes serviços, sendo 13 no Hospital Dia-A, 13 no Hospital Geral-A e 10 no Hospital Geral-B.

A idade dos participantes variou entre 23 e 34 anos, sendo que a média de idade foi de 26 anos. Houve participação equivalente em relação ao sexo, com 18 do sexo feminino e 18 do sexo masculino. Em relação ao estado civil, 28 eram solteiros (77,80%) e 8 eram casados ou viviam com companheiro (22,20%).

#### **2. Características Gerais em Relação ao Trabalho**

Em relação ao tipo de transporte utilizado para locomover-se até o serviço, quase todos utilizavam condução própria (97,20%). Apenas um participante referiu utilizar condução de familiares. Sobre o tempo gasto no transporte até o trabalho, cerca de metade demorava até quinze minutos para chegar ao serviço (52,80%) enquanto a outra parte demorava entre quinze e trinta minutos (47,20%).

### **II. ESTUDO DA SATISFAÇÃO**

#### **1. Escore Geral e Fatores**

Com base na utilização da Escala de Satisfação (SATIS-BR) foram calculados os escores de satisfação. O escore médio entre os médicos residentes foi 3,12, valor este situado

entre “indiferente” e “satisfeito”, considerando-se a categorização da escala. Foram realizados os cálculos para verificar a satisfação referente a cada fator da escala. Na Tabela 15 encontram-se descritos os valores do escore geral e dos fatores de satisfação.

Tabela 15 – Escores de satisfação (geral e fatores) em termos de escore médio e desvio padrão.

EscORES	Escore médio	Desvio Padrão	Varição
SATIS-Br			
Satisfação Geral	3,12	0,61	1,91 – 4,69
Qualidade do serviço (F1)	3,39	0,77	2,10 – 4,70
Participação no serviço (F2)	2,87	0,76	1,57 – 4,86
Condições de trabalho (F3)	2,91	0,59	1,20 – 4,50
Relacionamento (F4)	3,25	0,80	1,67 – 4,67

De forma semelhante aos resultados obtidos na amostra de profissionais contratados, observou-se também, para os médicos residentes, maior satisfação nos fatores “Qualidade do Serviço Oferecido” e “Relacionamentos no Trabalho”. Realizada a ANOVA ( $p < 0,001$ ) verificou-se a ocorrência de diferenças estatísticas significativas entre os fatores 1 e 4 em relação aos fatores 2 e 3. Desta maneira, identificou-se satisfação superior nos fatores “Qualidade do Serviço” e “Relacionamentos no Trabalho” em relação aos fatores “Condições de Trabalho” e “Participação no Serviço”.

## 2. Variáveis de Satisfação

Considerando-se os 32 itens da SATIS-BR que integram o cálculo do escore geral de satisfação, foram identificadas as variáveis que isoladamente apresentavam os maiores e menores escores médios de satisfação entre os médicos residentes. Os itens que apresentaram maiores escores médios foram: frequência de contato entre equipe e pacientes (3,69), recomendação do serviço para amigo ou familiar (3,67), competência profissional da equipe (3,64) e relacionamento com os colegas (3,61). As questões que apresentaram menores

escores médios de satisfação foram: salário (2,14), grau de participação (2,22), participação no processo de avaliação (2,28) e benefícios recebidos no trabalho (2,42).

### 3. Comparação entre Serviços

Realizou-se a comparação entre os resultados de satisfação obtidos nos três serviços estudados. A Tabela 16 discrimina os valores médios de satisfação no escore geral e nos fatores da SATIS-BR em cada um dos serviços estudados.

Tabela 16 – Escores médios de satisfação distribuídos por serviço.

Serviço	SATIS-Br	Escore Geral	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Hospital Dia A (HD-A)		2,89	2,92	2,85	2,72	3,18
Hospital Geral A (HG-A)		3,38	3,88	3,05	3,01	3,38
Hospital Geral B (HG-B)		3,09	3,35	2,66	3,02	3,17

A comparação dos níveis de satisfação entre os serviços evidenciou diferenças significativas no Fator 1 - Qualidade do Serviço Oferecido ( $F= 10,299$ ;  $p= 0,003$ ), verificando-se maior satisfação no HG-A em relação ao HD-A. Não foram observadas diferenças estatísticas significativas na comparação do escore geral ( $p=0,125$ ), do fator 2 ( $p= 0,47$ ), do fator 3 ( $p= 0,36$ ) e do fator 4 ( $p=0,76$ ).

## 4. Características Descritivas e Satisfação

### 4.1. Grau de Responsabilidade

O grau de responsabilidade foi percebido como elevado por quase todos os residentes, sendo que 20 referiram “uma grande dose” (55,60%) e 13 referiram “muita responsabilidade” (36,10%). Apenas 3 residentes referiram dose variável (8,30%) e nenhum deles considerou ter “poucas responsabilidades”.

## **4.2. Participação no Serviço**

A participação no processo de tomada de decisões foi considerada freqüente por 38,90% dos residentes, enquanto 38,90% afirmaram não participar ou participar raramente, 22,20% consideraram ter uma participação intermediária no processo de decisões. A maioria estava insatisfeita com este nível de participação (52,80%).

Em relação à implementação de programas e/ou atividades, a maioria considerou não participar ou participar raramente (77,80%). Do restante, 16,70% afirmaram participar “mais ou menos” e 5,60% avaliaram participar freqüentemente. A maioria estava insatisfeita com este nível de participação (66,70%).

A participação no processo de avaliação das atividades e/ou programas foi considerada rara ou ausente pela maioria dos médicos (61,10%). Dos demais, 13,90% consideravam participar “mais ou menos” e 25% afirmavam ter participação freqüente. A maior parte estava insatisfeita com este aspecto (72,20%).

Questionados sobre como percebiam a consideração dada às suas opiniões, 41,70% afirmaram que suas opiniões nunca ou raramente eram levadas em consideração. Outros 33,40% declararam que freqüentemente suas opiniões eram consideradas e 27,80% afirmaram que isto ocorria “mais ou menos”. Estavam insatisfeitos com este aspecto 41,70% dos participantes, 47,2% estavam satisfeitos e 11,10%, indiferentes.

## **4.3. Reuniões de Equipe**

A maioria dos médicos residentes afirmou que participava de reuniões de equipe uma vez por semana (58,30%), 36,10% relataram participar de mais de uma reunião por semana e 5,60% afirmaram que nunca estavam presentes nas reuniões de equipe. Entre os que participavam, 47,06% afirmavam estar insatisfeitos com a freqüência de participação, 38,24% satisfeitos e 14,70% indiferentes.

Em relação à forma como se realizavam as reuniões, a maioria declarou estar insatisfeita (58,82%). Em seguida, 35,30% afirmaram estar satisfeitos e 5,88% indiferentes com a forma de realização das reuniões.

Sobre a eficácia e utilidade das reuniões de equipe, os médicos residentes responderam que estavam predominantemente insatisfeitos (58,82%). Entre os demais, 38,24% afirmaram estar satisfeitos e 2,94%, indiferentes.

### 5. Variável Sócio-Demográfica

Na comparação da satisfação entre o sexo masculino e o feminino não foram encontradas diferenças estatísticas significativas, com a utilização do Teste t ( $p=0,38$ ).

## III. ESTUDO DA SOBRECARGA

### 1. Escore Geral e Fatores

O escore médio de sobrecarga foi 2,59, indicando grau de sobrecarga entre “não muito” e “mais ou menos”. Os valores relativos ao escore geral e aos fatores de sobrecarga estão expressos na Tabela a seguir.

Tabela 17 – Escores de sobrecarga (geral e fatores) em termos de escore médio e desvio padrão.

IMPACTO-BR	Escores	Escore médio	Desvio Padrão	Variação
Impacto Geral		2,59	0,68	1,17 – 4,44
Efeitos sobre a saúde física e mental (F1)		2,55	0,87	1,00 – 4,80
Efeitos sobre o trabalho (F2)		2,41	0,69	1,33 – 3,83
Sentimento de estar sobrecarregado (F3)		3,08	0,71	1,00 – 5,00



Foi realizado o Teste de Kruskal-Wallis e não foram observadas diferenças estatísticas entre os resultados obtidos nos fatores da escala.

## **2. Variáveis de Sobrecarga**

A partir dos 18 itens da Escala de Sobrecarga que integram o cálculo do escore geral de sobrecarga, foram discriminadas as variáveis que isoladamente apresentaram os maiores e menores escores médios entre os residentes. Verificou-se que os aspectos que mais se destacaram na composição do escore de sobrecarga foram: o cansaço físico ao final do trabalho (3,97), sentir-se estressado por causa do trabalho (3,36) e lidar com portadores de transtorno mental (3,25).

## **3. Comparação entre Serviços**

Foram pesquisadas possíveis diferenças na sobrecarga de trabalho entre os médicos residentes nos serviços estudados. Realizou-se o teste de Kruskal-Wallis e não foram encontradas diferenças estatísticas significativas ( $p=0,127$ ). Em relação aos fatores da escala, também não foram observadas diferenças significativas na comparação entre os serviços: fator 1 ( $p=0,26$ ), fator 2 ( $p=0,11$ ) e fator 3 ( $p=0,08$ ).

## **4. Variável Sócio-Demográfica**

Foi realizada análise estatística entre os escores de sobrecarga e a variável sexo. O Teste de Mann-Whitney permitiu encontrar diferenças estatisticamente significativas ( $p<0,001$ ) entre os escores gerais de sobrecarga no sexo feminino (média= 3,03) em relação ao sexo masculino (média= 2,15). Também foram observadas diferenças significativas na análise dos fatores da escala sobrecarga: F-1 ( $p<0,001$ ), F-2 ( $p<0,001$ ) e F-3 ( $p=0,003$ ), indicando maior sobrecarga no sexo feminino.

#### IV. ESTUDO DO ESTRESSE

A aplicação do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp permitiu verificar que 18 residentes apresentaram sintomas de estresse, o que corresponde a 50% da amostra. A maioria se encontrava na fase de resistência (83,33%).

Em relação ao tipo de sintomatologia, verificou-se o predomínio de sintomas psicológicos, ocorrido em 12 participantes (66,66%). O predomínio de sintomas físicos ocorreu em 4 participantes e a equivalência de sintomas físicos e psicológicos em 2 participantes.

Em relação à distribuição de estresse entre os serviços, foram observadas seis ocorrências no HD-A, quatro na enfermaria e oito no HG-B. Em termos proporcionais, considerando-se o conjunto de residentes que participaram do estudo em cada serviço, a ocorrência de estresse atingiu 31% dos residentes na HG-A, 46% dos residentes no HD-A e 80% dos residentes no HG-B. Para a análise da relação entre o estresse e os serviços, realizou-se o Teste de Qui Quadrado ( $p= 0.061$ ), indicando tendência a maior estresse no HG-B em relação ao HD-A e HG-A.

Buscou-se comparar a presença de estresse entre o grupo masculino e feminino. Foi realizado o Teste do Qui Quadrado ( $p = 0,01$ ) e verificou-se alta incidência de estresse entre as médicas residentes, sendo que a ocorrência atingiu cerca de 78% nas mulheres e 22% nos homens. O cálculo do risco estimado de estresse permitiu identificar um risco 12,25 vezes maior das mulheres em relação aos homens.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os indicadores de presença de estresse e as variáveis estado civil, com a realização do Teste do Qui Quadrado ( $p= 0,66$ ).

## V. COMPARAÇÃO ENTRE RESULTADOS DOS INSTRUMENTOS: SATIS-BR, IMPACTO-BR e ISSL.

### 1. Correlação entre Resultados de Satisfação e Sobrecarga

O teste de Spearman permitiu verificar uma correlação negativa entre os resultados de satisfação e sobrecarga ( $p < 0,001$ ), evidenciando que o aumento da satisfação esteve associado a menor sobrecarga.

### 2. Comparação da Satisfação e Sobrecarga em Grupos com e sem Estresse

Foram analisados os resultados de satisfação e sobrecarga em relação à ocorrência de estresse, comparando-se dois grupos de sujeitos, com e sem estresse, segundo os dados da escala ISSL (Tabela 18). Verificou-se a normalidade da distribuição das variáveis presença/ausência de estresse e das variáveis escores médios de satisfação e sobrecarga ( $p > 0,05$ ). Com a aplicação do Teste t foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, com relação às variáveis satisfação ( $p = 0,044$ ) e sobrecarga ( $p < 0,001$ ), indicando menor grau de satisfação e maior grau de sobrecarga entre os profissionais com estresse.

Tabela 18 – Níveis de satisfação e sobrecarga em termos de Média (M) e Desvio Padrão (DP) e presença/ausência de manifestações de estresse em médicos residentes.

		Satisfação		Sobrecarga	
		M	DP	M	DP
<b>Estresse</b>	Presente	2,92	0,58	3,06	0,52
	Ausente	3,32	0,58	2,11	0,46

### 3. Correlação entre sintomas físicos, psicológicos de estresse e escores de sobrecarga

Na amostra de médicos residentes foi realizado o teste correlacional de Spearman e foram observadas correlações positivas significativas entre os escores gerais de sobrecarga e a

ocorrência de sintomas de estresse, tanto para os sintomas físicos ( $r= 0,873$ ;  $p< 0,001$ ) como para os psicológicos ( $r= 0,777$ ;  $p< 0,001$ ). Os escores gerais de satisfação apresentaram correlação negativa significativa com a ocorrência de sintomas de estresse, na análise de sintomas físicos ( $r= -0,321$ ;  $p= 0,05$ ) e psicológicos ( $r= - 0,444$ ;  $p= 0,007$ ).

## **VI. INFORMAÇÕES DO QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR**

### **1. Estudo e Psicoterapia**

Questionados em relação à participação em cursos, congressos ou grupos de estudo, observou-se que 33,30% referiram participar cerca de quatro horas por mês. O tempo aproximado de participação e as respectivas porcentagens foram: oito horas/mês (22,20%), mais de oito horas/mês (16,70%), uma hora/mês (13,90%) e nenhuma participação (13,90%).

Sobre os hábitos de leitura relacionados à profissão, a maioria referiu ler pelo menos vinte horas por mês (72,20%), sendo que metade destes referiu vinte horas e a outra metade mais de vinte horas. O restante respondeu ler cerca de quatro horas por mês (27,80%).

Em relação à satisfação com o apoio recebido para o aprendizado profissional, 38,90% afirmaram estar “muito” ou “extremamente” satisfeito, 33,30% referiram estar “mais ou menos” satisfeito e 27,80% expressaram insatisfação.

Questionados sobre o quanto se sentiam preparados para realizar o trabalho com pacientes psiquiátricos, 22,20% referiram sentir-se bem preparados, enquanto 38,90% sentiam-se pouco preparados e 38,90% razoavelmente preparados.

Em relação à própria psicoterapia, a maioria a considerava necessária, seja “muito necessária” (22,20%) ou “muitíssimo necessária” (55,60%). Do restante, 11,10% consideravam “um pouco necessária” e 11,10% “mais ou menos necessária”. Sobre a

realização de psicoterapia, 75% já haviam realizado ou estavam em terapia no momento da participação no estudo e 25% nunca haviam realizado.

## **2. Realização Pessoal e Outro Emprego**

Questionados sobre o quanto o trabalho contribuía para a realização pessoal, a maior parte considerou que o trabalho dificultava “sentir-se uma pessoa realizada” (44,40%), sendo que destes 13,90% acreditavam que o trabalho “dificultava muito”. Do restante, 47,30% consideraram que o trabalho ajudava na realização pessoal e 8,30% afirmaram que o trabalho não interferia na realização pessoal.

Indagados sobre outro emprego remunerado, além do trabalho desenvolvido no programa de residência médica, 27,80% responderam de forma afirmativa. Entre esses, 60% consideravam que o trabalho na residência era o mais estressante.

## **COMPARAÇÃO ENTRE RESULTADOS DE PROFISSIONAIS CONTRATADOS E MÉDICOS RESIDENTES**

Buscou-se avaliar diferenças nos níveis de satisfação e sobrecarga, considerando-se as diferentes categorias institucionais dos participantes do estudo (profissionais contratados e residentes).

### **1. Satisfação**

A Tabela 19 apresenta os escores de satisfação distribuídos segundo as distintas categorias institucionais.

Tabela 19 – Escores médios de satisfação (geral e fatores) para as categorias institucionais e o total da amostra em termos de média (M) e desvio padrão (DP).

SATIS-Br Categoria	Satisfação Geral		Qualidade do serviço (F1)		Participação no serviço (F2)		Condições de trabalho (F3)		Relacionamento (F4)	
	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)
Contratados	3,26	(0,54)	3,48	(0,67)	3,20	(0,68)	2,97	(0,64)	3,48	(0,72)
Residentes	3,12	(0,61)	3,39	(0,77)	2,87	(0,76)	2,91	(0,59)	3,25	(0,80)
Total	3,23	(0,55)	3,48	(0,68)	3,11	(0,72)	2,95	(0,63)	3,43	(0,75)

Para comparação dos escores médios de satisfação entre as categorias institucionais foi aplicado o Teste t de Student. Verificou-se haver diferença estatisticamente significativa ( $p=0,01$ ) somente em relação ao fator “Participação no serviço” (Fator 2), sendo maior a satisfação dos profissionais contratados em relação aos médicos residentes.

Em uma análise mais específica, buscou-se comparar a satisfação entre profissionais contratados e médicos residentes do mesmo serviço. Assim, este estudo pode ser feito no Hospital Dia A e nos serviços de hospitalização geral A e B. Os resultados encontram-se expressos na Tabela 20.

Tabela 20 – Escores de satisfação (geral e fatores) de profissionais contratados e médicos residentes, agrupados por serviço.

SATIS-Br Categoria	Satisfação Geral		Qualidade do serviço (F1)		Participação no serviço (F2)		Condições de trabalho (F3)		Relacionamento (F4)	
	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)
Contratados – Hospital Dia A	3,51	(0,32)	3,91	(0,42)	3,77	(0,39)	2,86	(0,47)	3,62	(0,54)
Residentes – Hospital Dia A	2,89	(0,58)	2,92	(0,75)	2,85	(0,72)	2,72	(0,52)	3,17	(0,73)
Contratados – Hospital geral A	3,23	(0,39)	3,53	(0,51)	2,93	(0,61)	3,12	(0,43)	3,30	(0,62)
Residentes – Hospital geral A	3,38	(0,70)	3,88	(0,64)	3,05	(,87)	3,01	(0,77)	3,38	(1,04)
Contratados – Hospital geral B	3,37	(0,46)	3,50	(0,60)	3,25	(0,54)	3,21	(0,52)	3,57	(0,64)
Residentes – Hospital geral B	3,09	(0,40)	3,35	(0,57)	2,66	(0,67)	3,02	(0,36)	3,17	(0,53)
Total	3,23	(0,55)	3,48	(0,68)	3,11	(0,72)	2,95	(0,63)	3,43	(0,75)

A análise pelo Teste t de Student permitiu verificar diferenças estatisticamente significativas entre profissionais contratados e médicos residentes somente no serviço de hospitalização parcial A, com maior satisfação dos profissionais contratados em relação ao escore geral ( $p= 0,003$ ), ao fator 1 ( $p<0,001$ ) e ao fator 2 ( $p<0,001$ ).

## 2. Sobrecarga

A Tabela 21 apresenta os valores de sobrecarga considerando as várias categorias institucionais.

Tabela 21 – Escores médios de sobrecarga (geral e fatores) para as categorias institucionais e o total da amostra em termos de média (M) e desvio padrão (DP).

IMPACTO-Br Categoria	Sobrecarga Geral		Saúde física e mental		Funcionamento da equipe		Repercussões emocionais	
	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)
Contratados	1,85	(0,62)	1,65	(0,71)	1,97	(0,71)	2,12	(0,69)
Residentes	2,59	(0,68)	2,55	(0,87)	2,41	(0,69)	3,08	(0,71)
Total	2,01	(0,69)	1,85	(0,82)	2,07	(0,71)	2,34	(0,78)

Observa-se na Tabela 21 que todos os maiores valores de sobrecarga foram obtidos pelo grupo dos residentes. Foi realizado o teste de Mann-Whitney e verificou-se haver diferença estatística significativa ( $p<0,001$ ), com maior sobrecarga entre os médicos residentes.

Em uma análise mais pormenorizada, buscou-se comparar a sobrecarga entre profissionais contratados e médicos residentes do mesmo serviço. Esta comparação foi realizada nos serviços universitários: hospitalização parcial A e hospitalização geral A e B. Os resultados encontram-se expressos na Tabela 22.

Tabela 22 – Escores de sobrecarga (geral e fatores) de profissionais contratados e médicos residentes, agrupados por serviço.

IMPACTO-Br Categoria	Sobrecarga geral	Saúde física e mental (F 1)	Funcionamento da equipe (F 2)	Repercussões emocionais (F 3)
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)
Contratados – Hospital Dia A	1,78 (0,51)	1,66 (0,57)	3,18 (0,42)	3,02 (0,56)
Residentes – Hospital Dia A	2,40 (0,54)	2,42 (0,74)	2,23 (0,54)	2,83 (0,58)
Contratados – Hospital geral A	1,97 (0,71)	1,83 (0,92)	2,33 (0,57)	2,51 (0,52)
Residentes – Hospital geral A	2,56 (0,87)	2,43 (1,11)	2,31 (0,82)	3,12 (0,91)
Contratados – Hospital geral B	2,05 (0,83)	1,85 (0,82)	2,63 (0,54)	2,85 (0,52)
Residentes – Hospital geral B	2,87 (0,52)	2,88 (0,62)	2,77 (0,60)	3,34 (0,46)

A aplicação do Teste-T de Student permitiu verificar diferenças estatisticamente significativas entre profissionais contratados e médicos residentes. No serviço de hospitalização parcial A, verificou-se maior sobrecarga dos residentes em relação ao escore geral de sobrecarga ( $p=0,006$ ) e ao fator 1 ( $p=0,007$ ) e maior sobrecarga dos profissionais contratados para o fator 2 ( $p<0,001$ ). No serviço de hospitalização geral B, observou-se maior sobrecarga dos residentes no escore geral ( $p=0,008$ ) e no fator 1 ( $p=0,001$ ).

### 3. Estresse

No estudo das diferenças entre o estresse de profissionais contratados e o de médicos residentes, aplicou-se o teste de Mann-Whitney, observando-se níveis estatisticamente superiores na amostra de residentes ( $p=0,001$ ). Verificou-se um risco estimado de estresse três vezes maior entre os médicos residentes (odds ratio = 3,39).

Em uma análise complementar, buscou-se comparar a sobrecarga entre profissionais contratados e médicos residentes pertencentes aos serviços universitários de hospitalização parcial (A) e hospitalização geral (A e B). Os resultados mostraram diferenças estatísticas significativas no serviço de hospitalização geral B ( $p= 0,023$ ), com maior ocorrência de estresse entre médicos residentes.



## DISCUSSÃO

### Satisfação

Os profissionais participantes do estudo apresentaram um escore médio geral de satisfação de 3,26, valor que pode ser considerado como situado em um nível intermediário de satisfação (“mais ou menos” ou “indiferente”), levando-se em conta a margem de variação da escala entre 1 e 5 e os escores 4 (“satisfeito”) e 5 (“muito satisfeito”) como indicativos de satisfação propriamente dita. Também na análise de cada questão isoladamente, observou-se que nenhuma delas atingiu o valor quatro de escore médio.

Considerando que a satisfação profissional oferece um parâmetro da qualidade dos serviços, os dados obtidos revelam que os profissionais estudados encontravam aspectos satisfatórios, mas os níveis intermediários obtidos apontam uma necessidade de se implementar melhorias nos serviços, estimulando esforços na revisão dos projetos institucionais.

Na perspectiva de melhora do desempenho e da produtividade deve se ponderar a implicação da satisfação na motivação ao trabalho. Neste sentido, Lino (1999), a partir dos estudos de Maslow e Herzberg, retoma conceitualmente a questão da satisfação, destacando a relação entre a satisfação humana e o processo motivacional. Aspectos motivadores contribuem para níveis mais elevados de desempenho individual.

A análise dos resultados obtidos com os fatores da escala SATIS-BR permitiu a discriminação dos fatores “Qualidade do Serviço” e “Relacionamentos no Trabalho”, com os maiores escores de satisfação na avaliação dos profissionais contratados, com diferença estatística em relação aos fatores “Condições de Trabalho” e “Participação no Serviço”.

Os fatores “Qualidade do Serviço” e “Relacionamentos no Trabalho” avaliam, respectivamente, a satisfação dos profissionais com o serviço oferecido aos pacientes e a

satisfação no relacionamento com os colegas. Dessa forma, pode-se compreender que os profissionais estudados encontravam mais satisfação associada ao processo de assistência aos pacientes psiquiátricos e aos relacionamentos interpessoais desenvolvidos no ambiente de trabalho.

Neste sentido, também a comparação entre os escores médios de satisfação, obtidos de forma isolada por cada questão da SATIS-BR, permitiu verificar que os maiores índices foram obtidos nas questões relacionadas ao trabalho de assistência, com destaque para os itens que abordavam a satisfação com a competência profissional da equipe, a quantidade de ajuda oferecida e o atendimento às necessidades dos pacientes, além da questão sobre o desejo de recomendar o serviço para um amigo ou familiar. Assim, supõe-se que a satisfação com os resultados clínicos tenham tido um importante papel na manutenção da motivação para realização do trabalho.

A relevância da satisfação proveniente do contato com os pacientes encontra referência na literatura. No estudo de Reid e cols. (1999a), a partir de entrevistas com trinta profissionais de saúde mental, o contato com os pacientes foi considerado a segunda fonte mais importante de satisfação, depois do contato com os colegas, com a ressalva de que o contato com pacientes internados ocorria de maneira mais variável, dependendo do estado do paciente e do grau de hostilidade. Para Pitta (1999), o trabalho no contexto hospitalar permite a satisfação e o prazer através de mecanismos defensivos, de natureza sublimatória, associados à realização de um trabalho socialmente valorizado.

No estudo de Farrell e Dares (1999), conduzido com 22 enfermeiros, observou-se que de maneira geral, os participantes demonstravam o desejo de que o trabalho fosse algo atrativo, querendo ser intelectualmente desafiados, ter autonomia, apoio e reconhecimento. Ter responsabilidades estava entre as três características consideradas mais importantes para a satisfação no trabalho, aspecto este concordante com os resultados da presente pesquisa, pois

na amostra estudada 95% dos trabalhadores consideravam que o trabalho requeria muita responsabilidade e 77% referiram estar satisfeitos com este aspecto.

Em estudo sobre situações motivadoras do trabalho de enfermagem, Pereira e Fávero (2001) descreveram a categoria “Trabalho em si” como a mais citada, apontando que os cuidados ao paciente recompensam o indivíduo e permitem ao profissional encontrar resposta às suas aspirações. Segundo os autores, os fatores motivadores referem-se ao conteúdo do cargo, às tarefas e aos deveres relacionados com o cargo em si, produzindo efeitos duradouros de satisfação e aumento de produtividade em níveis de excelência. O “Relacionamento interpessoal” foi a segunda categoria motivadora mais referida, indicando que bons relacionamentos no ambiente de serviço propiciavam uma redução das insatisfações no contexto de trabalho.

Tendo em vista a satisfação diferenciada obtida neste estudo pelo fator “Relacionamentos no Trabalho”, cabe lembrar que o contexto da internação integral ou parcial apresenta-se como oportunidade de intenso contato interpessoal entre os trabalhadores, seja em função da convivência no ambiente de tratamento, seja pelo contato em espaços administrativos, reuniões de equipe e supervisões.

Na pesquisa de Reid e cols. (1999a), o contato com os colegas foi referido como a fonte de satisfação mais freqüente, caracterizando-se como uma das maiores recompensas no trabalho. Também na pesquisa de Farrell e Dares (1999), os relacionamentos com os colegas encontravam-se entre os principais fatores determinantes da satisfação no trabalho. De forma semelhante, a partir de entrevista com 75 enfermeiros, Nichols (2003) refere que os participantes relatavam receber a maior parte de apoio dos próprios colegas de trabalho.

Souza (2001) situa as relações de trabalho enquanto possibilidade de inserção social e de satisfação de necessidades sociais, destacando o papel do trabalho na ampliação dos vínculos sociais, expressão da afetividade e reapropriação da subjetividade. Em sua pesquisa,

com profissionais de um *campus* universitário, estes aspectos foram particularmente relevantes entre profissionais com menor qualificação, visto que, o bem estar proporcionado pelo contexto de trabalho esteve associado ao distanciamento das dificuldades que enfrentam em seus contextos de vida.

No estudo de Libério (1999), a utilização da SATIS-Br na avaliação da satisfação de profissionais de alguns CAPS, na cidade do Rio de Janeiro, permitiu observar que aspectos referentes à qualidade do tratamento oferecido aos pacientes obtiveram os maiores escores de satisfação. Os profissionais destacaram de forma positiva o convívio com os usuários nas atividades terapêuticas e a perspectiva de construção de um modelo clínico capaz de reverter o paradigma “internação-tratamento-internação”. O fator “Condições de Trabalho” obteve os menores escores de satisfação. Entre os aspectos que mais desagradavam os profissionais encontravam-se referências a desavenças entre os profissionais, instalações do serviço, carência de material e escassez de recursos humanos.

A discriminação dos aspectos associados à menor satisfação torna-se relevante na medida em que pode favorecer processos de reflexão e mudança, bem como promover a busca de estratégias para o manejo do que não pode ser melhorado. Com relação aos menores níveis de satisfação, observou-se, na presente pesquisa, que eles ocorreram nos fatores relativos a “Condições de Trabalho” e “Participação no Serviço”, tanto na amostra de profissionais contratados como na de médicos residentes, sugerindo que aspectos de natureza organizativa e institucional estivessem entre os mais problemáticos nos serviços estudados.

De acordo com Antunes e Sant Anna (1996), um profissional insatisfeito e desmotivado pode afetar o clima da unidade hospitalar, induzindo outros membros a adotarem uma postura semelhante, além de reflexos na assistência com prejuízo na relação com os pacientes. Entre os efeitos negativos por parte do empregado insatisfeito, Portes e Lawler (apud Péres-Ramos, 1980) destacaram os mecanismos de fuga e ataque. A reação de fuga

manifesta-se como a tendência ao abandono do trabalho, sobretudo através da rotatividade e do absenteísmo. Outras formas citadas seriam a falta de pontualidade, a aposentadoria prematura e o uso de drogas ou álcool.

A tentativa de mensurar o alcance da insatisfação no campo do trabalho constitui-se em uma tarefa bastante difícil. Para Jex e cols. (2005), a eficácia no trabalho vai muito além de se fazer somente o necessário ou exigido. Os funcionários mais eficazes ajudam os outros e promovem os objetivos da instituição. Entre comportamentos diferenciados podem ser incluídos: o altruísmo, a criatividade, o comportamento inovador, a capacidade de realizar atendimentos adicionais aos clientes e ter iniciativa, como a de preparar-se para exigências futuras ou realizar esforços para aumentar a eficácia organizacional a longo prazo. Particularmente no âmbito do tratamento psiquiátrico, a dimensão subjetiva do encontro interpessoal deixa margem para uma ampla variação nos níveis de comprometimento pessoal com o trabalho, tornando ainda mais complexa a avaliação da eficácia do trabalhador e de eventuais prejuízos decorrentes da insatisfação no trabalho.

Além dos menores índices de satisfação encontrados nos fatores “Condições de Trabalho” e “Participação no Serviço”, quando foram comparados os escores médios de satisfação obtidos por cada questão da SATIS-BR, observou-se que, em ordem decrescente, os itens que obtiveram os menores índices de satisfação foram: salário, benefícios, segurança, conforto, aparência e instalações. Dados do questionário complementar revelaram que 42% dos trabalhadores necessitavam de outro emprego remunerado e mesmo entre os médicos residentes houve relato da busca de outras fontes de renda (27,80%).

De acordo com Antunes e Sant Anna (1996), a teoria de Herzberg diferencia fatores extrínsecos e intrínsecos no processo de trabalho. Os fatores extrínsecos ou higiênicos constituem aqueles que estão fora do controle das pessoas, citando: salários, benefícios, tipo de chefia ou supervisão, condições físicas e ambientais de trabalho, questões políticas e

administrativas. Os fatores intrínsecos ou motivacionais estão relacionados à natureza do trabalho realizado e apresentam maior possibilidade de controle pelo trabalhador, como o sentimento de progresso, o reconhecimento profissional, o exercício da responsabilidade e o caráter desafiador do trabalho.

Na teoria de Herzberg, dito de maneira sintética, os fatores extrínsecos evitam a insatisfação, mas não seriam suficientes para produzir motivação, enquanto os fatores intrínsecos contribuem mais decisivamente para a satisfação. Considerando os resultados da presente pesquisa, pode-se supor que, de maneira geral, a satisfação profissional foi preponderantemente menor em relação aos fatores extrínsecos, quando comparada com os fatores intrínsecos ou motivacionais, uma vez que foram observados baixos escores de satisfação em relação ao salário, aos benefícios, à segurança e às condições das instalações.

Péres-Ramos (1980), discutindo as variáveis relativas aos fatores extrínsecos, destaca a crescente diminuição do poder aquisitivo do salário real, mostrando a associação significativa entre esta variável e a insatisfação no trabalho. Gigantesco e cols. (2003), entrevistando 236 profissionais de saúde mental, referiram que o pagamento esteve entre os fatores de maior insatisfação no trabalho. De forma semelhante, na presente pesquisa, a questão sobre o salário foi a que obteve o menor escore de satisfação. Dejours (1992) enfatiza que o salário contém numerosas significações, indo desde as mais concretas, como o pagamento de despesas, até outras mais subjetivas, na medida em que ao salário estão associados sonhos, fantasias e projetos de realização pessoal. Na pesquisa de Pereira e Fávero (2001), as situações mais desmotivadoras para o trabalho dos enfermeiros foram relativas a “Organização do trabalho”, alertando para a importância da “saúde” das organizações. Neste sentido, entre os aspectos mais citados, como sugestões para melhorar a motivação, destacaram-se investimentos em organização do trabalho e relacionamento interpessoal.

Outras pesquisas descreveram variáveis de insatisfação entre profissionais de saúde mental. Olusina e cols. (2002) conduziram estudo com 35 profissionais de uma equipe em hospital psiquiátrico. Na percepção sobre o cuidado, os itens considerados não satisfatórios foram: o ambiente físico, a comida, a liberdade dos pacientes na ala e a adequação do tempo que os médicos despendiam com os pacientes. Comparativamente, neste estudo, dados da aplicação da SATIS-BR mostraram que a preocupação com o conforto e a aparência do serviço destacou-se como aspecto de menor satisfação entre profissionais do Hospital Psiquiátrico.

Observou-se ainda que o aspecto da segurança no trabalho recebeu destaque enquanto fator de menor satisfação entre os profissionais. No trabalho com os pacientes psiquiátricos os profissionais ficam expostos a riscos em relação à sua integridade física. No contexto da psicopatologia do trabalho, Dejours e cols. (1994) destacam o medo gerado em condições desfavoráveis de trabalho e levantam a hipótese de que estratégias defensivas psicológicas sejam utilizadas para permitir a continuidade do trabalho. Porém, o uso de estratégias defensivas coletivas traz o risco de alienação, mascarando o sofrimento e enfraquecendo a possibilidade de transformação dos aspectos patológicos da organização. Além disso, as defesas emocionais podem desencadear custos expressos em alterações do sono, humor, ansiedade e distúrbios somáticos.

Neste sentido, cabe questionar sobre os limites impostos ao desenvolvimento de uma prática assistencial de qualidade a partir dos determinantes sociais, políticos e econômicos. Para Péres-Ramos (1980) as tentativas destinadas a proporcionar melhores e mais satisfatórias condições de trabalho envolvem “reformulação das normas e procedimentos da organização, na sua estrutura e funcionamento, nas suas técnicas e métodos de trabalho e, inclusive, às vezes, nas suas instalações e equipamentos” (pág. 17). Desta forma, implicam no planejamento de ações e elevados investimentos.

Porém, recursos insuficientes no âmbito dos fatores extrínsecos do trabalho constituem somente uma das faces em relação à necessidade de investimentos. Particularmente no campo da saúde mental, o processo terapêutico depende da construção e utilização dos vínculos desenvolvidos na prática cotidiana do exercício profissional. Para tanto, os profissionais precisam desenvolver condições internas suficientemente consistentes a ponto de permitir trocas afetivas inerentes ao aprofundamento dos vínculos. Somente competências profissionais diferenciadas permitem a intimidade psicológica necessária para o acolhimento dos mais variados sentimentos e o desenvolvimento afetivo.

A convivência com portadores de transtornos mentais coloca em evidência a necessidade de um amplo horizonte de habilidades profissionais para fazer frente aos desafios do manejo clínico cotidiano. Cytrynowicz (2002), a partir de entrevistas com o psiquiatra Di Loreto, ilustra alguns destes aspectos, destacando entre eles, a capacidade de pertencer a grupos, controlar sentimentos e suportar a tensão do contato intenso com pacientes psicóticos.

No presente estudo, o outro fator que apresentou os menores escores médios de satisfação foi “Participação no Serviço”. Este fator inclui a expectativa de ser promovido, o grau de responsabilidade, a frequência de discussões de temas profissionais, a percepção sobre a atenção dada às suas próprias opiniões e a participação nos processos de: tomada de decisões, implementação de programas e/ou atividades novas e avaliação.

O trabalho em equipe adquire sentido na medida em que são experimentadas as possibilidades de troca e complementaridade. Por isso, eventuais limitações ao exercício da participação merecem especial atenção. Neste contexto, as reuniões de equipe justificam-se enquanto espaço institucional privilegiado para a comunicação, participação e troca multidisciplinar. Porém, neste estudo os resultados mostraram que cerca de 40% dos profissionais não chegavam a participar de uma reunião de equipe por semana.



As dificuldades para o desenvolvimento cotidiano do trabalho multidisciplinar também foram evidenciadas na avaliação das reuniões de equipe. Observaram-se baixas porcentagens de profissionais satisfeitos, tanto em relação à forma de realização das reuniões (37,50%) como em relação à eficácia e utilidade das reuniões (35,30%), sendo que para ambas as questões nenhum profissional referiu estar muito satisfeito. Também entre os médicos residentes, foram relatadas porcentagens relevantes de insatisfação com a frequência de participação (47,06%), forma de realização (58,82%) e eficácia e utilidade das reuniões de equipe (58,82%). Estes resultados permitem refletir sobre a satisfação verificada em relação aos relacionamentos no trabalho, na medida em que existe sempre o risco de que a satisfação com os colegas não represente o desenvolvimento de uma prática de cooperação interdisciplinar, elemento este, essencial para a efetividade do trabalho em equipe.

Campos (1992) considera que as ações terapêuticas freqüentemente carecem de articulações e destaca a importância das reuniões regulares de equipe como espaço de integração e reflexão. As reuniões são fundamentais para o desenvolvimento do trabalho multidisciplinar e o manejo de dificuldades, favorecendo a melhora da comunicação e a redução de rumores, informações contraditórias e *acting out*<sup>2</sup>. A autora (1988) alerta para o perigo de sub utilização das reuniões de equipe, discriminando ocorrências como a falta de assuntos, ausência de participantes, silêncio e abordagem de assuntos de relevância secundária. Fortuna (2003) destaca a utilização de espaços grupais como facilitadores da produção de auto-análise, autogestão e cuidados e afirma que as equipes precisam ser cuidadas para que possam produzir cuidados.

A perspectiva de participação mostrou-se influenciada por características como a categoria profissional e o nível de escolaridade, sendo que a participação em reuniões de equipe foi mais freqüente entre médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes

---

<sup>2</sup> acting out: atuação, passagem ao ato

sociais em relação ao grupo de auxiliares de enfermagem. Assim, paradoxalmente, os que habitualmente convivem mais diretamente com os pacientes no ambiente hospitalar participaram menos de reuniões de equipe.

Distinções relativas à perspectiva de participação entre diferentes categorias profissionais também foram observadas a partir da informação sobre como os profissionais percebiam que suas opiniões eram levadas em consideração. Nesta análise, os médicos perceberam que suas opiniões eram levadas em consideração mais frequentemente do que os auxiliares e atendentes de enfermagem. Os médicos foram a única categoria profissional em que todos consideraram ter suas opiniões ao menos parcialmente consideradas. Em relação à satisfação com este aspecto, o grupo de psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais mostrou-se mais satisfeito do que os auxiliares e atendentes de enfermagem.

Ainda em relação ao fator “Participação no serviço”, os profissionais contratados apresentaram satisfação estatisticamente maior quando comparados aos médicos residentes. Outros dados revelaram que a maioria dos residentes encontrava-se insatisfeita com a possibilidade de participação no processo de decisões (52,80%), implementação de programas e/ou atividades (66,70%) e participação no processo de avaliação das atividades e/ou programas (72,20%). Além disso, questionados sobre como percebiam a consideração dada às suas opiniões, 41,70% afirmaram perceber que suas opiniões nunca ou raramente eram levadas em consideração.

Em relação aos níveis mais restritos e diferenciados de satisfação com a participação, cabe situar este aspecto no contexto dos paradigmas de funcionamento institucional. Peduzzi (1998) relatou aspectos de hierarquia na percepção de profissionais de saúde sobre a organização do trabalho. A primazia do modelo biomédico favorecia a secundarização da produção de outras áreas de cuidado, com prejuízo de ações educativas, preventivas e psicossociais. A autora descreve o espaço nuclear ocupado pelo médico e o deslocamento dos

demais trabalhos para níveis periféricos, alertando para o estabelecimento de relações assimétricas de subordinação.

Ramminger (2005) retoma a origem histórica das relações entre médicos e enfermeiros e analisa as relações de poder no hospital psiquiátrico. Ao médico psiquiatra cabia a direção das ações, restando ao enfermeiro a vigilância do paciente, “com nítida separação entre os que pensam e os que executam, produzindo relações de poder assimétricas e verticalizadas, ainda hoje evidentes nestas instituições” (p. 39).

O modelo de relações hierárquicas, estabelecido entre os profissionais dos serviços psiquiátricos, tem repercussões de caráter terapêutico, visto que sinaliza uma referência para a compreensão das demais relações no interior da instituição. Em um contexto ampliado de análise, as possibilidades de participação no interior da instituição incluem as relações entre profissionais, pacientes e familiares e podem estar marcadas por maior ou menor permeabilidade, a participação e a rotatividade de papéis e poder.

Estes aspectos repercutem nos processos psicossociais de tratamento. Assim, o hospital psiquiátrico pode reproduzir estruturas sociais de poder ou permitir a revisão dos papéis assumidos e adjudicados favorecendo o desenvolvimento de novos recursos internos e a aprendizagem de novos papéis sociais.

De acordo com Costa-Rosa e cols. (2003), no modelo asilar os organogramas são verticais, caracterizados por fluxo de poder do ápice para a base, sendo que estas relações se repetem entre os trabalhadores e entre os pacientes com estratificação de poder e de saber. No paradigma psicossocial, em oposição ao modo asilar, as organizações caracterizam-se pela horizontalização das relações intrainstitucionais.

Neste sentido, as comunidades terapêuticas caracterizam-se pelo estabelecimento de relações menos hierárquicas, valorizando a participação de todos e tornando o próprio hospital um local onde o paciente experimente novos papéis. Desta forma, tendo em vista a

perspectiva de reabilitação psicossocial, interessa considerar a permeabilidade das estruturas de poder e as possibilidades de transformação e participação oferecidas pelo modelo institucional.

Para Quiroga (1997), os modelos de interação desenvolvem-se dentro de uma historicidade aprendida. Em um processo de organização social da subjetividade, cada sujeito internaliza suas experiências construindo diferenciadas potencialidades de relação.

No contexto da organização do trabalho, Souza (2001), analisando entrevistas de profissionais de um campus universitário, chama a atenção para conseqüências do modo de produção capitalista na formação de subgrupos, definidos pela divisão social do trabalho com diferenciação dos profissionais mais bem qualificados no acesso a informações e autonomia.

A perspectiva de melhorias para os profissionais e os serviços depende da percepção de necessidades aliadas à crença em um potencial transformador e ao desenvolvimento de práticas participativas. Além disso, modelos de dependência internalizados atingem o trabalhador e as instituições desmobilizando reivindicações e lutas por melhores condições de trabalho.

No contexto de mudanças nos modelos de assistência psiquiátrica, Ramminger (2005) aponta que o trabalhador de saúde mental vivencia a tensão dos debates propiciados pela reforma psiquiátrica, que defende um deslocamento do saber-médico-psiquiátrico para a interdisciplinaridade. De acordo com a autora, o trabalho em saúde mental deveria incluir não somente o conhecimento médico-científico, mas também as questões políticas e afetivas, visando a construção de um outro modo de compreender e lidar com a loucura.

No presente trabalho, observou-se a heterogeneidade dos serviços em relação à frequência de participação em reuniões, sendo a participação mais efetiva nos serviços de hospitalização parcial. Também foi em um serviço de hospitalização parcial que se

encontraram as maiores porcentagens de profissionais satisfeitos com a eficácia e utilidade das reuniões de equipe.

Todavia, diferenças desta natureza não puderam ser atribuídas exclusivamente à caracterização dos serviços enquanto substitutivos ou tradicionais, visto, por exemplo, que diferenças foram encontradas entre as duas unidades do hospital psiquiátrico. A satisfação com a eficácia e utilidade das reuniões de equipe chegou a 55% dos participantes na unidade A e apenas 15% na unidade B do mesmo hospital psiquiátrico. Assim, na análise das possibilidades de participação, faz-se necessário considerar que o funcionamento institucional encontra-se determinado tanto pela estrutura administrativa como pelas características dos profissionais e usuários do serviço.

Peduzzi (1998) afirma que, mesmo pertencendo a uma equipe, os profissionais podem executar ações isoladas e limitar a interação a cordiais relações interpessoais. A complementaridade dos trabalhos especializados e a articulação das ações requerem investimentos.

Embora comparados a outros fatores da escala de satisfação, os escores de “Participação no Serviço” estivessem entre os menores, em alguns aspectos poderiam ser aguardados índices ainda mais baixos, tendo em vista algumas condições de participação relatadas. Assim, na implementação de programas e/ou atividades novas a participação foi considerada freqüente para somente 38,20% dos profissionais, mas apenas 37,50% afirmavam estar insatisfeitos. De forma semelhante, os resultados da participação no processo de avaliação das atividades e/ou programas do serviço, bem como os dados referentes à percepção do profissional sobre o quanto suas opiniões eram levadas em consideração, levantam a hipótese de que parte dos profissionais tenha se adaptado a condições mais restritas de participação, com a internalização de modelos mais hierárquicos de

funcionamento. Embora apenas 24,50% dos participantes considerassem que suas opiniões eram levadas em consideração, somente 30,90% referiram insatisfação com este tópico.

Este processo de adaptação pode ter ocorrido não somente em relação à participação. Neste sentido, torna-se problemática não somente a insatisfação, mas sobretudo a indiferença. A adaptação a condições precárias e a alienação do trabalhador constituem-se em uma faceta preocupante no âmbito da saúde do trabalhador e das instituições, na medida em que operam como elemento de resistência ao desenvolvimento pessoal e dos serviços. Neste estudo, observou-se que embora tenha sido baixa a porcentagem de profissionais que consideraram provável uma promoção (5,10%), este valor esteve associado à cerca de 31% de profissionais referindo “insatisfação” e 33% “indiferença” em relação a este aspecto.

Estes achados adquirem importância na medida em que se considera o peso de fatores motivacionais e de resistência frente a perspectivas de mudanças e melhorias dos serviços. Dejours e cols. (1994) descrevem o sofrimento proveniente da falta de perspectivas de transformação e aperfeiçoamento na maneira de organizar o trabalho, quando a rigidez e a perda da criatividade caracterizam um sentimento de frustração, incapacidade e submissão à organização. Dejours (1992) diferencia o comportamento livre do comportamento estereotipado, atribuindo ao primeiro um padrão que contém uma tentativa de transformar a realidade circundante, qualificando uma orientação em direção ao prazer. Descreve ainda, que o processo de anulação do comportamento livre é silencioso e invisível, desconhecido dos próprios trabalhadores, enquanto ocupados em seus esforços para garantir a produção.

Outra faceta desta questão pode ter sido expressa em relação à perspectiva de aprimoramento profissional. A maior parte dos profissionais referiu participar de no máximo uma hora por mês de atividades como cursos, grupo de estudos ou supervisões e quase metade afirmou não ter hábitos de leitura ou ler até uma hora por mês. A maioria nunca havia realizado psicoterapia e aproximadamente metade mostrou pouca ou nenhuma satisfação com

o apoio recebido no serviço para aprendizagem profissional. Embora os dados também revelem uma quantidade considerável de trabalhadores que realizam investimentos em aprendizagem, os resultados obtidos deixam um alerta quanto à necessidade de motivação para o desenvolvimento profissional.

De maneira geral, observou-se homogeneidade na satisfação dos profissionais na comparação entre os vários serviços, com exceção dos resultados referentes ao HP-B. A homogeneidade da satisfação entre os profissionais dos vários serviços pode ser em parte conseqüência dos avanços no processo de reforma da assistência psiquiátrica na região, que permitiu uma redução de leitos no hospital psiquiátrico e favoreceu a revisão dos modelos de organização dos serviços e dos programas de assistência, diminuindo distâncias entre os serviços universitários e a rede pública.

Além disso, os resultados devem ser localizados dentro de aspectos peculiares ao município de Ribeirão Preto, onde uma central de vagas distribui os pacientes entre as diferentes unidades estudadas. Este fato, aliado aos encaminhamentos entre os serviços, permite que um mesmo paciente possa passar por vários serviços. Observa-se, também, um razoável entrelaçamento entre os profissionais dos serviços universitários e não universitários, com reuniões periódicas entre os mesmos e intercâmbio profissional, seja porque muitos receberam formação na universidade, seja porque vários permaneceram vinculados a ela através de estágios ou cursos de pós-graduação. Neste sentido, o serviço não universitário HD-B apresentou a maior porcentagem de profissionais com pós-graduação.

Na comparação dos escores de satisfação entre os serviços, verificou-se uma maior satisfação entre os profissionais dos serviços de hospitalização parcial (A e B), Hospital Geral B e Hospital Psiquiátrico A com significativa diferença na comparação com o Hospital Psiquiátrico B. Assim, diferenças foram encontradas entre duas unidades do mesmo complexo

hospitalar, apontando para uma variedade e complexidade de fatores envolvidos no processo de satisfação.

Entre os aspectos que podem ter influenciado a diferença de satisfação entre o HP-A e HP-B, destaca-se a questão de gênero, visto que o serviço HP-A atendia exclusivamente pacientes do sexo masculino, enquanto o HP-B prestava assistência ao sexo feminino. Assim, é possível que diferenças de gênero na clientela atendida tenham colaborado na determinação dos índices de satisfação obtidos.

A análise do resultado da comparação entre os serviços somada aos resultados obtidos nas comparações entre os agrupamentos de serviços, como universitário e não universitário, tradicionais e substitutivos, internação integral e parcial e ainda, serviços com e sem equipe multidisciplinar, mostraram que a problemática da satisfação não pode ser simplificada em grandes categorias “externas” de análise. Observou-se que entre os serviços com maiores escores de satisfação estavam dois serviços universitários, sendo um de internação integral e um de internação parcial, e uma das unidades do hospital psiquiátrico não universitário.

Uma combinação de diversos fatores colabora no processo de satisfação. A complexidade e variedade de aspectos envolvidos podem ser evidenciadas a partir de estudos encontrados na literatura. Discutindo as diferenças entre duas seções de um serviço, Dejours e cols. (1994) apresentaram o processo de trabalho fundamentado em uma organização humana. Desta maneira, um mesmo processo técnico pode gerar diferentes formas concretas de organização do trabalho. Para os autores, a organização de trabalho está concebida como um “compromisso entre homens”, com a elaboração de regras defensivas e de ofício entre os pares e a negociação destas regras entre os níveis hierárquicos.

Merhy e col. (2004) destacam a importância do trabalho humano, vivo em ato, que conjuga saberes e práticas na construção de ações produtoras de uma certa maneira de cuidar, como componente da organização interna do serviço em saúde. O autogoverno do trabalhador



de saúde constitui-se em um fator determinante sobre o modo de fazer a assistência resultando no perfil do modelo assistencial.

De maneira geral, observou-se homogeneidade na satisfação entre as categorias profissionais, porém verificou-se maior satisfação entre os trabalhadores do período diurno em relação à qualidade do serviço oferecido e participação no serviço. Esta informação alerta para o risco de que o trabalho noturno adquira um status marginal e aponta a necessidade de revisão da inserção dos trabalhadores noturnos no processo de tratamento e de participação.

Na análise dos escores médios de satisfação obtidos somente para as questões que abordavam diretamente a assistência, destacou-se com o mais baixo escore de satisfação o grau de envolvimento dos familiares no processo de tratamento. Este dado apresenta particular relevância, na medida em que no contexto da reforma psiquiátrica, a participação dos familiares adquire grande importância nos programas terapêuticos dos serviços psiquiátricos.

Melman (2001) lembra que a desospitalização acarretou maiores responsabilidades aos familiares e relata os achados de pesquisa indicando a sobrecarga familiar. Bandeira e Barroso (2005), a partir de uma revisão de estudos internacionais que avaliaram a sobrecarga familiar, destacam também a ocorrência freqüente de sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos, podendo resultar em estresse, ansiedade e depressão, sendo que um dos fatores que contribuem para aumentar esta sobrecarga, dentre outros, consiste na falta de informação, de apoio e de orientação dos serviços para ajudar estes familiares no seu papel de cuidadores. O apoio aos familiares constitui, portanto, em uma importante dimensão a ser focalizada pelos serviços de saúde mental. As autoras apontam ainda para o aspecto positivo do maior envolvimento dos familiares no cuidado aos pacientes, no contexto da desinstitucionalização, pois eles passaram a ser vistos mais freqüentemente como parceiros, embora necessitem de apoio para exercer este papel.

Destacando a relevância do apoio psicossocial para pacientes psiquiátricos, Bandeira (1993), em um estudo comparando um grupo de pacientes que não apresentavam internações nos últimos quatro anos com um outro de pacientes com internações freqüentes, encontrou a presença de uma relação significativa para o paciente como um fator de proteção no processo de re-inserção social, no sentido de prevenção de recaídas.

No entanto, acolher o familiar e introduzi-lo no tratamento em uma perspectiva terapêutica são processos que demandam muita energia e novos posicionamentos da equipe multidisciplinar. De acordo com Melman (2001), a aproximação aos familiares implica no contato com o sofrimento e a dificuldade em elaborar sentimentos como revolta, tristeza, frustração e medo.

Neste estudo, a menor satisfação dos profissionais com o envolvimento dos familiares poderia estar associada às expectativas atuais de inserção dos familiares nos programas de reabilitação psicossocial, bem como as dificuldades dos familiares de responder a estas expectativas.

### **Sobrecarga e Estresse**

A análise da sobrecarga profissional coloca-se na perspectiva de contribuir com a avaliação da qualidade dos serviços e ampliar a compreensão sobre a saúde do trabalhador. Neste estudo, o escore médio geral de sobrecarga entre os profissionais contratados foi 1,85, valor relativamente baixo, quando considerada a margem de variação da escala, de 1 a 5.

Considerando-se as características de sobrecarga inerentes ao trabalho com pacientes psiquiátricos graves, sobretudo em serviços com alta pressão de demanda por atendimento, poderiam ter sido encontrados escores elevados de sobrecarga. Vários estudos na literatura apontam para a sobrecarga atrelada às características do trabalho.

De acordo com Pitta (1999), o contexto hospitalar favorece uma intensa exposição a fatores como a dor e o sofrimento, decorrentes da própria natureza do trabalho e de sua organização. A sobrecarga emocional atinge com frequência os profissionais de saúde. Neste sentido, Meleiro (1999) descreve a impotência e frustração do médico com o paciente que não melhora e a impaciência diante dos casos incuráveis.

Hannigan e cols. (2000), estudando enfermeiros de saúde mental comunitária, observaram alto nível de exaustão emocional. Metade dos participantes mostrou estar exausto e extenuado em seu trabalho e um quarto demonstrava atitudes negativas em relação aos clientes. Happell e cols. (2003), aplicando o *Maslach Burnout Inventory*, em enfermeiros psiquiátricos, encontraram *burnout* médio a moderado. Robinson e cols. (2003) observaram altos níveis de exaustão emocional entre enfermeiras psiquiátricas. Korkeila e cols. (2003) investigaram o *burnout* entre psiquiatras, psiquiatras infantis e outros médicos e observaram que aqueles apresentavam mais *burnout*, depressão e distúrbios mentais do que estes e também usavam mais medicação psicotrópica.

No presente estudo, o resultado encontrado de uma sobrecarga profissional relativamente baixa permite levantar a hipótese de que os profissionais desenvolveram formas de manejo no sentido de diminuir a sobrecarga do trabalho. Na literatura encontram-se indicações sobre algumas formas mais utilizadas no manejo do estresse e da sobrecarga.

Reid e cols. (1999b) descreveram a prática de conversar com os colegas, entre as mais importantes estratégias utilizadas para lidar com o estresse no trabalho. Os autores referem que o apoio dos colegas foi particularmente valorizado nos contatos informais. Robinson e cols. (2003) encontraram associação entre relatos de relacionamentos positivos com colegas do trabalho e um menor nível de exaustão emocional. Korkeila e cols. (2003) observaram que o *burnout* associava-se à falta de possibilidade de consultar um colega ou supervisão. Na presente pesquisa, os resultados da escala SATIS-BR revelaram uma diferenciada satisfação

dos profissionais referente ao fator “Relacionamentos no Trabalho”, sugerindo que o apoio dos colegas tenha contribuído no manejo do estresse e da sobrecarga, influenciando assim o baixo escore de sobrecarga encontrado.

Outras pesquisas têm destacado o papel da supervisão como fator protetor do estresse. Webster e Hackett (1999) estudaram a relação entre o *burnout* e a qualidade do supervisor clínico entre 151 trabalhadores de saúde mental comunitária e concluíram que o supervisor pode contribuir para o desenvolvimento de um clima de trabalho positivo reduzindo a exaustão emocional. No estudo de Reid e cols. (1999b), as supervisões individuais foram identificadas como fonte de apoio, desenvolvimento profissional e ajuda educacional, sendo que aprender novas habilidades clínicas foi o treinamento mais valorizado.

Edward e cols. (2001), buscando examinar a variedade, freqüência e gravidade de estressores entre enfermeiros de saúde mental comunitária, descreveram o baixo suporte administrativo entre os fatores preditores do estresse. Hannigan e cols. (2000) investigaram o estresse entre enfermeiros de saúde mental comunitária e apontaram a carência de apoio institucional como um indicador para a exaustão emocional, concluindo que o apoio por parte dos gerentes pode produzir benefícios tanto para os trabalhadores quanto para os usuários. Na presente pesquisa, 52,90% dos profissionais consideravam receber apoio “sempre” ou “freqüentemente” do supervisor, indicando um provável papel deste suporte na proteção da sobrecarga entre os profissionais estudados.

Embora de forma discreta, os resultados mostraram a tendência a uma menor sobrecarga com o aumento da idade, levantando a hipótese de que a experiência adquirida ao longo dos anos também colabore na diminuição da sobrecarga. Dados da literatura apontam nesta direção, Robinson e cols. (2003), pesquisando 1015 enfermeiras psiquiátricas, encontraram a idade (envelhecimento) associada a menor nível de exaustão emocional. Neste estudo, a média de idade dos profissionais contratados foi de 40 anos e a dos médicos

residentes foi de 23 anos. Nesta direção, a estabilidade no emprego também pode ter contribuído, visto que se observou um predomínio de profissionais que já trabalhavam no serviço há mais de cinco anos (63%).

Um outro aspecto que atenuaria a sobrecarga profissional refere-se ao número de pacientes atendidos, visto que as unidades estudadas atendem no máximo 30 pacientes internados. De maneira geral, os serviços contam com número equivalente ou até mesmo superior de profissionais em relação ao número de pacientes internados.

Ainda em relação à sobrecarga, uma outra hipótese a ser discutida refere-se ao nível de comprometimento com a execução do trabalho. De maneira geral, qualquer trabalho permite um nível de maior ou menor envolvimento e desgaste. Em particular, no campo da saúde mental, a natureza subjetiva de muitas tarefas cotidianas de trabalho dificulta o controle da qualidade do serviço executado e pode favorecer ao trabalhador a modulação de suas expectativas e exigências na realização das tarefas. Assim, o grau de envolvimento e investimento depositado nas relações interpessoais pode ser manipulado de acordo com as necessidades e possibilidades de cada profissional, resultando em diferentes níveis de envolvimento e sobrecarga. De forma semelhante, os objetivos do programa terapêutico podem variar bastante, indo desde o controle de sintomas mais proeminentes até amplos alvos de trabalho dentro de uma complexa perspectiva de efetiva reabilitação psicossocial.

Dejours e cols. (1994) caracterizam a distinção entre a organização prescrita de trabalho e a organização real. Os autores destacam o uso de mecanismos defensivos contra o sofrimento no trabalho, discriminando exemplos como, evitar ocasiões de discussão e desvencilhar-se de responsabilidades, levando o profissional a diminuir iniciativas e a remeter decisões e dificuldades a profissionais de escalões superiores. Os autores utilizam o termo “quebra-galho” para auxiliar a caracterização de adaptações defensivas a situações de sofrimento na organização.

Para Merhy e cols. (2004), embora os fatores sociais, econômicos e políticos definam muito da estrutura e organização dos serviços, o funcionamento do perfil assistencial é construído por processos micropolíticos, a partir dos quais se desenvolve efetivamente a produção do cuidado em saúde. No estudo de Edwards e cols. (2001), enfermeiras de saúde mental comunitária manifestaram maior estresse em consequência da busca por manter uma boa qualidade do serviço em meio a longas filas de espera e carência de recursos.

Outro aspecto a ser considerado na discussão dos baixos escores de sobrecarga diz respeito à sensibilidade da escala. A maioria dos itens do questionário aplicado indaga sobre o que poderiam ser “conseqüências maiores” da sobrecarga no trabalho, como pensar em mudar de campo de trabalho, receio de ser agredido fisicamente, sentir-se impedido de relacionamentos satisfatórios com a família, apresentar sintomas de doença, usar medicações, necessitar de afastamento ou ter que procurar profissional de saúde. No entanto, a observação cotidiana de equipes de saúde mental pode oferecer sinais mais sutis de sobrecarga como, por exemplo, perceber-se remoendo uma discussão de trabalho, estar inserido em relações de hostilidade e competição, ou notar-se “levando para casa” uma situação clínica de difícil solução ou ainda, irritar-se e “descontar em alguém” uma raiva originalmente experimentada no trabalho. Paschoal e Tamayo (2004) discutem a necessidade de considerar novos estressores no ambiente de trabalho, citando, entre outros, o assédio moral, o conflito e a ambigüidade de papéis.

Os resultados da aplicação do ISSL mostraram que 23% dos profissionais contratados e 50% dos médicos residentes apresentaram estresse, quase todos na fase de resistência, com predominância de sintomas psicológicos. Segundo Lipp (2000), o predomínio da fase de resistência indica a permanência dos fatores estressantes. De acordo com Selye (1956), na fase de resistência ocorre maior vulnerabilidade a doenças e dispêndio de energia adaptativa.

Camelo e Angerami (2004) conduziram uma investigação junto a profissionais de equipes de saúde mental da família e encontraram 62% dos trabalhadores com estresse, sendo que a maioria estava na fase de resistência, com predominância de sintomas psicológicos. A partir da incidência de estresse na área psicológica, a autora sugere o papel da percepção do trabalho direto na comunidade como um fator estressor de grande magnitude.

A predominância de sintomas psicológicos associa-se à maior vulnerabilidade pessoal nesta área (Lipp, 2000). No campo da assistência psiquiátrica, a fragilidade psicológica do cuidador influenciará de maneira direta no exercício profissional e indica a necessidade de cuidados à saúde mental do profissional.

As fragilidades emocionais pré-existentes tendem a se tornarem mais evidentes e problemáticas diante da intensidade de demanda. De acordo com Lipp (2001), as fontes internas de estresse são mais difíceis de serem reconhecidas e referem-se a expectativas irrealistas, crenças distorcidas, perfeccionismo, fantasias, além de estados emocionais como a ansiedade. Estes aspectos internos colaboram para uma percepção de mundo mais ameaçador e estressante.

Cardoso (2002), considerando dados de pesquisa junto a alunos que prestavam assistência odontológica e que apresentavam predomínio de estresse psicológico na fase de resistência, alerta para o risco de que estes alunos desempenhem seu trabalho com menor condição de acolhimento. De acordo com a autora, observações de atendimento sugeriram que os alunos com estresse, sobretudo na área psicológica, encontravam-se emocionalmente mais frágeis e com maior possibilidade de apresentarem comportamentos de hostilidade e raiva durante o processo de tratamento.

Na comparação dos resultados relativos à sobrecarga e ao estresse entre os profissionais contratados e os médicos residentes, verificaram-se escores médios de sobrecarga significativamente maiores entre os residentes. De forma semelhante, em uma

questão da SATIS-BR, 38,20% dos profissionais contratados afirmavam sentir sobrecarga “sempre” ou “freqüentemente”, ocorrência assinalada por 63,90% dos residentes. Os resultados da aplicação do Inventário de Stress de Lipp acompanharam esta distinção e apontaram risco três vezes maior de estresse entre os médicos residentes.

Estes dados adquirem relevância considerando o papel educativo do período de formação na residência médica e a importância da saúde para o próprio profissional e para o desempenho de seu trabalho. Capra (1982) adverte ser:

*“desconcertante e deveras irônico que os próprios médicos sejam os que mais sofrem em decorrência da concepção mecanicista de saúde por desprezarem circunstâncias estressantes próprias de sua vida. Enquanto se esperava que os curandeiros tradicionais fossem pessoas saudáveis, mantendo o corpo e a alma em harmonia e afinados com seu meio ambiente, as atitudes e os hábitos típicos dos médicos de hoje são muito pouco saudáveis e levam a consideráveis doenças”* (p. 139).

Na análise das diferenças obtidas em relação à sobrecarga de profissionais contratados e médicos residentes podem ser considerados fatores institucionais e individuais. Observando-se o papel dos residentes, nos serviços de treinamento onde trabalham, compreende-se que estes estão colocados na linha de frente dos atendimentos clínicos, com responsabilidades que abrangem aspectos clínicos, como: a elaboração de diagnóstico e procedimentos terapêuticos; manejo de familiares; articulação multidisciplinar; além de responderem por aspectos administrativos, como preenchimento de protocolos, prontuários e pedidos de exames.

Em relação às condições de trabalho para os médicos, Nogueira-Martins (2005) destaca pontos críticos, como a sobrecarga de trabalho, a privação do sono, a carga de responsabilidades e a competição. Em um estudo, com residentes de 12 programas de Residência Médica, o autor descreveu várias dificuldades encontradas no trabalho, como: a quantidade de atendimentos; o medo de contrair infecções durante a realização de atos médicos; a comunicação com pacientes de baixo nível sócio-econômico-cultural; os pacientes hostis, reivindicadores ou com alteração de comportamento e os dilemas éticos.



Entre os problemas do processo de trabalho em saúde, Silva (2001) descreve a ocorrência da fragmentação do trabalho em serviços de saúde. O trabalhador executa atos parcelados e repetitivos e chega a não conhecer o resultado do trabalho. Nesta alienação do processo de trabalho a autonomia do profissional pode se encontrar limitada por regras e normas burocráticas, como a imposição da carga horária, protocolos rígidos, o número de pacientes a serem atendidos e cota de exames.

No caso dos médicos residentes, várias condições ficam agravadas em virtude de estarem em um momento de aprendizagem, realizando suas primeiras atividades clínicas e sendo avaliados por pacientes e supervisores. Além da quantidade e diversidade de atribuições, o nível de exigência associado às tarefas pode ter contribuído para a sobrecarga. Os resultados do estudo revelaram que, na percepção de 91,70% dos residentes, o trabalho envolvia “uma grande dose” ou “muita” responsabilidade.

O excesso de demandas e responsabilidades foi descrito por Pereira (2001) entre os fatores determinantes do estresse médico. Outros fatores destacados pelo autor foram: exigência de qualidade, necessidade de atualização, convivência com sofrimento, problemas de comunicação, relação com o superior, ambiente inadequado, desvalorização, burocracia, responsabilidade, longa jornada, exposição a riscos, competição, restrita participação, baixos salários e pacientes difíceis. Botega (2006) apontou o risco de que o profissional de saúde envolva-se em excesso no cuidado, por vezes com a ilusão de ser insubstituível, chegando ao auto abandono e ao esgotamento.

Em relação ao atendimento de “pacientes difíceis”, cabe lembrar que o hospital universitário, por sua característica de serviço de nível terciário, recebe habitualmente uma clientela de pacientes particularmente graves e de difícil manejo. Assim, de certa forma o residente vê-se obrigado a “começar pelo mais difícil”. Também na experiência de Nogueira-Martins (2005), a clientela de pacientes de um hospital-escola caracterizou-se por elevada

gravidade dos quadros clínicos, associados a angústias primitivas e fenômenos psicopatológicos com características psicóticas.

Nascimento Sobrinho (2006) conduziu uma investigação sobre o trabalho médico, concluindo que a alta demanda psicológica no trabalho concentrava os maiores riscos à saúde dos profissionais, sobretudo quando acompanhada de baixo controle sobre a atividade realizada. A demanda psicológica foi identificada pelas exigências psicológicas na realização do trabalho, em aspectos como a pressão do tempo e o nível de concentração na atividade, enquanto o grau de controle foi caracterizado pela habilidade do trabalhador na realização das tarefas e pela possibilidade de participar das decisões relativas ao trabalho.

No presente estudo, informações do Questionário Complementar mostraram que 17,60% dos profissionais contratados sentiam-se pouco preparados para o trabalho com pacientes psiquiátricos, enquanto 38,90% dos médicos residentes referiram pouco preparo. Neste sentido, pode-se supor que o médico residente tenha experimentado possibilidades limitadas de controle de seu trabalho, tanto porque suas habilidades ainda estavam em formação, como também porque perceberam perspectivas de participação e decisão como bastante restritas. Na comparação com profissionais mais experientes, Guthrie e cols. (1999) relataram ocorrência significativamente maior de estresse no trabalho de psiquiatras jovens. Nogueira-Martins (2005) descreve que na avaliação de uma situação, como mais ou menos estressante, contribuem as experiências anteriores com situações semelhantes.

A presença de estresse foi significativamente maior no sexo feminino, sendo que na amostra de médicos residentes, o risco estimado de estresse foi cerca de doze vezes maior para as mulheres. Estes achados encontram-se em consonância com vários estudos da literatura. Fothergil e cols. (2004), a partir de uma revisão da literatura sobre estresse entre psiquiatras, encontraram predominância de estudos atribuindo mais estresse em psiquiatras do

sexo feminino. Pesquisando uma amostra de médicos, Nascimento Sobrinho (2006) encontrou uma associação entre o Distúrbio Psíquico Menor e o sexo feminino.

Por fim cabe lembrar que 27,80% dos médicos residentes referiram outro trabalho remunerado. Em geral, o emprego complementar consiste em plantões realizados no período noturno ou nos finais de semana. Nogueira-Martins (2005) adverte para os riscos da carga excessiva de trabalho e da privação do sono e recomenda como “mandamentos” ao residente que sejam evitados outros compromissos profissionais concomitantes com treinamento, sobretudo durante o primeiro ano de residência.

Ainda na análise da elevada ocorrência de estresse entre os médicos residentes, consideram-se outras variáveis além da atividade profissional, visto que, a condição de estar estressado não implica em que a maior fonte estressante seja o trabalho. Cabe lembrar outros aspectos da condição geral de vida, característicos da amostra estudada, como a idade jovem, a condição de solteiros e o início de atividade profissional. Considere-se ainda a existência de um conflito entre as necessidades pessoais e a vida profissional. Dados do Questionário Complementar indicaram que 53% dos profissionais contratados referiram que o trabalho ajudava na realização pessoal e cerca de 14% afirmaram que o trabalho dificultava esta realização. Entre os médicos residentes, aproximadamente 45% relataram que o trabalho dificultava sentir-se realizado e somente 37% consideravam que o trabalho colaborava na realização pessoal.

Situar a questão da contribuição do trabalho para a realização pessoal permite contextualizar os aspectos de satisfação em um horizonte de desenvolvimento integral da pessoa. Para Heloani e Capitão (2003), as condições atuais e exigências do mercado de trabalho tendem a desenvolver rotinas que amortecem o sentido da vida, deixando no trabalhador marcas de sofrimento e doenças. A condição de funcionamento mental do trabalhador pode levá-lo a um processo de debilitação egóica deixando a mente absorvida

com formas de evitação do sofrimento. Tendo em vista o cuidado com a saúde dos médicos, Nogueira-Martins (2006) revela preocupação com os preconceitos ligados à procura de ajuda por parte desses profissionais e à qualidade da assistência prestada aos médicos. Entre os fatores que dificultam o tratamento encontram-se comportamentos como a automedicação e a minimização dos riscos, sendo este último expresso em atitudes como a de não interromper o trabalho em situações de doença.

Visando o manejo da sobrecarga e do estresse, torna-se relevante discutir a necessidade e a natureza da supervisão ao médico residente. Embora os resultados da SATIS-BR tenham mostrado que o apoio da supervisão foi percebido por 63,90% dos médicos residentes como atendendo às suas necessidades, a interpretação do resultado é complexa. Na sua experiência pessoal, o autor tem observado que freqüentemente o médico residente tem uma expectativa de ajuda bastante restrita e circunscrita ao manejo clínico do paciente atendido. Necessidades de apoio diante de dificuldades de ordem pessoal raramente são consideradas como pertinentes ao momento da supervisão e chegam a ser negadas diante do temor da avaliação do supervisor.

Tendo em vista a complexidade do trabalho executado pelo médico residente e a sobrecarga envolvida, seria útil a agregação de novos espaços de suporte e apoio. De acordo com Nogueira-Martins e Jorge (1998), os dados existentes sobre o estresse na residência médica indicam a necessidade de que o estresse seja considerado cuidadosamente no planejamento e organização de programas de Residência Médica, tanto pelos coordenadores dos programas como pelos residentes. Os autores, revisando vários estudos sobre o estresse na residência médica, sugerem a criação de programas psicopedagógicos, visando melhorar a capacitação profissional e o desenvolvimento de recursos para lidar com o estresse, favorecendo a melhora da qualidade de vida do profissional e da qualidade do relacionamento com os pacientes.

Entre as formas de manejo do estresse, o estudo de Reid e cols. (1999b) destacou as estratégias de gerenciamento do tempo e da carga de trabalho, envolvendo a organização do número de casos, a priorização de tarefas, o planejamento, a execução do trabalho, sem permitir acúmulos, e ainda a realização de intervalos durante o período de trabalho. Lipp (2005) descreve estratégias para manejo do estresse, diferenciando programas de curto prazo, voltados para a redução dos sintomas e, de longo prazo, direcionados a causas do estresse. A autora destaca a importância de programas que auxiliem a identificar sintomas, compreender o processo de estresse, reconhecer fontes estressoras e reestruturar o modo de pensar. Por outro lado, a busca por apoio e desenvolvimento emocional mostrou-se parcial na amostra estudada, pois os dados do questionário complementar apontaram que 25% dos residentes não possuíam experiência pessoal com psicoterapia e 22,20% consideravam esta prática apenas “pouco” ou “mais ou menos” necessária. Para London (apud Pereira, 2001), a terapia, analisada como variável independente, mostrou eficiência na diminuição do estresse profissional. A estabilidade emocional e auto-estima contribuem enquanto fatores moderadores do estresse.

Cabe lembrar que a relevância da psicoterapia na formação do profissional de saúde mental justifica-se por vários outros aspectos. De acordo com Guimón (2001), aspectos subjetivos do profissional podem influenciar na relação com o paciente. O contato com o paciente psiquiátrico desperta ansiedades e pode levar a atuações de defesa emocional do profissional. Além disso, o profissional pode projetar seus próprios problemas no paciente, configurando um caráter antiterapêutico à relação.

O investimento na saúde do médico residente deveria começar desde a época da graduação. Nogueira-Martins (2006) destaca a necessidade de que o ensino médico consiga refletir sobre a pessoa do médico, evitando deformações na formação do futuro profissional. O autor destaca a importância de medidas preventivas, a começar pela inclusão da dimensão

psicológica na formação do estudante de medicina. Neste sentido, sugere a abordagem das motivações profissionais, idealizações, estresse e reflexão sobre as experiências no decorrer do curso, favorecendo o contato do aluno com seus sentimentos no processo de aprendizagem e assistência. Também são recomendados programas de tutoria e serviços de assistência psicológica e psiquiátrica.

Ainda na reflexão sobre aspectos de manejo, cabe lembrar as diferenças observadas na ocorrência de estresse dos residentes entre os serviços estudados, variando de 31% no Hospital Geral A a 80% no Hospital Geral B. Embora a pequena amostra de residentes por serviço limite o valor das considerações, verificou-se que o Hospital Geral B caracterizava-se pela alta rotatividade de pacientes, com elevada intensidade e gravidade de sintomas de natureza aguda, sendo a média de permanência menor, na comparação com o HG-A. Outro aspecto, que diferenciou o Hospital Geral B dos outros serviços, foi a adoção parcial de um modelo multidisciplinar e a responsabilidade do trabalho médico a cargo de um único residente, fazendo supor que a menor oportunidade de divisão de tarefas e de apoio multiprofissional contribuíram para um aumento da sobrecarga e do estresse.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto de transformações dos serviços psiquiátricos, a busca de aprimoramento da qualidade da assistência torna imperativa a sistematização de processos de avaliação, como instrumento para auxiliar a difícil tarefa de gerenciamento dos serviços. Os investimentos neste sentido permitem diferenciar os aspectos produtivos e vulneráveis, favorecendo a reflexão e a revisão dos projetos institucionais. Dados deste estudo indicam várias perspectivas de melhorias para os serviços, a partir de diversos aspectos considerados pouco satisfatórios na avaliação dos profissionais.

A observação de ambientes cotidianos de trabalho permite verificar uma prática de avaliação dos serviços de caráter espontâneo e informal. A elaboração sistemática de dados de pesquisa fornece aos serviços o necessário subsídio para o desenvolvimento de um processo formal de avaliação, baseado em critérios objetivos e implicado com projetos e necessidades institucionais.

No complexo conjunto de instrumentos de avaliação, a participação dos profissionais permite valorizar os protagonistas da assistência, construindo um conhecimento a partir de sua opinião sobre a situação de trabalho da própria instituição. Por outro lado, este método não está isento de fragilidades, visto os limites impostos pela subjetividade da percepção e parcialidade dos critérios de avaliação inerentes a cada profissional. Futuros estudos poderiam se ocupar desta questão, aprofundando o conhecimento sobre o processo pelo qual cada profissional desenvolve seus critérios de avaliação do serviço, bem como as conseqüências de distintos parâmetros pessoais de satisfação no cotidiano dos serviços. Outro limite da pesquisa advém da participação do autor em uma das equipes estudadas, o que poderia ter introduzido alguns vieses de interpretação.

No campo da saúde mental, a perspectiva de estabelecimento de relações terapêuticas implica na construção de vínculos caracterizados por marcada intimidade psíquica entre os profissionais e seus pacientes. Neste sentido, importa aprofundar o conhecimento sobre a equipe profissional, suas crenças, possibilidades internas e disponibilidade para o encontro com pacientes psiquiátricos, bem como conhecer as conseqüências do trabalho para o desenvolvimento e a saúde do profissional.

No processo terapêutico de reparação e construção de subjetividades, encontra-se implicada a subjetividade de cada profissional. Para a produção de saúde mental e desenvolvimento de serviços produtivos e criativos, o cuidado ao profissional de saúde implica mais do que a ausência de doença. O estudo da satisfação e sobrecarga coloca-se também na perspectiva de cuidado ao cuidador. Neste âmbito, o desafio consiste em desenvolver um modelo de trabalho onde as finalidades institucionais incluam a produção de saúde aliada à atenção a saúde e à realização pessoal do trabalhador.

Na consolidação da reforma psiquiátrica, a diferenciação dos serviços substitutivos na assistência em saúde mental depende de investimentos que concretizem os objetivos desejados. Para tanto, os novos paradigmas precisam ser conhecidos e incorporados em distintos projetos terapêuticos, na formação de recursos humanos e no desenvolvimento e aplicação de processos de avaliação. Neste sentido, as diferenças significativas dos escores de satisfação entre duas unidades de um mesmo complexo hospitalar apontam para a relevância da micropolítica do trabalho e alertam para a complexidade do processo de reforma psiquiátrica.

No contexto da residência médica em psiquiatria, cabe lembrar que os serviços públicos universitários encontram-se freqüentemente pressionados por uma alta demanda para produção de assistência e pesquisa. Neste contexto, visando a formação do médico residente, faz-se necessário um genuíno e intenso investimento no desenvolvimento de um programa



educativo que, paralelamente aos esforços de desenvolvimento das habilidades clínicas e produção científica, considerem os limites e a relevância do acolhimento e acompanhamento pessoal do profissional em formação, bem como valorizem uma maior participação destes nos serviços. Observou-se a necessidade de se desenvolverem estratégias de maior cuidado aos médicos residentes, visto que apresentaram os menores índices de satisfação e as maiores manifestações de estresse e sobrecarga. Futuros estudos poderiam fazer um seguimento longitudinal do estresse em residentes de psiquiatria, bem como utilizar instrumentos que buscassem diferenciar fontes pessoais e laborais na composição do estresse.

Ainda em relação à perspectiva de participação, dados da pesquisa sugerem a necessidade de re-pensar as possibilidades de integração multidisciplinar a partir das distintas perspectivas de inserção, detectadas na comparação entre as várias categorias profissionais. Neste sentido corroboram os dados indicando a quantidade relevante de profissionais que não participam de reuniões de equipe e daqueles insatisfeitos com a forma e a utilidade dessas reuniões.

No nível pessoal, o processo de elaboração da tese rendeu frutos desde a sua coleta. O encontro com os participantes da pesquisa permitiu o envolvimento com suas opiniões, ansiedades, críticas e desejos. O desenrolar do estudo tornou-se uma busca para expressar e compreender mais o cotidiano do trabalho na assistência ao doente mental, com a esperança de que o escrito final favoreça a reflexão, o diálogo e os processos de transformação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACKER G. M. The impact of clients' mental illness on social workers' job satisfaction and burnout. **Health Soc. Work**, v. 24, n. 2, p. 112-9, 1999.
- ALMEIDA, P. F. **O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços de saúde mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa, RJ**. 2002. 118 p. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002.
- ALMEIDA, P. F. O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços de saúde mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa, RJ. In. AMARANTE, P. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro, NAU Editora, 2003. p. 89-119.
- ANTUNES, A.V., SANT ANNA, L. R. Satisfação e motivação no trabalho do enfermeiro. **Rev. Bras. Bras. Enferm.**, v. 49, n. 3, p. 425-34, 1996.
- ARANTES, M.A.A.C., VIEIRA, M.J.F. **Estresse**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 142 p.
- ARONSON, K. Job satisfaction of nurses who work in private psychiatric hospitals. **Psychiatric Services**, v. 56, n. 1, p. 102-104, 2005.
- BANDEIRA, M. Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das re-hospitalizações. **J. Bras. Psiq.**, v. 42, n. 9, p. 491-498, 1993.

- BANDEIRA M., LESAGE A., MORISSETTE R. Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 43, n. 12, p. 659-66, 1994.
- BANDEIRA, M., SOARES, N. L., Desinstitucionalização: estão os profissionais de saúde mental bem informados? **J. Bras. Psiq.** Rio de Janeiro: Editora Científica Nacional, v. 45, n. 3, p. 159 - 165, 1996.
- BANDEIRA, M., PITTA, A. M. F., MERCIER, C., Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental: qualidades psicométricas da versão brasileira. **J. Bras. Psiq.**, v. 48, n. 6, p. 233 - 244, 1999.
- BANDEIRA, M., PITTA, A. M. F., MERCIER, C. Escalas brasileiras de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipes técnica em serviços de saúde mental. **J. Bras. Psiq.**, v. 49, n. 4, p. 105-15, 2000a.
- BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. Escala de avaliação da satisfação dos usuários em serviços de saúde mental: SATIS-BR. **J. Bras. Psiq.**, v. 49, n. 8, p. 293-300, 2000b.
- BANDEIRA, M., MERCIER, C., PERREAULT, M., LIBÉRIO, M. M. A., PITTA, A. M. F. Escala de avaliação da satisfação dos familiares em serviços de saúde mental. **J. Bras. Psiq.**, v. 51, n. 3, p. 153-166, 2002.

- BANDEIRA, M., BARROSO, S. M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **J. Bras. Psiq.**, v. 54, n. 1, p. 34-46, 2005.
- BANDEIRA, M., CALZAVARA, M. G. P., VARELLA, A. A. B. Escala de sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: adaptação transcultural para o Brasil (FBIS-BR) **J. Bras. Psiq.**, v. 54, n. 3, p. 206-214, 2005.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2002, 282p.
- BILLINGS J., JOHNSON S., BEBBINGTON P., GREAVES A., PRIEBE S., MUIJEN M., RYRIE I, WATTS J, WHITE I, WRIGHT C. Assertive outreach teams in London: staff experiences and perceptions. Pan-London Assertive Outreach Study, part 2. **Br. J. Psychiatry**, v. 183, p. 139-47, 2003.
- BINGHAM C. R., VALENSTEIN M., BLOW F. C., ALEXANDER J. A. The mental health care context and patient characteristics: implications for provider job satisfaction. **J. Behav. Health Serv. Res.**, v. 29, n. 3, p. 335-44, 2002.
- BORGES, L. O., ARGOLO, J. C. T. PEREIRA, A. L. S., MACHADO, E. A. P., SILVA, W. S. A síndrome de *Burnout* e valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 15, n.1, p. 189-200, 2002.
- BOTEGA, N. J. Relação médico-médico. In: \_\_\_\_\_ **Prática psiquiátrica no hospital geral**: interconsulta e emergência. 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre. Artmed, 2006. p. 119-130.

- CAMELO, S.H.H., ANGERAMI, E.L.S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 12. n. 1. p. 14-21, 2004.
- CAMPOS, M. A. Experiência de trabalho em uma equipe multidisciplinar de um hospital dia psiquiátrico – reflexões sobre dinâmica de grupo. **Rev. ABP-APAL**, v. 10, n .1, p. 30-34, 1988.
- CAMPOS, M. A. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. **J. Bras. Psiq.**, v. 41, n. 6, p. 255-257, 1992.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo. Editora Cultrix Ltda, 1982.
- CARDOSO, C. L. **Tratamento odontopediátrico no contexto de uma clínica-escola: avaliação do estresse da criança, do acompanhante e do aluno**. 2002. 214 p. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, 2002.
- CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro. Campus, 1999. 457 p.
- COSTA-ROSA, A., LUZIO, C. A., YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In. AMARANTE, P. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Eng ° Paulo de Frontin, RJ: Nau Editora, 2003, p. 13-44.

COTTRELL S. Occupational stress and job satisfaction in mental health nursing: focused interventions through evidence-based assessment. **J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.**, v. 8, n. 2, p. 157-64, 2001.

CYTRYNOWICZ, M.M. **Criança – Enfance: uma trajetória de psiquiatria infantil**. São Paulo: Narrativa Um, 2002. 159 p.

DALGALARRONDO, P. Enfermarias de Psiquiatria. In: BOTEGA, N. J. **Serviços de saúde mental no hospital geral**. Campinas: Papirus, 1995. p. 23-34.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. 5ª. edição. São Paulo: Cortez Oboré, 1992. 168 p.

DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E., JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**. Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. 348 p.

DI LORETO, O. D. M. Patologia da vida psi cotidiana: o cotidiano na vida de um clínico psi. In: BOARINI, M. L. **Desafios na atenção à saúde mental**. Maringá: Eduem, 2000. p. 91-133.

EDWARDS D., BURNARD P., COYLE D., FOTHERGILL A., HANNIGAN B. A stepwise multivariate analysis of factors that contribute to stress for mental health nurses working in the community. **J. Adv. Nurs.**; v. 36, n.6, p. 805-13, 2001.

FARRELL G. A., DARES G. Nursing staff satisfaction on a mental health unit. **Aust. N. Z. J. Ment. Health Nurs.** Jun; v. 8, n. 2, p. 51-7, 1999.

FORTUNA, C. M. **Cuidando de quem cuida.** Notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para a produção de vida. 2003. 197 p. Tese (Doutorado). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

FOTHERGILL, A., EDWARDS, D., BURNARD, P. **Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review.** International Journal of Social Psychiatry, v. 50, n. 1, p. 54-65, 2004.

GAYOTTO, M. L. C. (org.) **Coragem para mudar:** determinação de uma equipe. Petrópolis: Vozes, 2001. 136 p.

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

GUIMÓN, J. As equipas enquanto grupos. In: \_\_\_\_\_ **Introdução às terapias de grupo.** CLIMEPSI Editores, 2002a. p. 153-162.

GUIMÓN, J. Los equipos terapéuticos. In: \_\_\_\_\_ **Los profesionales de la salud mental:** Actividades, vicissitudes y formación. Tomo 4 da obra Saúde Mental Relacional. Ginebra, Madrid, Nueva York. Core Academic, 2001. p. 89-98.

GUIMÓN, J. Se puede hablar de una psicopatología institucional? **Avances en Salud Mental**

**Relacional**. Revista Internacional On-line. vol. 1, n. 1, p.1-4, 2002 b.

GULLIVER P., TOWELL D., PECK E. Staff morale in the merger of mental health and

social care organizations in England. **J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.**, v. 10, n. 1, p.

101-7, 2003.

GUTHRIE, E., TATTAN, T. WILLIAMS, E., BLACK, D., BACLIOCOTTI, H. **Sources of**

**stress, psychological distress and burnout in psychiatrists**. Psychiatric Bulletin,

v. 23, p. 207-212, 1999.

HANNIGAN B., EDWARDS D., COYLE D., FOTHERGILL A., BURNARD P. Burnout in

community mental health nurses: findings from the all-Wales stress study. **J. Psychiatr.**

**Ment. Health Nurs.**, v. 7, n. 2, p. 127-34, 2000.

HAPPELL B., MARTIN T., PINIKAHANA J. Burnout and job satisfaction: a comparative

study of psychiatric nurses from forensic and a mainstream mental health service. **Int. J.**

**Ment. Health Nurs.**, v. 12, n. 1, p. 39-47, 2003.

HELOANI, J. R., CAPITÃO, C. G. Saúde mental e psicologia do trabalho. **São Paulo**

**perspec.**, v. 17, n. 2, p. 102-108, 2003.

HIRCHZON, C. L. M., DITOLVO, H. H. S. Uma experiência interdisciplinar de psicanalistas

com profissionais da saúde. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, v. 8, n. 15, p. 387-92,

2004.



JEX, S. M., CUNNINGHAM, C. J. L., ROSA, G., BROADFOOT, A. Stress e eficácia dos funcionários. In. Rossi, A.M., Perrewé, P.L., Sauter, S.L. **Stress e qualidade de vida no trabalho**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 104-122.

KORKEILA J. A., TOYRY S., KUMPULAINEN K., TOIVOLA J. M., RASANEN K., KALIMO R. Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists: a national survey. **J. Scand. Public. Health**. v. 31, n. 2, p. 85-91, 2003.

LANCMAN, S., SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Editora Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004. 345 p.

LAZARUS, R.S., FOLKMAN, S. **Stress appraisal and coping**. New York. Springer Publishing Company, 1984.

LIBÉRIO, M. M. A. **Estudo de satisfação com os CAPS da cidade do Rio de Janeiro: ouvindo seus atores principais**. 1999. 188 p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psiquiatria/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

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

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

- LINO, M. M. **Satisfação profissional entre enfermeiras de UTI. Adaptação transcultural do index of work satisfaction (IWS)**. 1999. 221 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.
- LIPP, M. E. N. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo. Casa do psicólogo, 2000. 40 p.
- LIPP, M. E. N. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Rev. Psiq. Clín.**; v. 28, n. 6, p. 347-349, 2001.
- LIPP, M. E. N. **O stress no Brasil: pesquisas avançadas**. Campinas: Ed. Papyrus, 2004. 223 p.
- LIPP, M. E. N. Stress emocional. In: \_\_\_\_\_ **Stress e o turbilhão da raiva**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 67-110.
- MAJOMI P, BROWN B, CRAWFORD P. Sacrificing the personal to the professional: community mental health nurses. **J. Adv. Nurs.**, v. 42, n. 5, p. 527-38, 2003.
- MASLACH, C. Entendendo o *Burnout*. In: ROSSI, A. M., PERREWÉ, P.L., SAUTER, S.L. **Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional**. Editora Atlas, 2005. p. 41-55.
- MASLACH, C. LEITER, M. P. **Trabalho: fonte de prazer ou desgaste?** Guia para vencer o estresse na empresa. Campinas. Papyrus, 1999. 239 p.

MASRI, N. M. El trabajo en equipo. In: GUIMÓN, J. **Avances en salud mental relacional.**

Revista Internacional on-line, vol. 1, n. 3, 2002.

MELEIRO, A.M.A.S. **O médico como paciente.** São Paulo: Lemos Editorial, 1999. 271 p.

MELMAN, J. **Família e doença mental:** repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2001. 159 p.

MERHY, E. E., JUNIOR, H. M. M, RIMOLI, J., FRANCO, T. B., BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 2ª ed., São Paulo. Editora Hucitec, 2004. 296 p.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L., CARVALHO, F. M., BONFIM, T. A. S., CIRINO, C. A. S., FERREIRA, I. S. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 131-140, 2006.

NICHOLS J. Management styles employed in the adult mental health service. **Nurs Times**, v. 99, n. 9, p. 34-6, 2003.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A., JORGE, M. R. Natureza e magnitude do estresse na Residência Médica. **Rev. Ass. Med. Brasil**, v. 44, n.1, p. 28-34, 1998.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Residência médica: estresse e crescimento. 1ª ed. São Paulo: Casa de Psicólogo, 2005. 200 p.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de saúde. In: BOTEGA, N. J.

**Prática psiquiátrica no hospital geral:** interconsulta e emergência. 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre. Artmed, 2006. p. 141-154.

OLIVEIRA, J. S., FRAGA, M. N. O. Como enfermeiras enfrentam o estresse no seu trabalho.

In. SOUZA, A. M. A., BRAGA, V. A. B., FRAGA, M. N. O. **Saúde, saúde mental e suas interfaces.** Fortaleza: Pós graduação DENF/UFC/FFOE, FCPC, 2002. p. 141-149.

OLUSINA A. K, OHAERI J. U, OLATAWURA M. O. Patient and staff satisfaction with the

quality of in-patient psychiatric care in a Nigerian general hospital. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.;** v. 37, n. 6, p. 283-8, 2002.

PASCHOAL, T., TAMAYO, A. Validação da Escala de Estresse no Trabalho. **Estudos de**

**Psicologia,** v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.**

Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1998. 254 p.

PEREIRA, A. M. T. B. **A saúde mental de profissionais de saúde mental:** uma investigação

da personalidade de psicólogos. Maringá. Eduem, 2001. 151 p.

PEREIRA, M. C. A., FÁVERO, N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. **Rev.**

**Latino-am. Enfermagem,** v. 9, n. 4, p. 7-12, 2001.

PÉREZ-RAMOS, J. **Satisfação no trabalho: metas e tendências**. Tese (Livre docência).

Instituto de Letras, História e Psicologia de Assis. Universidade Estadual "Julio de Mesquita Filho". Assis, 1980.

PITTA, A. M. F. Qualidade de serviços de saúde mental: desafios para a epidemiologia. **J.**

**Bras. Psiq.**, v. 45, n. 6, p. 313-321, 1996a.

PITTA, A. M. F. Cuidados com o cuidar em saúde mental: estratégias de avaliação. **Cadernos**

**IPUB**. Suplemento do n° 3, p. 1-11, 1996b.

PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo, Hucitec, 1999. 198 p.

PROSSER D, JOHNSON S, KUIPERS E, DUNN G, SZMUKLER G, REID Y,

BEBBINGTON P, THORNICROFT G. Mental health, "burnout" and job satisfaction in

a longitudinal study of mental health staff. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, v.

34, n. 6, p. 295-300, 1999.

QUIROGA, A.P. **Matrices de Aprendizaje**. Buenos Aires, Ediciones Cinco, 1997.

RAMMINGER, T. **Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do**

**trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental**. 2005. 117f.

Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande

do Sul. Porto Alegre, 2005.

REID, Y., JOHNSON, N., MORANT, N. KUIPERS, E. SZMUKLER, G. THORNICROFT, BEBBINGTON, P., PROSSER D. Explanations for stress and satisfaction in mental health professionals: a qualitative study. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, v. 34, n. 6, p.301-8, 1999a.

REID, Y., JOHNSON S., MORANT N., KUIPERS E., SZMUKLER G., BEBBINGTON P, THORNICROFT G., PROSSER D. Improving support for mental health staff: a qualitative study. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, v. 34, n. 6, p. 309-15, 1999b.

ROBINSON J. R., CLEMENTS K, LAND C. Workplace stress among psychiatric nurses. Prevalence, distribution, correlates, predictors. **J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.**, v. 41, n. 4, p. 32-41, 2003.

ROHLAND B. M. A survey of burnout among mental health center directors in a rural state. **Adm. Policy Ment. Health.**, v. 27, n. 4, p. 221-37, 2000.

ROSSBERG, J. I., EIRING, O., FRIIS, S. Work environment and job satisfaction. A psychometric evaluation of the Working Environment Scale-10. **Soc. Psychiatry Psychiat. Epidemio.**, v. 39, p. 576-580, 2004.

SELYE, H. **The stress of life**. New York. Longmans, 1956. 324 p.

SILVA, M. M. A. **Trabalho médico e o desgaste profissional**. Dissertação (Mestrado). Pós-graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, 2001.

- SOUZA, L. B. **Organização do trabalho, qualidade de vida e subjetividade:** um estudo sobre representações e crenças de profissionais do *campus* da USP de Ribeirão Preto. 2001. 326 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós Graduação em Psicologia. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, 2001.
- TARTUCE, G. L. B. P. **O que há de novo no ‘debate da qualificação’?** Reflexões sobre o conceito com base nas obras de Georges Friedmann e Pierre Naville. Dissertação (Mestrado). Unidade Faculdade de Filosofia. Letras e Ciências Humanas, 2002.
- THOMSEN S., SOARES J., NOLAN P., DALLENDER J., ARNETZ B. Feelings of professional fulfilment and exhaustion in mental health personnel: the importance of organisational and individual factors. **Psychother. Psychosom.** v. 68, n. 3, p. 157-64, 1999.
- TUMMERS G. E., JANSSEN P. P., LANDEWEERD A., HOUKES I. A comparative study of work characteristics and reactions between general and mental health nurses: a multi-sample analysis. **J. Adv. Nurs.** v. 36, n. 1, p.151-62, 2001.
- VASCONCELOS, E. M. Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa. **J. Bras. Psiq.**, v. 44, n. 4, p. 189-197, 1995.
- WEBSTER L., HACKETT R. K. Burnout and leadership in community mental health systems. **Adm. Policy Ment. Health**, v. 26, n. 6, p. 387-99, 1999.
- WHITTINGTON R. Attitudes toward patient aggression amongst mental health nurses in the 'zero tolerance' era: associations with burnout and length of experience. **J. Clin. Nurs.**, v. 11, n. 6, p. 819-25, 2002.

## ANEXOS

## ANEXO 1

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

**Obrigado por aceitar ser entrevistado neste estudo coordenado por Sergio Ishara.**

**O objetivo principal deste questionário é conhecer as experiências das pessoas junto aos serviços de saúde mental, com a perspectiva de estar melhorando-os posteriormente.**

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

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

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

NOME (Opcional): \_\_\_\_\_  
CARGO/FUNÇÃO: \_\_\_\_\_  
NOME DO  
SERVIÇO: \_\_\_\_\_  
TIPO DE  
SERVIÇO: \_\_\_\_\_  
UNIDADE DE TRATAMENTO: \_\_\_\_\_  
DATA



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

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

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

**2. Quanto tempo você gasta para vir de sua casa ao (nome do serviço)?**

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

**3. Há quanto tempo você está trabalhando neste serviço?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**9. Você se sente sobrecarregado no seu serviço?**

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

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

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

**11. Com que freqüência você tem reuniões de equipe?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

.....

.....

.....

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

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

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

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

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

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

**41. Como você se sente com a quantidade de ajuda que é dada aos pacientes pelo (nome do serviço)?**

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Sim	1
Não (passar à questão 56)	2
Não tem certeza (questão 56)	3
Não sabe (questão 56)	4

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

.....

.....

.....

**47. Se eles têm outras opções, por que você acha que eles escolhem este serviço? Você pode marcar mais de uma resposta.**

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

**48. Você está satisfeito com o grau de envolvimento dos familiares no processo de tratamento dos pacientes no (nome do serviço)?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**55. Você se sente satisfeito em relação às medidas de segurança do (nome do serviço)?**

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

**56. Você está satisfeito com o conforto e a aparência do (nome do serviço)?**

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

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

Péssimas	1
Ruins	2
Regulares	3
Boas	4
Excelentes	5

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

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

**58.1. Por que?**

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

**59. De que você mais gosta neste serviço?**

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

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

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

**61. Você acha que o serviço poderia ser melhorado?**

Sim	1
Não	2

**61.1. Se sim, de que maneira?**

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



## ANEXO 2

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

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

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

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

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

NOME (Opcional): \_\_\_\_\_  
CARGO/FUNÇÃO: \_\_\_\_\_  
NOME DO SERVIÇO: \_\_\_\_\_  
TIPO DE SERVIÇO: \_\_\_\_\_  
UNIDADE DE TRATAMENTO (se aplicável): \_\_\_\_\_  
DATA

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

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

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

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

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

**3. Qual é o seu principal local de trabalho?**

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

**4. Qual é o seu horário de trabalho?**

Manha	1
Tarde	2
Noite	3

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**21. Você acha que ter um apoio profissional (p.ex.: de um supervisor) no seu trabalho com portadores de transtornos mentais ajudaria você a lidar melhor com seu trabalho?**

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

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

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

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

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

**24. Você pensa em mudar de campo de trabalho?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**29. Quantos anos você tem?** |\_|\_|

**30. Sexo:**

Masculino	1
Feminino	2

**31. Qual é o seu estado civil atualmente?**

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

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

Sem escolaridade	1
Escola elementar (1o.grau)	2
Escola secundaria(2o.grau)	3
Curso técnico	3
Universidade	4
Pós-graduação	5
Outro (especificar)_____	9

**33. Qual é a sua profissão?**

Psiquiatra	1
Psicólogo	2
Assistente Social	3
Médico geral	4
Enfermeiro Psiquiátrico	5
Terapeuta Ocupacional	6
Outro (especificar)_____	9

**34. Há quanto tempo você trabalha em Saúde Mental:**

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

**OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!!!**

**ANEXO 3****INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)****Quadro 1**

Você vai me dizer os sintomas que tem sentido de ontem de manhã/tarde/noite até agora.

- 01 Mãos ou pés frios
- 02 Boca seca
- 03 Nó no estômago
- 04 Aumento da quantidade de suor
- 05 Tensão muscular
- 06 Aperto dos dentes/ranger de dentes
- 07 Diarréia passageira
- 08 Dificuldade para pegar no sono/acordar durante a noite
- 09 Coração disparado
- 10 Falta de ar / respiração acelerada
- 11 Pressão alta de repente e que passou logo
- 12 Mudança de apetite
- 13 Aumento de motivação de repente
- 14 Entusiasmo de repente
- 15 Vontade inesperada de iniciar novos projetos/serviços

**Quadro 2**

Você vai me dizer os sintomas que sentiu na última semana (de \_\_\_\_\_ até hoje).

- 01 Problemas com a memória
- 02 Mal-estar generalizado, sem motivo
- 03 Formigamento de mãos/pés
- 04 Sensação de desgaste físico constante
- 05 Mudança de apetite
- 06 Aparecimento de problema de pele
- 07 Pressão alta
- 08 Cansaço constante
- 09 Aparecimento de úlcera
- 10 Tontura ou sensação de estar flutuando
- 11 Muito sensível em nível de emoção
- 12 Dúvida quanto a si próprio
- 13 Pensar direto em um só assunto
- 14 Irritabilidade excessiva
- 15 Diminuição do desejo por sexo

### Quadro 3

Você vai me dizer os sintomas que sentiu no último mês (de \_\_\_\_\_ até hoje).

- 01 Diarréia freqüente
- 02 Dificuldade com sexo
- 03 Dificuldade para pegar no sono/acordar durante a noite
- 04 Náuseas/ ânsia de vômito
- 05 Tiques/ manias, por exemplo: ficar mexendo no cabelo
- 06 Pressão alta direto
- 07 Problema de pele por um tempo longo
- 08 Mudança extrema de apetite
- 09 Excesso de gases [estômago/intestino(barriga)]
- 10 Tontura freqüente
- 11 Úlcera
- 12 Enfarte
- 13 Impossibilidade de trabalhar
- 14 Pesadelos
- 15 Sensação de não ser competente em todas as áreas
- 16 Vontade de fugir de tudo
- 17. Apatia, desinteresse, depressão ou raiva prolongada
- 18 Cansaço excessivo
- 19 Pensar e falar direto em um só assunto
- 20 Irritabilidade aparente
- 21 Angústia/ansiedade diária
- 22 Supersensível em nível de emoção
- 23 Perda de senso de humor

#### Avaliação

F1 ( )  
 F2 ( )  
 F3 ( )  
 Total (Vertical)  
 F( )

#### Total (horizontal)

P1 ( )  
 P2 ( )  
 P3 ( )  
 P( )

**ANEXO 4****QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR****1. Para trabalhar realizar seu trabalho com pacientes psiquiátricos graves, você se sente:**

Muito pouco preparado	1
Pouco preparado	2
Razoavelmente preparado	3
Bem preparado	4
Muito bem preparado	5

**2. Neste ano de 2003, somando as horas de sua participação em cursos, congressos ou grupos de estudo, você participou, em média de:**

Nenhuma atividade desta natureza	1
Cerca de 1 hora por mês	2
Cerca de 4 horas por mês	3
Cerca de 8 horas por mês	4
Mais de 8 horas por mês	5

**3. Em relação aos seus hábitos de leitura de textos relacionados à sua profissão, você considera que gasta, em média, quanto tempo por semana:**

Não tenho hábito de ler textos relacionados ao meu trabalho	1
Leio cerca de uma hora por mês	2
Leio cerca de quatro horas por mês	3
Leio cerca de vinte horas por mês	4
Leio mais vinte horas por mês	5

**4. Você está satisfeito com o apoio que recebe de seu serviço para o seu aprendizado profissional:**

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

**5. Em relação a sua própria psicoterapia pessoal, você considera esta prática:**

Não necessária	1
Um pouco necessária	2
Mais ou menos necessária	3
Muito necessária	4
Muitíssimo necessária	5



**6. Em relação a sua psicoterapia pessoal, você:**

Nunca realizou	1
Já realizou ou realiza atualmente	2

**7. Atualmente, o seu trabalho no Hospital Santa Tereza:**

Dificulta muito você sentir-se uma pessoa realizada	1
Dificulta você sentir-se uma pessoa realizada	2
Não interfere sobre você sentir-se uma pessoa realizada	3
Ajuda você a sentir-se uma pessoa realizada	4
Ajuda muito você a sentir-se uma pessoa realizada	5

**8. Além do trabalho neste serviço, você realiza algum outro trabalho remunerado?**

Não	1
Sim	2

**9. Em caso positivo na resposta anterior, qual trabalho considera mais estressante:**

O trabalho neste serviço	1
O outro trabalho remunerado que você realiza	2

**OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!!!**

**ANEXO 5****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu \_\_\_\_\_,  
abaixo assinado, estou de acordo em participar de forma voluntária do Projeto de Pesquisa intitulado: Equipes de Saúde Mental: Avaliação da Satisfação e do Impacto do Trabalho em Hospitalização Integral e Parcial, que tem como pesquisador responsável Sergio Ishara.

Esta pesquisa tem como finalidade estudar os níveis de satisfação e de sobrecarga de profissionais de saúde mental que atuam em diferentes equipes multidisciplinares. Para isso, profissionais de serviços que prestam hospitalização integral ou parcial responderão aos questionários: Escala de Avaliação da Satisfação da Equipe Técnica com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR) e a Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental (IMPACTO-BR).

Ao decidir participar deste estudo, declaro ter conhecimento de direitos e condições a seguir relacionadas:

Esta atividade não é obrigatória e caso eu não queira participar, isso não me trará qualquer tipo de consequência.

Tenho conhecimento de que as informações que fornecerei poderão, mais tarde ser utilizadas para trabalhos científicos.

A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa a que serei submetido.

A liberdade de retirar o meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo à continuidade do meu trabalho.

A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada a minha privacidade.

O compromisso de que me será prestada informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade de continuar dele participando.

O ressarcimento de eventuais despesas decorrentes da minha participação no projeto, será promovido pelo responsável da pesquisa.

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade em participar do referido projeto.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2003.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## ANEXO 6

## PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA  
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO – MONTE ALEGRE  
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 17 de setembro de 2003

Ofício nº 2786/2003  
CEP/SPC

**Prezado Senhor:**

O trabalho intitulado **“EQUIPES DE SAÚDE MENTAL: AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO E DO IMPACTO DO TRABALHO EM HOSPITALIZAÇÃO INTEGRAL E PARCIAL”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 163ª Reunião Ordinária realizada em 15/09/2003, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 9004/2003.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.



**PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA**  
Coordenador do Comitê de Ética  
em Pesquisa do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssimo Senhor  
**SÉRGIO ISHARA**  
**PROF. DR. ANTÔNIO WALDO ZUARDI (Orientador)**  
Depto. de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica – Saúde Mental  
Em mãos