

Satisfação, sobrecarga de trabalho e estresse nos profissionais de serviço de saúde mental

Satisfaction, workload and stress among providers of a mental health service

Aldo Pacheco Ferreira¹

RESUMO | Objetivo: Avaliar o impacto da carga de trabalho e de estresse sobre a satisfação profissional em profissionais do serviço de saúde mental. **Método:** Estudo transversal com amostra de 23 profissionais de saúde mental. Foram aplicados os instrumentos: Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental (Impacto-Br), Escala de Avaliação da Satisfação da Equipe em Serviços de Saúde Mental (Satis-Br) e um questionário sociodemográfico. A pesquisa foi realizada em 2013. **Resultados:** 60,86% dos participantes eram do sexo feminino, com idade média de 36,48 anos. O escore de satisfação global foi de 3,16 (médio), e o escore de sobrecarga dos profissionais, de 2,33 (médio). O grupo com estresse apresentou menor grau de satisfação com o serviço do que o grupo sem estresse. **Conclusão:** Os dados obtidos com esta pesquisa demonstram que os profissionais que atuam na área da saúde mental sentem-se de médio a pouco satisfeitos em relação à qualidade dos serviços oferecidos e ao trabalho realizado em equipe. Os instrumentos se apresentaram adequados para avaliação dos processos de trabalho, fazendo com que haja confiabilidade nos dados e comparabilidade entre diferentes achados, o que possibilita, fundamentalmente, intervir nos processos de trabalho, tornando-o, como se deseja, o melhor possível.

Palavras-chave | satisfação profissional; impacto de sobrecarga; qualidade de vida; estresse; saúde ocupacional.

ABSTRACT | Objective: To evaluate the impact of workload and stress over professional satisfaction, among mental health professionals. **Method:** 23 mental health professionals were enrolled in a cross-sectional study. The following instruments have been used: Impacto-Br; Satis-Br; and a socio-demographic questionnaire. The survey was conducted in 2013. **Results:** 60.86% of the participants were female; the mean age was 36.48 years. The global satisfaction score with the workload was considered medium (3.16) and the global work impact score was medium (2.33). The group with stress showed a lower degree of satisfaction with the service than the group without stress. It was evidenced higher scores overhead in service in the group of professionals who had indicative of stress. **Conclusion:** The study showed that professionals who work in the mental health area have been medium to low professionally satisfied with the quality of services offered to the patient and teamwork. The instruments showed adequate for evaluation of work processes, so that there is data reliability and comparability between different findings, which enables fundamentally intervene in the work, making it as one wishes, the best possible.

Keywords | professional satisfaction; workload impact; quality of life; stress; occupational health.

Trabalho realizado no Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (CESTEH/ENSP/FIOCRUZ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹Doutor em Engenharia Biomédica pelo Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (COPPE/UFRJ); Pesquisador do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (CESTEH/ENSP/FIOCRUZ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

INTRODUÇÃO

Os estudos referentes à saúde do trabalhador objetivam conhecer, discutir e pensar o binômio trabalho-saúde, pois buscam estabelecer relações e explicações acerca do adoecimento e da incapacidade de trabalhadores ocasionada pelo trabalho¹. Neste estudo, pretendeu-se trazer para o âmbito da saúde pública, particularmente para o campo da saúde do trabalhador, o contexto geral de atuação de profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial (CAP). Procurou-se, ainda, compreender as práticas em saúde e entender suas ações como processos de intervenção técnica e social na realidade de saúde, buscando inspirar-se em instrumentos de pesquisa com cunho quantitativo e qualitativo².

O campo da saúde do trabalhador possui como objeto de investigação o processo saúde e doença dos trabalhadores na sua relação com o trabalho^{3,4}. Apesar das dificuldades teórico-metodológicas enfrentadas, a saúde do trabalhador busca a explicação sobre o adoecer e o morrer das pessoas, dos trabalhadores em particular, por meio do estudo dos processos de trabalho, de forma articulada com o conjunto de valores, crenças e ideias, as representações sociais e a possibilidade de consumo de bens e serviços na moderna civilização urbano-industrial⁵. Portanto, o campo da saúde do trabalhador compreende práticas interdisciplinares e interinstitucionais, como técnicas, sociais, políticas e humanas⁶. Abarca atores situados em diversos lugares distintos com o objetivo comum de se produzir ações com vistas à promoção da saúde, sempre no âmbito da atuação das políticas públicas de saúde⁷.

Kasarek (p. 290)⁸ ancorou-se na hipótese de que “o estresse no trabalho resultante aumenta o risco de doença”, validando o modelo demanda-controle na pesquisa do estresse nas relações de trabalho e seu efeito na saúde do trabalhador; e assim investigar ambientes nos quais os fatores psicossociais agem como estressores crônicos e produzem impacto e limitações importantes no comportamento individual dos trabalhadores. O modelo relaciona duas variáveis, a demanda psicológica e o controle sobre o trabalho, ao risco de adoecimento. A demanda psicológica está envolvida na execução das tarefas e atividades ocupacionais, e o controle exercido pelos trabalhadores refere-se ao próprio trabalho e ao suporte social no trabalho. Dessa forma, os temas acoplados ao ambiente de trabalho, a organização, a caracterização e as condições, as pertinências de desenvolvimento que este possibilita, a avaliação quanto ao envelhecimento da população ativa e a

precarização e a insegurança no emprego se tornaram, gradativamente, fontes de riscos psicossociais⁹.

Os transtornos mentais são responsáveis por uma média de 31% dos anos vividos com incapacitação, com diferenças regionais, chegando a índices ao redor de 40% nas Américas¹⁰. Representam um sério problema de saúde pública, acometendo uma grande parcela da população economicamente ativa, sendo a principal causa de incapacitação, morbidade e morte prematura, indistintamente, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento¹¹⁻¹³. Tais situações repercutem as vivências, individual e relacional e estão diretamente relacionadas ao aumento da incidência de problemas físicos, abuso de substâncias, conflitos e violência, depressão e ansiedade^{14,15}.

A incapacitação provocada por transtornos mentais, como depressão, dependência do álcool e esquizofrenia, foi subestimada ao longo dos anos devido ao fato de que as abordagens tradicionais apenas levavam em conta os índices de mortalidade, e não o número de anos vividos com o transtorno e a morte prematura¹⁶. Sabe-se que embora os transtornos mentais causem pouco mais de 1% das mortes, são responsáveis por mais de 12% das incapacitações por doenças em geral. Das 10 principais causas de incapacitação, 5 delas são transtornos psiquiátricos, sendo a depressão responsável por 13% das incapacitações, o alcoolismo, por 7,1%, a esquizofrenia, por 4%, o transtorno bipolar, por 3,3%, e o transtorno obsessivo-compulsivo, por 2,8%^{17,18}.

As previsões acenam para um futuro em que teremos um aumento exponencial dos transtornos mentais¹⁹. A queda da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida vêm aumentando a proporção de indivíduos menores de 15 anos e maiores de 65 anos na pirâmide populacional dos países em desenvolvimento. Além de serem pessoas dependentes da faixa populacional economicamente ativa, esses grupos etários necessitam de abordagens diferenciadas no que se refere à prevenção e ao tratamento de transtornos mentais. O envelhecimento da população também tem levado a um aumento da frequência de quadros demenciais e da consequente demanda de atenção especializada²⁰. Por outro lado, a faixa etária economicamente ativa lida com intenso impacto advindo de graves problemas sociais, como violência, pobreza, desemprego, não equidade social, desrespeito aos Direitos Humanos, entre outros, o que a torna muito mais vulnerável a quadros relacionados ao estresse, pós-traumático ou não²¹.

Apesar da contribuição dos distúrbios mentais para a carga global das doenças, a saúde mental ainda é uma

área muito negligenciada quanto aos serviços de atenção à saúde²². A reestruturação dos serviços, com ênfase no treinamento dos profissionais de cuidados primários para o reconhecimento de quadros mais prevalentes, tem sido a estratégia adotada por países nos quais essa questão já vem sendo abordada há mais tempo²³.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E INTEGRALIDADE

A partir do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, foram construídos muitos serviços de tratamento ao portador de deficiência mental com propostas de oposição ao modelo manicomial²⁴. Entre as experiências alternativas ao modelo assistencial hospitalocêntrico, é possível destacar a criação dos CAPs²⁵. Esses serviços substitutivos são destinados ao atendimento de pacientes com transtornos severos e persistentes na tentativa de evitar internações psiquiátricas, diminuir sua reincidência e, sobretudo, possibilitar o desenvolvimento de laços sociais e interpessoais desses pacientes com suas famílias e com a sociedade²⁶. Caracterizam-se, ainda, por ter abrangência territorial restrita, oferecer atenção diária ao paciente e suporte aos familiares, objetivando a reinserção social e laboral do paciente psiquiátrico²⁷.

Além de um projeto público de atendimento, o CAP inclui em sua proposta a implantação de setores de ensino e pesquisa. Por conseguinte, fazem parte de uma rede de assistência extra-hospitalar de saúde mental e são regidos pelos paradigmas da humanização do atendimento e da desconstrução — tanto de um modelo falido quanto do estigma do doente mental como alguém que deve ser excluído do convívio social e privado de seus direitos como cidadão^{24,25}. Além disso, atendem aos princípios de integralidade da assistência colocados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Integralidade que pode ser traduzida pela concepção de reabilitação psicossocial subjacente ao modo de tratar desses serviços. Isto é, nos planos terapêuticos de cada caso devem ser considerados os indicadores e as variáveis que favorecem ou desfavorecem a evolução de uma doença. Define como objetivos gerais da intervenção o incremento da consciência do paciente a respeito de seus problemas pessoais, familiares, de trabalho, econômicos, sociais e culturais; e o incremento da autonomia afetiva-material do paciente e da incorporação do paciente na vida de relação social e política.

Para alcançar os objetivos pretendidos é necessário que o CAP siga um modelo de atendimento interdisciplinar.

Portanto, a qualidade do serviço oferecido depende, entre outros fatores, da interação entre os diversos profissionais da equipe e das relações deles com os pacientes e a comunidade, procurando-se evitar a reprodução de um modelo manicomial caracterizado pelo predomínio do distanciamento e pelas relações hierárquicas²⁸.

Assim, o propósito deste estudo foi analisar aspectos do trabalho, auscultar opiniões, estimar o grau de satisfação, de sobrecarga com o trabalho e de estresse em profissionais de serviço de saúde mental.

MÉTODO

A pesquisa constituiu-se em um estudo transversal com amostra de conveniência composta de 23 trabalhadores, sendo 16 profissionais de nível superior e 7 de nível médio, realizado em 2013. Destaca-se que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Todos os participantes, após esclarecimentos acerca dos objetivos da pesquisa e da preservação de suas identidades, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A investigação foi desenvolvida no CAP Lima Barreto, Município do Rio de Janeiro. O CAP Lima Barreto é um dispositivo integrante do SUS, de base comunitária, funciona em regime aberto e presta assistência a usuários com transtorno mental grave e persistente, devendo vir a substituir as internações hospitalares psiquiátricas. Área de atendimento: Bangu, Realengo e adjacências (AP 5.1, município do Rio de Janeiro). A assistência é multidisciplinar e funciona de segunda a sexta-feira, das 9 às 17h. Os atendimentos podem ser grupais ou individuais e são oferecidas atividades organizadas em oficinas. Na época do estudo 357 pessoas eram atendidas nesse CAP.

INSTRUMENTOS

Questionário sociodemográfico ocupacional

Questionário com os seguintes dados: idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar, profissão e tempo de experiência profissional. Com as escalas foi solicitado aos participantes que preenchessem um questionário sobre dados sociodemográficos e situação profissional. As variáveis estudadas foram: sexo, idade, estado civil, tipo

de vínculo profissional, escolaridade, categoria funcional, local de trabalho e tempo de serviço.

A coleta de dados foi precedida de reuniões nas unidades, apresentando a pesquisa e estimulando a participação dos servidores. Todos os turnos de trabalho foram cobertos pelos pesquisadores. Foi determinado um número de cinco retornos a cada unidade, com o objetivo de evitar a perda de respondentes.

Foi solicitada a colaboração de cada participante, destacando-se ser a participação 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.

Os questionários foram aplicados 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; quando possível, a aplicação foi realizada para vários profissionais simultaneamente. Os instrumentos escolhidos são autoaplicáveis, mas a coleta foi acompanhada pelo autor, visando o esclarecimento de eventuais dúvidas.

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

Escala que avalia o grau de satisfação da equipe de profissionais em serviços de saúde mental. O questionário completo contém 69 questões, dentre as quais apenas 32 constituem as questões quantitativas da escala propriamente dita que avaliam o grau de satisfação. A escala inclui alternativas de respostas dispostas em escala ordinal tipo Likert de 5 pontos, em que 1=muito insatisfeito e 5=muito satisfeito. As demais questões são descritivas ou qualitativas e avaliam as condições de trabalho dos profissionais e os dados sociodemográficos. Algumas questões avaliavam as variáveis sociodemográficas.

A escala é composta por quatro subescalas que avaliam diferentes dimensões da satisfação com o serviço. A primeira subescala inclui dez questões que avaliam o grau de satisfação da equipe em relação à qualidade do serviço oferecido aos pacientes. O estudo da consistência interna obteve, para

essa subescala, um valor de alfa de Cronbach de 0,83 e as correlações item-total variaram de 0,36 a 0,73. A segunda subescala inclui 7 questões que avaliam o grau de satisfação da equipe em relação à sua participação no serviço (nas decisões, na implantação dos tratamentos e na avaliação do serviço, na expressão de suas opiniões etc.). Essa subescala apresentou valor de alfa de Cronbach de 0,72 e as correlações item-total variaram de 0,17 a 0,70.

A terceira subescala inclui dez questões que avaliam o grau de satisfação da equipe em relação às condições gerais de trabalho (instalações, salário, benefícios, conforto e aparência do serviço, medidas de segurança e confiabilidade, clima do ambiente de trabalho). O valor de alfa de Cronbach foi de 0,77 e as correlações item-total variaram entre 0,26 e 0,56. A quarta subescala inclui três questões que avaliam o grau de satisfação do profissional a respeito do seu relacionamento com os colegas de trabalho e com os seus superiores, assim como sua satisfação com o grau de sua autonomia em relação às outras pessoas no serviço. O valor de alfa de Cronbach para essa subescala foi de 0,63 e as correlações item-total variaram entre 0,36 e 0,53.

A escala global consta do total de 32 itens, incluindo os 30 itens que compõem as subescalas e mais 2 itens que se referem à satisfação da equipe com a frequência de contatos entre pacientes e profissionais. A escala global apresenta elevada consistência interna, com o valor de alfa de Cronbach igual a 0,89 e correlações item-total variando entre 0,24 e 0,74.

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

Escala que avalia a sobrecarga sentida pelos profissionais de saúde mental, em consequência do trabalho diário com pessoas portadoras de distúrbios psiquiátricos. O questionário completo inclui 34 questões, dentre as quais apenas 18 constituem as questões quantitativas da escala propriamente dita, avaliando as repercussões do trabalho em diversos aspectos da vida do profissional. As alternativas de resposta estão dispostas em escala tipo Likert de 5 pontos, em que 1=de forma alguma e 5=extremamente. As demais questões são descritivas e avaliam as condições de trabalho e os dados sociodemográficos.

Os itens dessa escala se distribuem em três subescalas. A primeira contém cinco itens que avaliam o impacto do trabalho sobre a saúde física e mental do profissional

(frequência de problemas físicos, de consultas ao médico, de tomar medicamentos, efeitos na estabilidade emocional etc.). O estudo da consistência interna obteve, para essa subescala, valor de alfa=0,78 e correlações item-total variando de 0,27 a 0,77.

A segunda subescala contém seis itens que avaliam o impacto da sobrecarga ressentida no trabalho sobre o funcionamento dos profissionais (frequência em que pensa em mudar de campo de trabalho, que outro tipo de trabalho o faria sentir-se mais saudável, afastamentos, receio de ser agredido, qualidade do sono, saúde em geral). Essa subescala apresentou valor de alfa de Cronbach=0,77 e correlações item-total entre 0,40 e 0,63. A terceira subescala contém cinco itens que avaliam os efeitos do trabalho no estado emocional do profissional no seu sentimento de estar sobrecarregado (sentir-se frustrado, cansado, sobrecarregado, deprimido e estressado por trabalhar com doença mental). O valor de alfa de Cronbach obtido para essa subescala foi de 0,70 e as correlações item-total variaram de 0,32 a 0,68.

A escala global contém o total de 18 itens, os quais incluem as 16 questões dos 3 fatores descritos anteriormente e 2 questões adicionais que apresentaram correlações item-total de 0,48 e 0,55. Essas duas questões se referem ao impacto do trabalho de saúde mental sobre a vida social do profissional e sobre sua vida familiar. O valor do coeficiente alfa de Cronbach para a escala global foi de 0,87 e as correlações item-total variaram de 0,24 a 0,7.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)

Validado por Lipp e Guevara²⁹ e padronizado por Lipp²¹. Permite realizar um diagnóstico preciso de estresse, determinar em que fase a pessoa se encontra (alerta, resistência, quase exaustão ou exaustão) e identifica a área de maior manifestação do estresse (física ou psicológica). O instrumento é formado por três quadros referentes às fases do estresse. O primeiro quadro, composto de 15 itens, refere-se aos sintomas físicos ou psicológicos experimentados nas últimas 24 h. O segundo, composto de dez sintomas físicos e cinco psicológicos, está relacionado aos sintomas experimentados na última semana. O terceiro quadro, composto de 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, refere-se aos sintomas experimentados no último mês. Alguns dos sintomas que aparecem no quadro 1 voltam a aparecer no quadro 3, mas com intensidade diferente. No total, a ISSL apresenta 37 itens de natureza somática e 19 de fonte psicológica, sendo os

sintomas muitas vezes repetidos, diferindo somente em sua intensidade e seriedade. A fase 3 (quase-exaustão) é diagnosticada na base da frequência dos itens assinalados na fase de resistência.

ANÁLISE DE DADOS

A validade de construto das escalas Satis-Br, Impacto-Br e ISSL foi avaliada pelo procedimento de análise de hipóteses, testando-se a hipótese de que a escala deve correlacionar-se significativamente com outras medidas de variáveis que são relacionadas ao construto medido³⁰. Nesse procedimento de validação considera-se que a evidência de associações significativas entre dois instrumentos que avaliam construtos diferentes, mas teórica e empiricamente relacionados, serve como indicador da validade de ambos, indicando que eles estão relacionados, conforme a expectativa.

Foram calculadas frequências para variáveis categóricas e frequências médias para variáveis contínuas. Para comparação de médias, foi utilizado o teste de Mann-Whitney³¹. Para medir correlação entre satisfação e impacto, a comparação das variáveis categóricas foi realizada utilizando o teste do χ^2 e o teste exato de Fisher³¹. Em todas as análises o nível de significância foi mantido em 0,05. Foi realizada a análise de regressão linear para examinar o efeito das variáveis do estudo. A estratégia utilizada foi a entrada de todas as variáveis que, na análise bivariada, apresentaram associação com valor p menor do que 0,20. As variáveis com valor p maior do que 0,20 foram sendo retiradas uma a uma, e os coeficientes, comparados com os do modelo completo. Para diferenças maiores do que 10%, foram testados os itens interação e confundimento.

A avaliação da consistência interna das questões sobre satisfação, sobrecarga e de estresse no trabalho foi realizada por meio do coeficiente alfa de Cronbach. O coeficiente alfa de Cronbach estima a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa. Ele mede a correlação entre respostas em um questionário por meio da análise das respostas dadas pelos respondentes, apresentando uma correlação média entre as perguntas. O coeficiente alfa de Cronbach é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador de todos os itens de um questionário que utilizem a mesma escala de medição³².

Para a análise estatística, foi utilizado o programa SPSS 20. Durante a análise dos dados, as categorias funcionais

foram agrupadas por nível, superior ou médio, já que não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de satisfação e de impacto entre categorias dentro de cada um dos níveis.

RESULTADOS

Os participantes tinham idade média de 36,48 anos, sendo o mínimo de 18 e o máximo de 62 anos. Houve predomínio da participação de mulheres (60,86%). Em relação ao estado civil, a maioria era de pessoas casadas ou que viviam com um companheiro (73,91%); em segundo lugar, pessoas solteiras (17,39%); seguidas de pessoas viúvas e separadas (8,7%). Em relação ao nível de escolaridade, houve predomínio de profissionais com nível superior (69,56%) e nível médio (30,44%). A maioria dos profissionais era composta de psicólogos, médicos, enfermeiros e assistentes sociais (52,17%), auxiliar de enfermagem ou atendente de enfermagem (21,74%) e técnicos (26,09%). Observou-se predominância de profissionais que trabalhavam na área de saúde mental entre 1 e 5 anos (52,17%) (Tabela 1). Com base na utilização da Satis-Br, foram calculados os escores de satisfação. O escore médio de satisfação global foi de 3,16 (desvio padrão – DP=0,65), com variação entre 1,84 e 4,77; 17,39% dos profissionais relataram estar insatisfeitos, 52,17% estavam indiferentes, e 30,44%, satisfeitos. Na Tabela 2 encontram-se descritos os valores do escore geral e dos fatores de satisfação. Com base na aplicação da Impacto-Br, verificou-se que o escore médio de sobrecarga dos profissionais foi 2,33. As três subescalas variaram entre o mínimo de 1,00 e o máximo de 5,00. Esse resultado descreve que o grau médio de sobrecarga encontrava-se entre “pouca” e “medianamente”, estando inversamente associado aos escores de sobrecarga, ou seja, quanto maior era o grau de sobrecarga sentida pelos profissionais, menor era o seu nível de satisfação no trabalho. A Tabela 3 especifica os valores de sobrecarga obtidos, discriminando o impacto geral e os fatores da escala. Elaborou-se uma análise do coeficiente de correlação de Spearman e evidenciou uma correlação negativa significativa entre os escores de satisfação e de sobrecarga ($r=-0,285$; $p<0,01$). Assim, os escores de satisfação foram inversamente associados aos escores de sobrecarga. Os pontos que mais se sobressaíram na sobrecarga dos

Tabela 1. Aspectos sociodemográficos e laborais dos trabalhadores de saúde mental. Rio de Janeiro (RJ), 2013

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	9 (39,14)
Feminino	14 (60,86)
Idade	
20 a 40 anos	15 (65,22)
41 anos ou mais	8 (34,78)
Estado civil	
Casado(a) ou vive em união	17 (73,91)
Separado(a) ou divorciado(a)	1 (4,35)
Viúvo(a)	1 (4,35)
Solteiro(a) (nunca se casou ou viveu em união)	4 (17,39)
Instrução	
Ensino fundamental completo	2 (8,7)
Ensino médio incompleto/completo	5 (21,74)
Superior	16 (69,56)
Graduação	
Pós-graduação <i>lato sensu</i>	5 (21,74)
Pós-graduação <i>stricto sensu</i>	3 (13,04)
Cargo	
Psicólogo	5 (21,74)
Médico	3 (13,04)
Assistente social	3 (13,04)
Enfermeiro	1 (4,35)
Técnico de Enfermagem	5 (21,74)
Administrativos	6 (26,09)
Tempo no cargo	
1 a 5 anos	12 (52,17)
6 a 15 anos	7 (30,43)
16 ou mais	4 (17,4)

Tabela 2. Escores de satisfação dos trabalhadores de saúde mental. Rio de Janeiro (RJ), 2013

Escores Satis-Br	Escore médio	Desvio padrão	Varição
Satisfação geral	3,16	0,65	1,84-4,77
Qualidade dos serviços prestados aos pacientes (F1)	3,43	0,62	1,72-4,75
Participação da equipe no serviço (F2)	3,13	0,61	1,47-4,88
Condições de trabalho (F3)	2,94	0,57	1,33-4,13
Relacionamento no serviço (F4)	3,41	0,67	1,21-4,17

Satis-Br: Escala de Avaliação da Satisfação da Equipe em Serviços de Saúde Mental

profissionais foram: o cansaço físico ao final do trabalho (2,75), a possibilidade de ser fisicamente agredido (2,35) e o fato de lidar com portadores de transtorno mental (2,23). Por outro lado, os tópicos que apresentaram os menores índices de sobrecarga foram: sentir-se deprimido por trabalhar com problemas mentais (1,27), sentir que o trabalho impede relacionamentos satisfatórios com a família (1,44) e achar que o trabalho afeta pessoalmente a vida social (1,33).

Para avaliação do estresse, foram comparados dois subgrupos de sujeitos da amostra, classificados segundo a presença e a ausência de estresse. Foi observada correlação significativa entre os dois grupos com relação ao grau de satisfação ($r=0,747$; $p=0,001$), tendo o grupo com estresse apresentado maior grau de satisfação com o serviço do que o grupo sem estresse. Obteve-se igualmente correlação significativa entre os dois grupos no que se refere ao grau sobrecarga ($r=0,879$; $p=0,002$), tendo-se observado escore mais elevado de sobrecarga no serviço no grupo de profissionais que apresentavam indicativo de estresse (Tabela 4).

Tabela 3. Escores do impacto do trabalho dos trabalhadores de saúde mental. Rio de Janeiro (RJ), 2013

Escores Impacto-Br	Escore médio	Desvio padrão	Variação
Impacto geral	2,33	0,52	1,00-3,94
Efeitos sobre a saúde física e mental (F1)	1,98	0,67	1,00-3,80
Efeitos sobre o trabalho (F2)	2,03	0,61	1,00-4,19
Sentimento de estar sobrecarregado (F3)	2,14	0,59	1,00-4,13

Impacto-Br: Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental

Tabela 4. Graus de satisfação e sobrecarga em termos de média e desvio padrão nos grupos com e sem manifestações de estresse

Estresse (ISSL)	Satisfação		Sobrecarga	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Presente	3,5	0,5	2,2	0,6
Ausente	2,3	0,6	1,6	0,7

ISSL: Escala de Avaliação de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp

DISCUSSÃO

Por intermédio da análise realizada foi obtida uma correlação negativa significativa entre os índices de satisfação e sobrecarga; da mesma forma, foram registrados níveis mais baixos de satisfação e mais elevados de sobrecarga naqueles entrevistados que tinham indicativo de estresse, em comparação com o grupo sem estresse. Tais dados ratificam a hipótese de que há uma associação entre essas variáveis, comprovando a validade de construto das escalas Satis-Br e Impacto-Br, aplicadas aos profissionais avaliados. O reconhecimento dos riscos psicossociais como um dos desafios para a segurança e a saúde no trabalho implica que se perceba qual o peso desses riscos na saúde dos trabalhadores, qual a abordagem mais eficaz dessa temática e de que forma se pode intervir nas situações de trabalho para criar condições que permitam a sua gestão, com vista a uma melhor saúde, segurança e bem-estar. Os subsídios advindos desses índices poderão ser importantes como indicadores da qualidade das ações desenvolvidas no CAP, pois a satisfação e a sobrecarga observadas pelos profissionais podem afetar diretamente a qualidade do atendimento prestado aos pacientes³³. Esse tipo de avaliação pode denotar a necessidade de se alterar aspectos do funcionamento desse atendimento ou, ainda, de implantar procedimentos preventivos de apoio e acompanhamento dos profissionais, como, por exemplo, em atividades de supervisão. O apoio aos profissionais pode convir para atenuar a ocorrência de absenteísmo ou de rotatividade, assim como promover a satisfação dos profissionais no seu trabalho.

A avaliação da saúde no trabalho é, desde há muito tempo, feita por meio de medidas que partem da análise do trabalho e questionam a saúde dos trabalhadores, o que significa que a saúde é analisada enquanto carência potencial resultante de condições de trabalho degradantes, presumindo a noção de exposição aos riscos, ou utilizando medidas que partem do interesse pela saúde dos indivíduos e analisam a sua atividade profissional para compreender os efeitos desta sobre a saúde³⁴.

Pesquisas avaliativas da satisfação e sobrecarga podem ser importantes, também, para confrontar tipos de serviços díspares de saúde mental e seu impacto nos profissionais. Distintos grupos profissionais podem igualmente ser avaliados, no cerne de um mesmo serviço, podendo evidenciar necessidades diferenciadas. Esses índices podem ser úteis, portanto, para aferir essas diferenças em serviços de saúde mental.

CONCLUSÃO

Os dados obtidos com esta pesquisa demonstram que os profissionais que atuam na área da saúde mental sentem-se mais satisfeitos em relação à qualidade dos serviços oferecidos e ao trabalho realizado em equipe. O fator que gerou menor satisfação está relacionado às condições de trabalho oferecidas. A questão da avaliação dos serviços de saúde, ao investigar as dimensões dos custos, da acessibilidade, da qualidade do cuidado prestado e de sua efetividade, chama a atenção para que a escolha da estratégia, na avaliação, relacione-se com a delimitação do foco e com a construção do seu objeto. Uma avaliação desses serviços precisa considerar o ponto de vista dos diferentes atores envolvidos no processo, desde os gestores até os usuários, além de verificar diferentes indicadores que possam fornecer dados sobre a qualidade do trabalho realizado. A partir dessa perspectiva, é possível constatar um interesse consistente pela incorporação de dimensões como subjetividade, alteridade e participação dos distintos personagens envolvidos no processo avaliativo.

Verificamos, também, a necessidade de buscar soluções de avaliação e intervenção, tanto no âmbito individual como no coletivo. Como implicação futura se destaca a importância

de estudar os fatores que estão na origem dos riscos psicossociais e cuja presença possa ser em tempo detectada, bem como a criação de ferramentas ao serviço da intervenção e transformação das condições de trabalho.

É interessante notar o grau de satisfação dos atores envolvidos no processo (profissionais, usuários, familiares), ainda que estabeleçam críticas pontuais ao sistema. No entanto, as dificuldades estão presentes no cotidiano e os desafios estão colocados para os sujeitos desses cenários e para os pesquisadores que se dedicam a sua avaliação.

Os resultados apresentaram correlações significativas entre variáveis na direção esperada pelas hipóteses analisadas. Pode-se concluir, desse modo, que elas formam instrumentos de medida apropriados para serem utilizados em estimativas do grau de satisfação, sobrecarga e estresse dos profissionais nos serviços de saúde mental. Sendo multifatoriais, essas escalas permitiram avaliar, separadamente pelas subescalas e com escores de medida independentes, diferentes dimensões dos serviços. As escalas de medida validadas são necessárias para avaliar, de maneira padronizada, esses serviços, fazendo com que haja confiabilidade nos dados e comparabilidade entre diferentes achados, o que possibilita, fundamentalmente, intervir nos processos de trabalho, tornando-o, como se deseja, o melhor possível.

REFERÊNCIAS

1. Nehmy RMQ, Dias EC. Os caminhos da saúde do trabalhador: para onde apontam os sinais? *Rev Méd Minas Gerais*. 2010;20(2):55-12.
2. Kirschbaum C. Decisões entre pesquisas quali e quanti sob a perspectiva de mecanismos causais. *Rev Bras Ciênc Soc*. 2013;28(82):179-93.
3. Lucca SR, Campos CR. A Medicina do Trabalho no mundo contemporâneo: o perfil dos médicos do trabalho, desafios e competências. *Rev Bras Med Trab*. 2011;9(1):45-7.
4. Minayo-Gomez C, Machado JMH, Pena PGL. *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
5. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev Saúde Pública*. 1991;25:341-9.
6. Dejours C. Subjetividade, trabalho e ação. *Rev Produção*. 2004;14(3):27-34.
7. Sousa-Uva A, Serranheira F. Trabalho e Saúde/(Doença): o desafio sistemático da prevenção dos riscos profissionais e o esquecimento reiterado da promoção da saúde. *Rev Bras Med Trab*. 2013;11(1):43-9.
8. Kasarek R. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q*. 1979;24:285-308.
9. Notelaers G, De Witte H, Einarsen S. A job characteristics approach to explain workplace bullying. *Eur J Work Org Psychol*. 2010;19(4):487-504.
10. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Org*. 2004;82(11):858-66.
11. Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *The Brit J Psychiatry*. 1996;30:38-43.
12. Lecrubier Y, Ustun TB. Panic and depression: a worldwide primary care perspective. *Internat Clin Psychopharmacol*. 1998;13(4):S7-11.
13. Thornicroft G, Maingay S. The global response to mental illness: An enormous health burden is increasingly being recognised. *BMJ*. 2002;325:608-9.
14. Bultmann U, Kant I, Schroer C, Kasl S. The relationship between psychosocial work characteristics and fatigue and psychological distress. *Int Arch Occupat Environ Health*. 2002;75:259-66.
15. European Commission. *Investing in well-being at work - Addressing psychological risks in times of change*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.

16. Silva TFC, Mason V, Abelha L, Lovisi GM, Cavalcanti MT. Quality of life assessment of patients with schizophrenic spectrum disorders from Psychosocial Care Centers. *J Bras Psiquiatr.* 2011;60(2):91-8.
17. Murray CL, Lopez AD. World Health Organization. The global burden of disease. Geneva: WHO; 1996.
18. Prieb S. Social Outcomes in Schizophrenia. *The Brit J Psychiatry.* 2007;1:15-20.
19. Solanki R, Singh P, Midha A, Chugh K. Schizophrenia: impact on quality of life. *Indian J Psychiatry.* 2008;50:181-6.
20. Andrade JM. O risco como potencialidade no trabalho com saúde mental. In: Merhy EE, Amaral H (ed.). *A reforma psiquiátrica no cotidiano II.* São Paulo: Hucitec; 2007.
21. Lipp MN. Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
22. Cavalcanti MT, Dahl CM, Carvalho MCA, Valencia E. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(1):23-8.
23. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilization: overview of the Australian National Mental Health Survey. *Brit J Psychiatry.* 2001;178:145-53.
24. Desviat M. *A reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
25. Amarante PDC, Torre EHG. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate.* 2001;25(58):26-34.
26. Fagundes HM, Libério MMA. A reestruturação da assistência na cidade do Rio de Janeiro. *Estratégias de construção e desconstrução.* *Rev Saúde em Foco.* 1997;16:30-5.
27. Aosani TR. A saúde mental na atenção básica: A percepção dos profissionais de saúde. *Rev Psicol Saúde.* 2013;5(2):71-80.
28. Lima FC, Schneider DR. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial: Uma revisão integrativa da literatura nacional. *Rev Caminhos.* 2013;4(6):39-64.
29. Lipp MN, Guevara AH. Validação empírica do inventário de sintomas de stress (ISS). *Estudos de Psicologia.* 1994;11(3):43-9.
30. Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação.* Petrópolis: Vozes; 2003.
31. Montgomery DC. *Design and analysis of experiments.* New York: John Wiley and Sons; 2001.
32. Hora HRM, Monteiro GTR, Arica J. Confiabilidade em questionários para qualidade: Um estudo com o coeficiente alfa de Cronbach. *Produto & Produção.* 2010;11(2):85-103.
33. Bandeira M, Ishara S, Zuardi AW. Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade de construto das escalas Satis-Br e Impacto-Br. *J Bras Psiquiatr.* 2007;56(4):280-6.
34. Cavalin C, Célérier S. Mesurer les dimensions mentales de la santé au travail: sous quels angles? In: Alaluf M, Desmarez P, Stroobants M (ed.). *Bruxelles: Mesures et démesures du travail;* 2012.

Endereço para correspondência: Aldo Pacheco Ferreira - Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - CEP: 21041-210 - Mangueiras (RJ), Brasil - E-mail: aldopachecoferreira@gmail.com