

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU – DOUTORADO EM
ATENÇÃO À SAÚDE**

ERIKA RENATA TREVISAN

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL - ÁLCOOL E DROGAS E O PERFIL DOS USUÁRIOS**

**UBERABA-MG
2018**

ERIKA RENATA TREVISAN

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL - ÁLCOOL E DROGAS E O PERFIL DOS USUÁRIOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Atenção à Saúde.

Linha de Pesquisa: Trabalho na Saúde e na Enfermagem

Eixo Temático: Organização e Avaliação dos Serviços de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Sybelle de Souza Castro

**UBERABA – MG
2018**

**CATALOGAÇÃO NA FONTE: BIBLIOTECA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO**

T789a Trevisan, Erika Renata
Aspectos psicossociais do trabalho no Centro de Atenção
Psicossocial - álcool e drogas e o perfil dos usuários/Erika Renata
Trevisan. -- 2018.
172f. il. : fig., graf., tab.

Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal
do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018
Orientadora: Profa. Dra. Sybelle de Souza Castro

1. Saúde mental. 2. Epidemiologia. 3. Avaliação de serviços de
saúde. 4. Serviços de saúde mental. 5. Transtornos relacionados ao
uso de substâncias. I. Castro, Sybelle de Souza. II. Universidade
Federal do Triângulo Mineiro. III. Título

CDU 613.86

ERIKA RENATA TREVISAN

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL - ÁLCOOL E DROGAS E O PERFIL DOS USUÁRIOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Atenção à Saúde.

Uberaba, 27 de março de 2018.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Sybelle de Souza Castro
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves
Universidade Federal de Uberlândia

Profa. Dra. Andrea Ruzzi Pereira
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Leiner Resende Rodrigues
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

*Dedico esse trabalho à **minha família**, em especial aos meus pais **Avenir e Zilda** (in memoriam) que sempre me impulsionaram em direção à vida, que me ensinaram a vencer os obstáculos e ter perseverança.*

*Ao meu companheiro **Fábio**, pelo incentivo constante, pelo apoio nos momentos difíceis, pela paciência, compreensão e alegrias divididas.*

*Ao meu menino **Francisco**, luz da minha vida e minha maior inspiração para realizações, gratidão pelo carinho ao me acompanhar nesse percurso.*

AGRADECIMENTOS

Finalizada uma etapa particularmente importante da minha vida, não poderia deixar de expressar o mais profundo agradecimento a todos aqueles que me apoiaram nesta longa caminhada e contribuíram para a realização deste trabalho.

Agradeço:

- ✓ À **Prof.^a Dr.^a Sybelle de Souza Castro** pelo acolhimento, carinho e dedicação que tanto contribuíram com meu crescimento profissional, por acreditar no meu trabalho. Obrigada pela confiança, oportunidades, incentivos e parceria.
- ✓ Aos **Professores do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde (PPGAS)** da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), pelas contribuições diretas e indiretas para a conclusão deste trabalho.
- ✓ Ao **Prof. Vanderley José Haas** pela paciência ao me orientar nas análises estatísticas.
- ✓ À **Prof.^a Dr.^a Helena Hemiko Iwamoto** pelas oportunidades que me proporcionou, os conselhos, dicas e pelas contribuições no projeto de pesquisa.
- ✓ À **Prof.^a Dr.^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira e a Prof.^a Dr.^a Andrea Ruzzi Pereira** pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.
- ✓ Aos secretários do PPGAS, **Fábio e Dani**, pela dedicação e colaboração, sempre que necessário.
- ✓ À **Michele** pela enorme contribuição durante a coleta dos dados e apoio no desenvolvimento deste estudo.
- ✓ Às minhas colegas **Docentes do Departamento de Terapia Ocupacional** da UFTM pelo apoio, contribuições, parcerias, construções coletivas e conhecimentos compartilhados.
- ✓ Aos meus queridos **Alunos do Curso de Terapia Ocupacional** da UFTM que são sempre uma fonte de inspiração e motivação.
- ✓ Ao **Prof. Dr. Carlos Sequeira** pelo carinho que me recebeu e me orientou no doutorado sanduíche e pelo conhecimento dispensado sobre a saúde mental.
- ✓ Aos **Coordenadores dos CAPSad** onde o trabalho foi realizado, por aceitarem que essa pesquisa fosse realizada, pela confiança e apoio na realização da coleta dos dados.
- ✓ Aos **Trabalhadores dos CAPSad** que gentilmente concordaram em participar desta pesquisa, sem o apoio de vocês esse trabalho não se concretizaria, acreditar no trabalho de vocês é o motivo desta caminhada.
- ✓ Aos **Usuários e Familiares dos CAPSad** que colaboraram com esse estudo para

melhoria do atendimento público e eficiente nos serviços públicos de atenção à saúde mental.

- ✓ À **Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG)** pelo apoio financeiro concedido a partir do Edital 14/2013 do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS).
- ✓ À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** pela oportunidade de conhecer outra realidade de atenção às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, por meio do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior.
- ✓ Aos queridos irmãos **Flávia e Rodrigo**, cunhados **Gustavo e Lú** e meus lindos sobrinhos **Murilo, Gabriel e Lorenzo** pela partilha da vida, pelos momentos de alegria e companheirismo pelos quais passamos sempre.
- ✓ A família construída com afeto **Dráusio e Clélia, Kelma, Flávio, Luis** e as queridas sobrinhas **Milena e Mariana** pelo apoio e carinho de sempre.
- ✓ A família **Patrocínio** pelo carinho que me recebem e pelas vibrações positivas – Tio Paulo, Nancyr, Miriam, Paulo César, Nilma e cia.
- ✓ Aos **queridos amigos** que a vida me proporcionou viver momentos inesquecíveis, em diferentes lugares e épocas, Luciane, Graziela, Erico, Dani, André, Marina, Marcos, Carol, Renato, Ana Cláudia, Cláudia, Bia, Helô, Andrea, Paulo, Angélica, Wagner, Luciana, Aragão, Rosimar e tantos outros, minha gratidão sempre!

RESUMO

TREVISAN, Erika Renata. **Aspectos psicossociais do trabalho no Centro de Atenção Psicossocial - álcool e drogas e o perfil dos usuários.** 2018. 172f. Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018.

Os Centros de Atenção Psicossocial - álcool e drogas (CAPSad) são equipamentos especializados no atendimento das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Nos últimos anos, houve um crescimento deste serviço, mas poucos estudos consideraram os aspectos psicossociais envolvidos no trabalho nos CAPSad e o perfil dos usuários. Os aspectos psicossociais abordados são: os transtornos mentais comuns (TMC); a satisfação, sobrecarga do trabalho e a qualidade de vida dos trabalhadores. **Objetivo:** Analisar os aspectos psicossociais do trabalho desenvolvido nos Centros de Atenção Psicossocial - álcool e drogas (CAPSad) da Região do Triângulo Mineiro do estado de Minas Gerais e o perfil dos usuários. **Método:** O estudo é do tipo transversal, realizado nos CAPSad da região do Triângulo Mineiro. A coleta dos dados foi realizada com 42 profissionais e em 369 prontuários dos usuários em tratamento. Foram utilizados dois questionários para o perfil sociodemográfico: dos usuários e dos profissionais; o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) para a prevalência de TMC; a Escala de Avaliação da Satisfação da Equipe Técnica com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR); a Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental (IMPACT-BR) e o WHOQOL-BREF para verificar a qualidade de vida dos profissionais. Realizou-se análise estatística descritiva, a partir de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas, e medidas de centralidade e de dispersão para as variáveis numéricas. Foram realizados testes de correlação de Pearson, t-Student, o teste não paramétrico de Mann-Whitney e as sintaxes das escalas de pontuação dos testes. **Resultados:** Verificou-se no perfil dos usuários maiores percentuais de homens (80,5%), idade de 41 a 60 anos (45,8%), sem companheiro(a) (55,2%), ensino fundamental incompleto (38,4%), desempregados (34,7%), em tratamento entre 1 a 4 anos e 11 meses (62,9%). O álcool foi a substância mais usada ao longo da vida (89,7%) e no último mês do estudo (77,8%). Quanto ao perfil dos profissionais verificou-se maior percentual de mulheres (81%), idade 40 a 49 anos (31%), com pós-graduação (35,7%) e a maioria composta por psicólogos (35,7%). Grande parte dos profissionais considerou a formação acadêmica insuficiente para atuar no CAPSad (69,0%) e 78,6% sentiam necessidade de capacitação. O estudo identificou que 35,7% possui TMC. A satisfação geral da equipe apresentou escore médio de 3,47 e sobrecarga geral de 2,10. Apesar do resultado apresentar um bom nível de satisfação e baixa sobrecarga, houve associação entre sobrecarga geral de trabalho e TMC. Para a qualidade de vida a dimensão

física apresentou o maior escore (75,59) e a dimensão meio-ambiente o menor (62,56). Os profissionais que possuem TMC apresentaram menor escore nos domínios físico e psicológico e os que apresentam maior satisfação em relação à participação no serviço também apresentam melhor qualidade de vida em todos os domínios. Os objetivos propostos no estudo foram alcançados na íntegra. **Conclusão:** O perfil observado dos usuários dos CAPSad reforça a necessidade de resgate da autonomia e cidadania, ações de reinserção social, busca do trabalho com valor social a partir de uma assistência individualizada. Com relação aos profissionais ressalta-se a necessidade de capacitação profissional de forma continuada e permanente, com intervenções no cotidiano que melhorem as condições de trabalho e possibilitem suporte psicossocial aos trabalhadores, contribuindo para diminuir a prevalência de TMC, aumentar a satisfação no trabalho, reduzir a sobrecarga e melhorar a qualidade de vida. Esta pesquisa trouxe avanços para o conhecimento da realidade dos usuários e dos trabalhadores dos CAPSad da região do Triângulo Mineiro, com o mapeamento de uma área que ainda não havia sido explorada por outras pesquisas científicas e que pode ser similar a outros contextos.

Palavras-chaves: Saúde mental. Epidemiologia. Avaliação de serviços de saúde. Serviços de saúde mental. Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

ABSTRACT

TREVISAN, Erika Renata. **Psychosocial aspects of work in the Center for Psychosocial Attention - alcohol and drugs and the profile of users.** 2018. 172f. Thesis (Doctorate in Health Care) – Triângulo Mineiro Federal University, Uberaba (MG), 2018.

The Centers for Psychosocial Attention - Alcohol and Drugs (CAPSad) are specialized equipment in the care of people with problems arising from the use of alcohol and other drugs. In recent years, there has been a growth of this service, but few studies have considered the psychosocial aspects involved in the work in the CAPSad and the profile of the users. The psychosocial aspects addressed are: common mental disorders (CMD); satisfaction, work overload and the quality of life of workers. **Objective:** To analyze the psychosocial aspects of the work developed in the CAPSad of the Triângulo Mineiro Region and the profile of the users. **Method:** The study is of the transversal type, carried out in the CAPSad of the Triângulo Mineiro region. The data collection was performed with 42 professionals and 369 patient records in the treatment. Two questionnaires were used for the sociodemographic profile: users and professionals; the Self Report Questionnaire (SRQ-20) for the prevalence of CMD; the Evaluation Scale for the Satisfaction of the Technical Team with the Mental Health Services (SATIS-BR); the Impact Assessment of Work in Mental Health Services (IMPACT-BR) and the WHOQOL-BREF to verify the quality of life of professionals. The questionnaires collected were codified and placed in an Excel® worksheet and analyzed with SPSS®. A descriptive statistical analysis was performed, based on absolute and percentage frequencies for the categorical variables, and measures of centrality and dispersion for the numerical variables. Pearson's correlation, Student's t-tests, the Mann-Whitney non-parametric test and the syntaxes of the scoring scales of the tests were performed. **Results:** The percentage of male students (80.5%), age 41-60 years (45.8%), without partner (55.2%), incomplete elementary school (38.4%), unemployed (34.7%), treated between 1 to 4 years and 11 months (62.9%). Alcohol was the most widely used substance throughout life (89.7%) and in the last month of the study (77.8%). The percentage of female professionals (81%), 40-49 years (31%), graduate students (35.7%) and the majority of them were psychologists (35.7%). Most of the professionals considered the academic training insufficient to work in CAPSad (69.0%) and 78.6% felt the need for training. The study identified that 35.7% had CMD. The overall satisfaction of the team had a mean score of 3.47 and a general overload of 2.10. Although the result showed a good level of satisfaction and low overload, there was an association between general workload and CMD. For the quality of life, the physical dimension had the highest score (75.59) and the

lowest environmental dimension (62.56). The professionals that have CMD presented lower scores in the physical and psychological domains and those who present greater satisfaction with the participation in the service also present a better quality of life in all domains. The objectives proposed in the study were reached in full. **Conclusion:** The observed profile of users of CAPSad reinforces the need to recover autonomy and citizenship, social reintegration actions, search for work with social value from an individualized assistance. With regard to professionals, the need for professional training is continuous and permanent, with daily interventions that improve working conditions and provide psychosocial support to workers, contributing to decrease the prevalence of CMD, increase job satisfaction, reduce overload and improve the quality of life. This research brought advances to the knowledge of the reality of the users and the workers of the CAPSad of the region of Triângulo Mineiro, with the mapping of an area that had not yet been explored by other scientific researches and that can be similar to other contexts.

Key-words: Mental health. Epidemiology. Health Services Research . Mental health services. Substance-related disorders.

RESUMEN

TREVISAN, Erika Renata. **Psicosocial aspectos del trabajo en el Centro para los Psicosocial Atención - alcohol y drogas y el perfil de los usuarios.** 2018. 172f. Tesis (Doctorado en Salud) - Triángulo Mineiro Federal University, Uberaba (MG), 2018.

Los Centros de Atención Psicosocial - alcohol y drogas (CAPSad) son equipos especializados en la atención de las personas con problemas derivados del uso de alcohol y otras drogas. En los últimos años, hubo un crecimiento de este servicio, pero pocos estudios consideraron los aspectos psicosociales involucrados en el trabajo en los CAPSad y el perfil de los usuarios. Los aspectos psicosociales abordados son: los trastornos mentales comunes (TMC); la satisfacción, la sobrecarga del trabajo y la calidad de vida de los trabajadores.

Objetivo: Analizar los aspectos psicosociales del trabajo desarrollado en los CAPSad de la Región del Triángulo Mineiro y el perfil de los usuarios. **Método:** El estudio es del tipo transversal, realizado en los CAPSad de la región del Triángulo Mineiro. La recolección de los datos fue realizada con 42 profesionales y en 369 prontuarios de los usuarios en tratamiento. Se utilizaron dos cuestionarios para el perfil sociodemográfico: de los usuarios y de los profesionales; el Self Report Questionnaire (SRQ-20) para la prevalencia de TMC; la Escala de Evaluación de la Satisfacción del Equipo Técnico con los Servicios de Salud Mental (SATIS-BR); la Escala de Evaluación del Impacto del Trabajo en Servicios de Salud Mental (IMPACT-BR) y el WHOQOL-BREF para verificar la calidad de vida de los profesionales. Los cuestionarios recogidos fueron codificados y colocados en planilla Excel® y analizados con SPSS®. Se realizó análisis estadístico descriptivo, a partir de frecuencias absolutas y porcentuales para las variables categóricas, y medidas de centralidad y de dispersión para las variables numéricas. Se realizaron pruebas de correlación de Pearson, t-Student, la prueba no paramétrica de Mann-Whitney y las sintaxis de las escalas de puntuación de las pruebas.

Resultados: Se verificó en el perfil de los usuarios mayores porcentuales del hombre (80,5%), edad de 41 a 60 años (45,8%), sin compañero (55,2%), enseñanza fundamental incompleta (38,4%), desempleados (34,7%), en tratamiento entre 1 a 4 años y 11 meses (62,9%). El alcohol fue la sustancia más utilizada a lo largo de la vida (89,7%) y en el último mes del estudio (77,8%). En cuanto al perfil de los profesionales se verificó mayor porcentaje de mujeres (81%), edad 40 a 49 años (31%), con posgrado (35,7%) y la mayoría compuesta por psicólogos (35,7%), . Gran parte de los profesionales consideró la formación académica insuficiente para actuar en el CAPSad (69,0%) y el 78,6% sentía necesidad de capacitación. El estudio identificó que el 35,7% posee TMC. La satisfacción general del equipo presentó una puntuación promedio

de 3,47 y una sobrecarga general de 2,10. A pesar del resultado presentar un buen nivel de satisfacción y baja sobrecarga, hubo asociación entre sobrecarga general de trabajo y TMC. Para la calidad de vida la dimensión física presentó el mayor puntaje (75,59) y la dimensión medio ambiente el menor (62,56). Los profesionales que poseen TMC presentaron menor score en los campos físico y psicológico y los que presentan mayor satisfacción en relación a la participación en el servicio también presentan mejor calidad de vida en todos los dominios. Los objetivos propuestos en el estudio se alcanzaron en su totalidad. **Conclusión:** El perfil observado de los usuarios de los CAPSad refuerza la necesidad de rescate de la autonomía y ciudadanía, acciones de reinserción social, búsqueda del trabajo con valor social a partir de una asistencia individualizada. Con respecto a los profesionales se resalta la necesidad de capacitación profesional de forma continuada y permanente, con intervenciones en el cotidiano que mejoren las condiciones de trabajo y posibiliten soporte psicosocial a los trabajadores, contribuyendo a disminuir la prevalencia de TMC, aumentar la satisfacción en el trabajo, reducir la sobrecarga y mejorar la calidad de vida. Esta investigación trae avances para el conocimiento de la realidad de los usuarios y de los trabajadores de los CAPSad de la región del Triángulo Minero, con el mapeo de un área que aún no había sido explorada por otras investigaciones científicas y que puede ser similar a otros contextos.

Palabras claves: Salud mental. Epidemiología. Investigación en Servicios de Salud . Servicios de salud mental. Trastornos Relacionados con Sustancias

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Mapa das Macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais	48
Figura 2.	Mapa das Microrregiões de saúde da Macrorregião do Triângulo Norte do estado de Minas Gerais	49
Figura 3.	Mapa das Microrregiões de saúde da macrorregião do Triângulo Sul do estado de Minas Gerais	49
Figura 4.	Distribuição dos CAPS na Macrorregiões de saúde do Triângulo Norte e Sul do estado de Minas Gerais, população estimada dos municípios, tipos de CAPS e o público-alvo, acordo com CNES, 2015	51
Figura 5.	Fluxograma da participação dos sujeitos de acordo com os CAPSad	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Perfil sociodemográfico dos usuários atendidos nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016.	60
Tabela 2.	Perfil clínico dos usuários atendidos nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016.	61
Tabela 3.	Perfil do uso de drogas durante a vida pelos usuários atendidos nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016.	63
Tabela 4.	Perfil do uso de drogas no último mês no momento do acolhimento nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016.	63
Tabela 5.	Perfil do uso de drogas no último mês no momento do acolhimento nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016, conforme o sexo.	64
Tabela 6.	Perfil do uso de drogas no último mês no momento do acolhimento nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016, conforme a faixa etária adulto ou idoso.	64
Tabela 7.	Perfil do uso de drogas no último mês no momento do acolhimento nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016, conforme o estado civil.	65
Tabela 8.	Perfil do uso de drogas no último mês no momento do acolhimento nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016, conforme a situação de trabalho.	65
Tabela 9.	Distribuição dos participantes da pesquisa, de acordo com o CAPSad da região do Triângulo Mineiro que atuam, a quantidade total de profissionais e os profissionais que participaram da pesquisa.	66
Tabela 10.	Perfil sociodemográfico e formação dos profissionais que atuam nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016.	66
Tabela 11.	Perfil dos profissionais que atuam nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016.	67
Tabela 12.	Perfil dos profissionais que atuam nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016, de acordo com o tipo de atendimento realizado.	68
Tabela 13.	Prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) nos profissionais que atuam nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016.	69
Tabela 14.	Escore de Satisfação dos profissionais em relação ao trabalho no CAPSad considerando os domínios do SATIS-BR.	70

Tabela 15.	Escores dos domínios do SATIS-BR em relação ao sexo.	70
Tabela 16.	Escores dos domínios do SATIS-BR em relação à formação acadêmica suficiente para trabalhar no CAPSad.	71
Tabela 17.	Escores dos domínios do SATIS-BR em relação à capacitação oferecida pelo CAPSad.	72
Tabela 18.	Escores dos domínios do SATIS-BR em relação à necessidade de capacitação profissional.	72
Tabela 19.	Escores dos domínios do SATIS-BR em relação ao Transtorno Mental Comum aferido pelo SRQ-20.	73
Tabela 20.	Escore de sobrecarga dos profissionais em relação ao trabalho no CAPSad considerando os domínios do IMPACTO-BR.	74
Tabela 21.	Escores dos domínios do IMPACTO-BR em relação ao sexo.	74
Tabela 22.	Escores dos domínios do IMPACTO-BR em relação à formação acadêmica suficiente para trabalhar no CAPSad.	75
Tabela 23.	Escores dos domínios do IMPACTO-BR em relação à capacitação oferecida pelo CAPSad.	75
Tabela 24.	Escores dos domínios do IMPACTO-BR em relação à necessidade de capacitação profissional.	76
Tabela 25.	Escores dos domínios do IMPACTO-BR em relação ao Transtorno Mental Comum aferido pelo SRQ-20.	76
Tabela 26.	Teste de normalidade em relação à satisfação e impacto do trabalho considerando a idade, escolaridade, tempo de trabalho com pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas, tempo de trabalho no CAPSad e tempo que realizou capacitação profissional.	77
Tabela 27.	Teste de regressão em relação a Satisfação geral e ao Impacto geral.	77
Tabela 28.	Escore de Qualidade de Vida dos profissionais em relação ao trabalho no CAPSad considerando os domínios do WHOQOL-BREF.	78
Tabela 29.	Escores dos domínios do WHOQOL-BREF em relação ao sexo.	78
Tabela 30.	Escores dos domínios do WHOQOL-BREF em relação à formação acadêmica suficiente para trabalhar no CAPSad.	79
Tabela 31.	Escores dos domínios do WHOQOL-BREF em relação à capacitação oferecida pelo CAPSad.	79

Tabela 32.	Escores dos domínios do WHOQOL-BREF em relação à necessidade de capacitação profissional.	80
Tabela 33.	Escores dos domínios do WHOQOL-BREF em relação ao Transtorno Mental Comum aferido pelo SRQ-20.	80
Tabela 34.	Teste de normalidade em relação à qualidade de vida considerando a idade, escolaridade, tempo de trabalho com pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas, tempo de trabalho no CAPSad e tempo que realizou capacitação profissional.	80
Tabela 35.	Teste de normalidade em relação à qualidade de vida considerando os domínios do SATIS-BR.	81
Tabela 36.	Teste de normalidade em relação à qualidade de vida considerando os domínios do IMPACTO-BR.	82
Tabela 37.	Teste de regressão em relação aos domínios do WHOQOL-BREF.	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CAPSad - Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi - Centros de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência
CBS – *Caregiver Burden Scale*
CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
CID-10 - 10ª Classificação Internacional de Doenças
CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HRQOL – *Health Related Quality of Life*
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
KPS - *Karnofsky Performance Status*
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PAIUAD - Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Drogas
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PIEC - Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas
PIACT – Melhoria das Condições e dos Ambientes de Trabalho
PNAD - Política Nacional sobre Drogas
PTS – Projetos Terapêuticos Singulares
QdVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde
QdV – Qualidade de Vida
QVT – Qualidade de Vida no Trabalho
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

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

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*

SRQ-20 - *Self Report Questionnaire*

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

TMC - Transtornos Mentais Comuns

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

UNODC - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

Udia – Uberlândia

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UFU- Universidade Federal de Uberlândia

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

Ura – Uberaba

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMC – Transtorno Mental Comum

ZBI – *Zarit Burden Interview*

WHOQOL – *World Health Organization Quality of Life*

WHOQOL-BREF - *World Health Organization Quality of Life Brief Version*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	22
1.1 ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	22
1.2 POLÍTICA NACIONAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL.....	23
1.3 EPIDEMIOLOGIA DO USO DE DROGAS.....	25
1.4 PERFIL DA POPULAÇÃO ATENDIDA NOS CAPSAD.....	27
1.5 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL.....	29
1.5.1 Transtornos mentais comuns.....	31
1.5.2 A satisfação no trabalho em saúde mental.....	34
1.5.3 O impacto no trabalho em saúde mental.....	35
1.5.4 Qualidade de vida dos profissionais da saúde mental.....	40
2 OBJETIVOS.....	45
2.1 OBJETIVO GERAL.....	45
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	45
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	46
3.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....	46
3.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	46
3.3 LOCAL DA PESQUISA.....	47
3.3.1 Região do Triângulo Mineiro.....	47
3.3.2 Atenção à saúde mental na região do Triângulo Mineiro.....	50
3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	52
3.4.1 Usuários dos CAPSad.....	52
3.4.2 Profissionais dos CAPSad.....	52
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE PARTICIPANTES.....	53
3.5.1 Usuários dos CAPSad.....	53
3.5.2 Profissionais dos CAPSad.....	53
3.6 COLETA DOS DADOS.....	53
3.6.1 Instrumentos.....	54
<i>3.6.1.1 Perfil dos usuários dos CAPSad.....</i>	<i>54</i>
<i>3.6.1.2 Perfil dos Profissionais dos CAPSad.....</i>	<i>54</i>
3.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	58
4 RESULTADOS.....	60
4.1 PERFIL DOS USUÁRIOS DOS CAPSAD.....	60

4.2 PERFIL DOS PROFISSIONAIS DOS CAPSAD.....	66
4.2.1 Prevalência de Transtornos Mentais Comuns.....	69
4.2.2 Satisfação dos profissionais.....	69
4.2.3 Sobrecarga dos profissionais.....	73
4.2.4 Qualidade de vida dos profissionais.....	78
5 DISCUSSÃO.....	83
5.1 PERFIL DOS USUÁRIOS DOS CAPSAD.....	83
5.1.1 Formas de encaminhamento - O lugar do CAPSad na RAPS.....	86
5.1.2 Modalidades de tratamento no CAPSad e a internação hospitalar.....	88
5.1.3 O uso de drogas e a adolescência.....	90
5.1.4 Drogas de predileção – o consumo do álcool.....	92
5.2 PERFIL DOS PROFISSIONAIS DOS CAPSAD.....	96
5.2.1 Características sociodemográficas e de formação profissional.....	96
5.2.2 Prevalência de Transtornos Mentais Comuns nos trabalhadores do CAPSad.....	100
5.2.3 Satisfação dos profissionais em relação ao trabalho nos CAPSad.....	102
5.2.4 Sobrecarga dos profissionais.....	111
5.2.5 Qualidade de Vida dos profissionais.....	116
6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	128
7 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	130
REFERÊNCIAS.....	135
APÊNDICE I - Questionário sociodemográfico dos usuários dos CAPSad.....	150
APÊNDICE II - Questionário sociodemográfico dos profissionais dos CAPSad.....	152
ANEXO I - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	153
ANEXO II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	154
ANEXO III - <i>Self Report Questionnaire</i> - SRQ-20.....	156
ANEXO IV - Escala de avaliação da satisfação da equipe técnica com os serviços de saúde mental (SATIS-BR).....	157
ANEXO V - Escala de avaliação do impacto do trabalho em serviços de saúde mental (IMPACTO-BR).....	163
ANEXO VI - WHOQOL-BREF.....	168
ANEXO VII - SINTAXE DO WHOQOL-BREF.....	172

1 INTRODUÇÃO

1.1 ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A atenção à saúde mental no Brasil passou por diversas e intensas transformações nas últimas três décadas. Aliado à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o movimento de reforma psiquiátrica consolidou mudanças significativas na forma de tratar e entender os transtornos mentais. Os desdobramentos dessas transformações podem ser percebidos, principalmente, na criação de serviços substitutivos ao modelo de tratamento hospitalocêntrico, que resultam de um processo histórico de luta pela democratização da saúde no Brasil, e na busca da superação do modelo de atenção psiquiátrica, pautado na exclusão social, violência e cronificação do sujeito.

Dentre as mudanças propostas, destaca-se a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede de atenção psicossocial que funcione segundo a lógica do território e que garanta, não só o direito à saúde de forma integral, universal e equânime, mas a participação social e a cidadania (TREVISAN; CASTRO, 2016).

A Lei 10.216 aprovada no ano de 2001 constitui um marco histórico para a Reforma Psiquiátrica brasileira, ratificou a Lei 8080/90, que estabelece as diretrizes do SUS, garantindo, a todos os indivíduos com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso à assistência integralmente, priorizando a descentralização dos serviços de atendimento, determinando que os mesmos devam ser estruturados na comunidade, próximos do convívio social dos usuários. Assim, as redes assistenciais devem centrar-se nas desigualdades existentes, ajustando suas ações às demandas da população, para atender de forma equânime e democrática (SOUZA; KANTORSKI, 2007).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram designados como locais de referência para o tratamento em saúde mental, definidos por ordem crescente de porte, complexidade, abrangência populacional, horário de funcionamento, número de funcionários e de pessoas atendidas. Inicialmente os CAPS apresentavam-se na modalidade CAPS I, CAPS II ou CAPS III, destinados aos adultos com transtornos mentais severos e persistentes, maiores de 18 anos. A partir de 2002, esse modelo foi adotado para a estruturação de outros serviços destinados a usuários com necessidades específicas: CAPSi - especializados em crianças e adolescentes com transtornos mentais e CAPSad - destinado a pessoas que fazem uso abusivo ou são dependentes de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

1.2 POLÍTICA NACIONAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

A criação de políticas públicas direcionadas aos usuários de drogas no Brasil é relativamente recente. Até o início do século XX, não havia qualquer regulamentação oficial sobre as drogas ilícitas no país. Neste período houve o significativo desenvolvimento da industrialização, que constituiu o marco inicial do controle sobre as drogas com a publicação de uma lei restritiva ao consumo, principalmente da cocaína e do ópio, com punições aos usuários que não seguissem as recomendações médicas (MACHADO; BOARINI, 2013).

Essas medidas foram influenciadas por convenções internacionais que as recomendavam. Em 1911, o Brasil aderiu à Convenção de Haia, que estabeleceu o primeiro tratado internacional que propunha o controle sobre a venda de ópio, morfina, heroína e cocaína. O país compareceu também às reuniões da Organização das Nações Unidas (ONU), realizadas em 1961, 1971 e 1988, as quais deram origem a convenções internacionais que reafirmaram a necessidade de adoção de medidas de repressão à oferta e ao consumo de drogas (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Em 1938, foi publicada uma regulamentação sobre drogas que reconhecia a necessidade de fiscalizar o uso de entorpecentes. Essa regulamentação foi estabelecida no Decreto de Lei n.º 891, que reafirmava a condenação do ópio e da cocaína e incluía nessa classe a maconha e a heroína. Quanto ao uso, o mesmo documento classificou a toxicomania como doença de notificação compulsória e que deveria ser tratada com a internação em hospital psiquiátrico, incluindo os casos de intoxicação por bebidas alcoólicas (MACHADO; BOARINI, 2013).

O aparato jurídico-institucional desenvolvido ao longo do século XX no Brasil destinava-se, sobretudo, ao controle do consumo de drogas ilícitas. Esse aparato, constituído por uma série de leis e decretos que proibiam e criminalizavam o uso e o comércio de drogas no país, previa penas que determinavam a exclusão dos usuários do convívio social, propondo sua permanência em prisões, sanatórios e, a partir da década de 1970, em hospitais psiquiátricos. A partir do ano de 2003, o Ministério da Saúde afirmou seu compromisso de enfrentar os problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas. Nesse ano, no início da gestão do presidente Lula, foi publicada "A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas", assumindo de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar no âmbito da saúde pública (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Tal política traz uma nova abordagem que extrapola o controle e a repressão, mas direciona a assistência para a redução dos danos e dos prejuízos do consumo abusivo de álcool

e outras drogas; com a desconstrução da concepção do senso comum de que todo usuário de drogas é doente ou criminoso e requer internação ou prisão; e com a mobilização da sociedade civil para práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras (BRASIL, 2003).

Com essa política, o Ministério da Saúde consolida o compromisso de articulação com a rede pública social e de saúde, se comprometendo com a ampliação e fortalecimento do CAPSad como serviço central e articulador do funcionamento da rede. O desenvolvimento dessa política visa a criação de uma rede de atenção integral de cuidado para essa população com dispositivos especializados (CAPSad) e não-especializados (unidades básicas, programas de saúde familiar e hospitais em geral), bem como o estabelecimento de ações intersetoriais

Essas estratégias de cuidado mostram-se como um marco teórico-político que rompe com abordagens reducionistas e considera a presença das drogas nas sociedades contemporâneas como um fenômeno complexo, com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas; e que, portanto, não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas – como ocorreu historicamente no Brasil – nem tampouco de ações exclusivas da saúde pública (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Nos CAPSad, o trabalho das equipes multiprofissionais deve pautar-se por uma prática interdisciplinar, horizontalizada, humanizada e articulada com outros pontos da rede, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências e tendo como eixo central a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) (BRASIL, 2011).

Essa mudança de paradigma do cuidado deve incluir a relação que se estabelece com o usuário, a equipe, a família e a comunidade. A mudança de papéis, a democratização das instituições, o envolvimento e responsabilização da comunidade devem somar-se aos objetivos técnicos do tratamento. A partir disto, o objeto de intervenção torna-se mais complexo e interdisciplinar, assim como as práticas e os saberes tradicionais devem ser reconstruídos para responder às demandas dessa transformação (OLIVEIRA et al., 2014).

Nesse contexto, os CAPSad representam a grande aposta da Reforma Psiquiátrica brasileira, no que concerne a atenção à saúde de pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas e devem ser analisadas e compreendidas em sua complexidade que está relacionada às diversas áreas de conhecimento que envolvem essa temática, dentre as quais: o direito, a sociologia, a medicina, a psicologia, a religião, a saúde coletiva, a segurança pública; os termos distintos e visões frequentemente contraditórias do tema entre si e a abrangência quantitativa que o envolve.

1.3 EPIDEMIOLOGIA DO USO DE DROGAS

De acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas publicado em 2016 pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), cerca de 5% da população adulta, aproximadamente 250 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos, usou pelo menos uma droga em 2014. Essa estimativa não sofreu elevação, ao longo dos últimos quatro anos, na mesma proporção da população mundial, entretanto, houve aumento desproporcional no número de pessoas que apresentam transtornos relacionados ao consumo de drogas, pela primeira vez em seis anos. Os dados revelam que existem, aproximadamente 29 milhões de pessoas no mundo nessa categoria. Além disso, 12 milhões de pessoas usam drogas injetáveis, 14% destes vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e 6 milhões vivem com hepatite C (WHO, 2016).

Em relação à mortalidade relacionada ao uso de drogas, houve uma estabilidade em todo o mundo, em 2014 ainda havia 207 mil mortes relatadas, aproximadamente um terço dessas mortes ocorreram por overdose. O consumo de heroína, e as mortes por overdose relacionadas à essa droga, aumentou nos últimos dois anos em alguns países da América do Norte, Europa Ocidental e Central, no geral, os opióides continuam a apresentar os maiores riscos de danos à saúde entre as principais drogas. A maconha continua a ser a droga mais usada ao redor do mundo. Dados de 2014 mostram que cerca de 183 milhões de pessoas fizeram uso da droga naquele ano, enquanto anfetaminas ocupam o segundo lugar. O acesso a serviços de tratamento, com base em evidência, representa outro grande desafio apontado pelo relatório, pois somente uma em cada seis pessoas que necessitam de atendimento tem acesso aos serviços (WHO, 2016).

Especificamente em relação ao uso de álcool, 2,5 milhões de pessoas morrem por ano por problemas decorrentes do uso no mundo e tem papel causal significativo na ocorrência de 60 tipos diferentes de doenças, além de causar danos ao bem-estar e à saúde das pessoas do convívio do usuário. No ano 2000, os problemas de saúde relacionados ao consumo de álcool atingiram o equivalente a 4% de toda a morbidade e mortalidade ocorrida no planeta, indicando, ainda, tendência de ascensão, levando-se em conta o valor estimado em 1990 (3,5%) (CLARO et al., 2015)

Em relação ao consumo de cocaína, no cenário internacional, constata-se um predomínio na Europa Ocidental e Central, América do Norte e Austrália. No Brasil o consumo de crack alcançou quase toda a extensão territorial das cidades brasileiras, se fazendo presente até mesmo em aldeias indígenas isoladas. O seu processo de interiorização, principalmente nos

municípios de baixa renda, está diretamente atrelado à facilidade de consumo e ao reduzido preço (CARVALHO et al., 2017)

O consumo de anfetaminas se mostra estável. O relatório chama a atenção para o fato de que pessoas que fazem o uso de drogas, de forma regular ou ocasional, têm feito o uso de mais de um tipo de substância ao mesmo tempo, de forma combinada ou sequencial, dificultando a distinção entre os tipos de droga utilizados. Em geral, homens são três vezes mais propensos a usar maconha, cocaína ou anfetaminas, enquanto mulheres estão mais inclinadas a fazer uso de opióides e tranquilizantes não receitados. Diferenças de sexo no uso de drogas são mais atribuídas a oportunidades sociais de uso e menos a homens ou mulheres serem mais ou menos suscetíveis ou vulneráveis ao seu uso. Apesar de mais homens usarem drogas do que mulheres, o impacto do uso é maior nas mulheres do que nos homens, porque as mulheres vivenciam mais a falta de acesso aos cuidados especializados e continuados na dependência do uso de drogas (WHO, 2016).

No Brasil foram realizados dois levantamentos domiciliares sobre o uso de drogas psicotrópicas, nos anos de 2001 e 2005, respectivamente. A população foi constituída por brasileiros entre 12 e 65 anos, residentes nas cidades com mais de 200 mil habitantes. A pesquisa foi realizada em 108 cidades. Os resultados mostraram que, com exceção de álcool e tabaco, as drogas com maior uso na vida em 2001 foram: maconha (6,9%), solventes (5,8%), orexígenos (4,3%), benzodiazepínicos (3,3%) e cocaína (2,3%); em 2005, são: maconha (8,8%), solventes (6,1%), benzodiazepínicos (5,6%), orexígenos (4,1%) e estimulantes (3,2%). De 2001 para 2005, houve aumento nas estimativas de uso na vida de álcool, tabaco, maconha, solventes, benzodiazepínicos, cocaína, estimulantes, barbitúricos, esteroides, alucinógenos e crack e diminuição nas de orexígenos, xaropes, opiáceos e anticolinérgicos. A estimativa de dependentes de álcool foi de 11,2% e 12,3%, respectivamente; e a de tabaco de 9,0% e 10,1%. O sexo masculino apresenta maior uso na vida e maior dependência de álcool do que o sexo feminino, em todas as faixas etárias. A faixa etária que apresenta a maior dependência é a de 18 a 24 anos, seguida da de 25 a 34 anos (DUARTE; STEMPLIUK; BARROSO, 2009).

No Brasil, aproximadamente 12,3% da população é considerada dependente de álcool, de acordo com os critérios da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e do IV Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), sendo que a prevalência é de 17,1% entre a população masculina e 5,7% na população feminina, possuindo alta prevalência quando comparada com outras condições de saúde (CLARO et al., 2015).

Uma em cada cinco pessoas que faz uso de drogas ilícitas possui critério para diagnóstico de dependência, e essas substâncias afetam a percepção, o humor e a consciência

de seus usuários, o que pode influenciar a capacidade dos usuários em exercer controle sobre o uso de drogas. O resultado pode levar à dependência, provocando o uso contínuo, apesar dos prejuízos causados. Além dos problemas de saúde física, as pessoas com transtornos causados pelo uso de álcool e outras drogas podem ter sofrimentos psicológicos e psicossociais graves, problemas interpessoais, perda de emprego, dificuldades de aprendizado, além de problemas legais. Investigações epidemiológicas recentes demonstram que os transtornos mentais são a principal causa de mais de 10% dos anos perdidos de vida saudável e mais de 30% de todos os anos vividos com incapacidade, transtornos esses que têm prevalência elevada e muitas vezes natureza crônica (CLARO et al., 2015).

1.4 PERFIL DA POPULAÇÃO ATENDIDA NOS CAPSAD

Embora nem todo usuário de substâncias psicoativas deva ser considerado dependente, é preciso ressaltar que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, incluindo o Brasil, consomem abusivamente substâncias psicoativas, o que acarreta consideráveis prejuízos no âmbito social, afetivo, produtivo, biológico, entre outros, afetando homens e mulheres de diferentes grupos étnicos, independentemente de classe social, econômica e faixa etária (BRASIL, 2003). Essas pessoas necessitam de assistência integral à saúde para eliminar ou minimizar os danos que essas substâncias podem causar.

O CAPSAd é o equipamento de saúde do SUS especializado no atendimento de pessoas que fazem uso abusivo e/ou prejudicial de álcool e outras drogas. Dentre as ações desenvolvidas pelo CAPSAd destaca-se o acompanhamento clínico, a inclusão social do usuário na sociedade e o incentivo à autonomia e participação social. Utiliza como estratégia de atenção a redução de danos, que visa minimizar os danos individuais e sociais causados pelo uso de drogas, tanto lícitas como ilícitas e o sujeito em atendimento é considerado o protagonista de seu tratamento (BRASIL, 2005).

Alguns estudos encontrados descrevem o perfil dos usuários dos CAPSAd apresentando dados sobre perfil epidemiológico da população atendida a partir de diversas variáveis comuns como: sexo, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, idade em que iniciou o uso, droga de preferência, tempo e padrão de uso (FARIA; SCHNEIDER, 2009), (CARVALHO; SILVA; RODRIGUES, 2010), (PEIXOTO et al., 2010), (MONTEIRO et al., 2011), (HORTA et al., 2011), (FREITAS; SILVA; ARAÚJO, 2012a), (ARAUJO et al., 2012).

Em relação ao sexo, os estudos referiram prevalência do sexo masculino no tratamento

do uso abusivo e/ou prejudicial de álcool e outras drogas. Os índices variaram de 77,4% a 89,9%.

Araújo, et al. (2012) verificaram que 80,4% da população estava na faixa etária entre 15 a 17 anos. As faixas etárias apresentadas por segmentos, como no estudo de Faria e Schneider (2009), os usuários com mais de 34 anos foram a maioria em atendimento no serviço, esse dado corrobora com Freitas, et al. (2012) que apresentou maiores taxas a partir de 31 anos. Monteiro et al. (2011) definiram a faixa etária entre 19 e 59 anos (87,7%) como prevalente. Os estudos que demonstraram essa variável a partir da média de idade dos usuários, obtiveram 35,2 anos (PEIXOTO et al., 2010) e 41,9 anos (CARVALHO; SILVA; RODRIGUES, 2010).

Em relação a escolaridade, Carvalho et al. (2010) demonstraram que 27,6% dos usuários não apresentaram nenhum ano de escolarização, 42,6% tinham de quatro a sete anos e 17% de oito a onze anos. Horta et al. (2011) concluíram que 56,8% dos usuários participantes do estudo tinham até oito anos de escolarização e 43,1% tinham mais de nove anos. Os demais estudos apresentaram os seguintes dados: 71% possuíam o ensino fundamental completo, 16,1% ensino médio e 9,7% eram analfabetos (FREITAS; SILVA; ARAÚJO, 2012); 40% ensino fundamental, 11,5% ensino médio, 7% analfabetos e 5,7% ensino superior completo (MONTEIRO et al., 2011); 85,7% ensino fundamental incompleto e 14,3% ensino fundamental completo (ARAÚJO et al., 2012).

Em relação à idade de início do uso de substâncias psicoativas Peixoto et al. (2010) definiram a idade de início do uso de 17,3 anos.

Ao descreverem as drogas de preferência cada autor utilizou um formato de análise e de apresentação dos resultados. Segundo Faria e Schneider (2009) a maioria dos usuários investigados fez uso de álcool (44,37%), seguido por múltiplas drogas (39,02%), cocaína (14,18%) e maconha (2,43%). Peixoto et al. (2010) referiram também o álcool como a substância mais utilizada (65,3%), seguido pela cocaína (15,3%), a maconha (12,5%) e o tabaco (6,8%). Freitas et al. (2012) verificaram que 88,8% da população estudada fazia uso de múltiplas drogas – maconha, crack e cocaína e 11,1% faz uso apenas de maconha.

Sobre o tempo de uso, Peixoto et al. (2010) apreenderam em seu estudo que o tempo médio de uso é de 20 anos. Monteiro et al. (2011) avaliaram apenas usuários de álcool e concluíram que na faixa etária de 15 a 18 anos a média de uso é de 3 anos, de 19 a 59 anos a média é de 22,3 anos de uso e acima de 60 anos a média de uso do álcool é de 40,9 anos. Considerando apenas os usuários de crack, Horta et al. (2011) relataram que 50,5% dos usuários investigados faziam uso há mais de dois anos, 33,7% fazem uso de um a dois anos e 15,8% usam há menos de um ano. Os demais estudos desta categoria não abordaram essa variável.

O padrão ou frequência do uso de drogas foi avaliado por Monteiro et al (2011) que relataram que a frequência do uso de álcool, de acordo com os dados registrados nos prontuários no momento da entrada no CAPSad, mostra que a droga estava presente diariamente em 55% da amostra, seguido de 35,2% para mais de três vezes por semana e 8,8% para uma a duas vezes por semana e 0,8% de uso quinzenal. Horta et al. (2011) consideraram apenas usuários de crack e mostraram o padrão de consumo, com evidência de uso por mais de um ano antes de iniciar o tratamento no CAPS de 50,5% da amostra fazia uso diário e 49,5% utilizava até seis vezes por semana, sendo que em relação a quantidade o número de pedras referido pelos usuários, por episódio típico de consumo, foi igual ou superior a 10 em 69,5% dos casos.

1.5 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

No campo da saúde mental o profissional é o principal instrumento de trabalho, visto que não há equipamentos tecnológicos de exame e/ou de procedimentos cirúrgicos que respondam às demandas do tratamento nesta área, os conhecimentos adquiridos por meio da formação e da experiência dos profissionais são os principais recursos para atuação na saúde mental (TREVISAN; CASTRO, 2016).

As especificidades que são exigidas na atuação profissional na saúde mental incluem, além de outras demandas, habilidades para lidar com o ser humano e compreendê-lo na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde. Essa realidade está relacionada diretamente no cotidiano com o sofrimento e a loucura, o que torna o ambiente permeado por intensa produção subjetiva e intersubjetiva. Nesse contexto, os trabalhadores estão expostos à diversas situações, as quais podem ocasionar maior ou menor satisfação (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011).

Sendo assim, se faz necessária a avaliação contínua dos serviços de saúde mental. Esse procedimento tem sido recomendado pela OMS com o propósito de garantir a qualidade desses serviços, enfatizando a participação na perspectiva de seus três agentes: usuários dos serviços, seus familiares e os profissionais que neles atuam (WHO, 2001).

É reconhecido e facilmente justificável a necessidade de realizar avaliações amplas e sistemáticas na política de saúde mental, no sentido de reforçar os acertos e corrigir as deficiências, bem como para subsidiar novos processos decisórios. Além disso, parece ser consensual que isto deva ser feito através de pesquisas avaliativas em saúde, entendidas como um processo crítico-reflexivo, contínuo e sistemático sobre práticas e processos, que resulta em indicadores de natureza quantitativa e/ou qualitativa. Para tanto, é necessário seguir

minimamente os padrões esperados de utilidade, fornecendo dados relevantes e acurácia, isto é, serem capazes de informar validamente sobre o mérito das práticas e processos avaliados, além de terem exequibilidade e condução ética, considerando tanto a complexidade do objeto de pesquisa, quanto as peculiaridades do contexto nacional (DANTAS; ODA, 2014).

Os CAPS são equipamentos especializados em saúde mental responsáveis pela articulação e organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Brasil, e devem organizar o cuidado no que concerne a atenção integral à saúde mental de crianças, adolescentes, adultos, idosos e deve ser analisada e compreendida em sua complexidade.

Nos últimos anos os CAPS cresceram numericamente de forma importante no Brasil, mas poucos estudos consideram questões referentes à relação entre o trabalho e a saúde dos profissionais nestes serviços (REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2007). Conhecer e entender os fatores psicológicos e sociais do trabalho dos profissionais atuantes na área da saúde mental pode contribuir para novas perspectivas na construção do cuidado no campo psicossocial e na saúde ocupacional destes trabalhadores. Entretanto, o objeto de que se ocupam os trabalhadores da saúde mental, caracterizado por questões subjetivas, que atravessam os sujeitos que acompanham, demandam esforços de relativização e de compreensão do singular, gerando menor permeabilidade às tentativas de objetivação e sistematização numérica de suas práticas em torno de indicadores (ONOCKO-CAMPOS et al., 2017).

Devido à sua complexidade, os fatores psicossociais do trabalho, têm sido definidos por vários referenciais teóricos. No final da década de 1970, a OMS realizou um fórum interdisciplinar em Estocolmo a fim de discutir a influência dos fatores psicossociais na saúde, formular medidas e propor políticas de saúde inclusivas baseadas nesses fatores. Em meados de 1980, a OIT e a OMS publicaram documento em que chamavam a atenção dos efeitos adversos dos fatores psicossociais relacionados ao trabalho que considerava além dos riscos físicos, químicos e biológicos vários fatores psicossociais presentes. Esses fatores referem-se às interações entre meio ambiente e condições de trabalho, condições organizacionais, habilidades do trabalhador, funções e conteúdo do trabalho, esforços, características individuais e familiares dos trabalhadores que podem, por meio de percepções e experiências, influenciar a saúde, o desempenho no trabalho e a satisfação no trabalho (FISCHER, 2012).

Diante disso, este estudo abordou os aspectos psicossociais envolvidos no exercício do trabalho em saúde mental considerando os transtornos mentais comuns; a satisfação e o impacto do trabalho e a qualidade de vida dos profissionais dos CAPS da Região do Triângulo Mineiro.

1.5.1 Transtornos mentais comuns

Os transtornos mentais e de comportamento são definidos segundo a CID-10 como doenças com manifestações psicológicas associadas a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Podem ser classificados, ainda, como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar. Os transtornos mentais geram alto custo social e econômico; são universais, pois atingem pessoas de todas as idades, etnias, classes sociais, causando incapacitações graves e definitivas que elevam a demanda nos serviços de saúde. Apesar disso, possuem baixos índices de mortalidade, contudo, um grande peso de incapacidade de duração longa, acarretando a redução da qualidade de vida dos indivíduos (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

O relatório da OMS e da OPAS de 2001 assinalou que os transtornos mentais correspondiam a 12% do volume mundial de doenças e a 1% da mortalidade, entretanto, menos de 1% dos recursos da saúde é investido em ações para a saúde mental. Sabe-se ainda que a maioria dos transtornos mentais é tratável e evitável, reforçando a premissa que o investimento na prevenção e promoção da saúde mental poderia reduzir significativamente o número de incapacidades resultantes desses transtornos. Dados do Ministério da Saúde do Brasil apontam que 3% da população geral sofrem com transtornos mentais graves e persistentes, 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% necessitam de algum atendimento, seja ele contínuo ou eventual. (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Entre os tipos de transtornos mentais, cerca de 90,0% compõem-se de transtornos não psicóticos. Tais transtornos, possuem elevada prevalência na população geral (20,0%-30,0%), caracterizados principalmente pela presença de sintomas de depressão e ansiedade, além de diversas queixas inespecíficas e somáticas. São denominados de Transtornos Mentais Comuns (TMC), definidos por Goldberg e Huxley (1992), como transtornos somatoformes, de ansiedade e depressão que apresentam os seguintes sintomas: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas.

O estudo de Coelho et al., (2009) avaliou a prevalência de TMC em pessoas com mais de 40 anos numa área urbana de Pelotas - RS. Participaram do estudo 1.327 indivíduos e a prevalência de TMC foi de 30,2%, sem diferença significativa entre os sexos. As taxas foram mais elevadas em indivíduos divorciados, desempregados, com menor escolaridade e entre 46-

55 anos.

Em uma revisão sistemática brasileira, foi identificada variação entre 20% a 56% de prevalência de TMC (SANTOS; SIQUEIRA, 2010). As características sociodemográficas e laborais com maiores prevalências de TMC têm sido identificadas em mulheres, pessoas de mais idade, mulheres solteiras/separadas/viúvas, pessoas sem filhos ou com até três dependentes, com menores escolaridade e renda, em condições precárias de moradia, trabalhadores em situação de desemprego, trabalhadores informais e com baixo apoio social (COSTA; LUDERMIR, 2005; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; TAVARES et al., 2011).

A investigação da prevalência de TMC tem crescido no Brasil nos últimos anos, especialmente na relação entre a saúde mental e o trabalho, e os resultados indicam alta prevalência desses transtornos e crescimento do sofrimento psíquico nas organizações (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; SANTOS; SIQUEIRA, 2010; TAVARES et al., 2011).

Foram encontradas altas prevalências de TMC em trabalhadores, variando de 20,3% a 43,3%. Em estudo específico com professores, a prevalência é ainda maior, chegando a 55,9% (SANTOS; SIQUEIRA, 2010; TAVARES et al., 2011).

Nos trabalhadores da área da saúde, a maior quantidade de estudos foi realizada com profissionais que atuam na atenção básica. Silva e Menezes (2008) investigaram os TMC em Agentes Comunitários de Saúde (ACS) identificando fatores associados em um estudo transversal com 141 ACS atuantes em unidades básicas de saúde do município de São Paulo (SP), no ano de 2006. Os resultados apontaram que a prevalência de TMC foi 43,3%. O risco de TMC foi maior entre mulheres, nos participantes que atuam nas micro áreas de risco e nos que faltaram duas ou mais vezes no trabalho no mês anterior. Os indivíduos de 41 a 50 anos e que referiram renda familiar mensal maior que sete salários mínimos apresentaram menor chance de desenvolver TMC. Foram observadas associações positivas entre as dimensões de esgotamento profissional. Presença de TMC associou-se independentemente com maiores níveis de exaustão emocional e decepção (SILVA; MENEZES, 2008).

Braga, Carvalho e Binder (2010) realizaram um estudo, transversal e descritivo, a fim de explorar a relação entre demandas psicológicas, grau de controle e presença de suporte social no trabalho e prevalência de TMC em trabalhadores da rede básica de saúde do município de Botucatu (SP). Dos 378 trabalhadores que aderiram ao estudo, 161 (42,6%) apresentaram TMC.

Considerando-se apenas os dois grandes grupos - trabalhadores com nível médio de escolaridade e trabalhadores com nível superior, constatou-se que, respectivamente, 46,5% e 34,1% dos profissionais apresentaram TMC (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Dilélio et al. (2012) realizaram um estudo transversal com trabalhadores de 240

Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes de sete estados das regiões Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina) e Nordeste (Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte). Para a análise, os trabalhadores foram agrupados em cinco categorias: médicos; profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem); outros profissionais de nível superior (odontólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas) e; outros trabalhadores de nível médio (técnicos e auxiliares de higiene bucal e auxiliares administrativos) e ACS.

Participaram do estudo 4.749 profissionais (1.730 no Sul e 3.019 no Nordeste), 2.956 em unidades de saúde da família e 1.793 em unidades tradicionais. A amostra estudada foi 521 médicos (11%), 1.175 profissionais de enfermagem (25%), 411 outros profissionais de nível superior (9%), 1.536 ACS (32%) e 1.103 outros trabalhadores de nível médio (23%). As mulheres representaram 81,1% da amostra, com predomínio em todas as categorias profissionais. A média de idade foi de 37,8 anos (DILÉLIO et al., 2012).

A prevalência de TMC encontrada foi de 16%, variando de 10% a 18,8%, entre as categorias profissionais sendo maior entre outros trabalhadores de nível médio e ACS (18,8% e 18,4%, respectivamente) e menor entre outros profissionais de nível superior (10%). As prevalências, tanto geral como específica, foram inferiores àquelas identificadas em estudos com trabalhadores da saúde, especialmente de hospitais e em outras categorias profissionais (DILÉLIO et al., 2012).

Os profissionais de saúde mental também foram focos de investigações de TMC. Knuth et al., (2015) verificaram a prevalência de TMC e depressão entre ACS e trabalhadores dos CAPS. Foi um estudo descritivo transversal, com trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas (RS). Participaram do estudo 257 profissionais, sendo que 119 foram do CAPS e 138 ACS. Os resultados apontaram a prevalência de TMC de 25,2% entre os profissionais de saúde mental e 29,0% entre os ACS. Constata-se com este estudo, que os profissionais dos CAPS estão mais adaptados às questões laborais, com menor prejuízo para a saúde decorrente do trabalho e também apresentaram menor prevalência de transtornos mentais quando comparados aos ACS.

De Marco et al. (2008) avaliaram, a partir de um estudo transversal, o impacto da carga de trabalho sobre a satisfação profissional, a qualidade de vida e a prevalência de TMC em profissionais de saúde mental. Participaram 203 profissionais de diversas formações e que atuam na saúde mental. Os resultados apontaram que 75,4% eram mulheres e a média de idade foi de 33,7 anos. Eram da raça branca 86,7% dos participantes; 50% solteiros; 71,4% cursando ou com pós-graduação concluída e 15,8% apresentaram sintomas de TMC. Foi observado neste

estudo maior presença de TMC nos profissionais de terapia ocupacional e serviço social.

Outro estudo teve como objetivo apresentar tendências temporais de atividade física e fatores associados em trabalhadores de CAPS da Região Sul do Brasil entre 2006 e 2011. A partir de uma pesquisa transversal foram coletadas variáveis de saúde física e mental. Participaram 435 trabalhadores de CAPS em 2006 e 546 trabalhadores em 2011. Os resultados para a presença de TMC foram 11% em 2006 e 8,4% em 2011, as mulheres foram as mais acometidas 12,4% (2006) e 9,2% (2011) em relação aos homens (6,2% e 5,5%, respectivamente), o que pode ser explicado pela maior proporção de mulheres, tanto em 2006 (77,7%) quanto em 2011 (79,9%) (JERÔNIMO et al., 2014).

As perdas resultantes dos TMC são numerosas, contribuindo frequentemente para dificuldades psíquicas e somáticas, discriminação, isolamento social, baixo desempenho profissional e acadêmico e aumento da mortalidade (GOLDBERG; GOODYER, 2005). No ambiente de trabalho, as principais consequências dos TMC são o absenteísmo, os altos custos às economias, os afastamentos e as dificuldades nas relações interpessoais (FONSECA; CARLOTTO, 2011; OLIVIER; PEREZ; BEHR, 2011; SELIGMANN-SILVA et al., 2010) Portanto, identificar os fatores associados aos TMC é uma forma importante para o desenvolvimento de ações preventivas ou de reabilitação do trabalhador melhorando sua saúde física e mental.

Diversos fatores sociais, culturais e comportamentais podem estar associados aos TMC, alguns estudos identificaram maior prevalência de TMC nas mulheres que possuem mais chances de desenvolver TMC quando comparadas aos homens, inclusive no contexto de trabalho (COSTA; LUDERMIR, 2005; FARIAS; ARAÚJO, 2011; JANSEN et al., 2011; ROCHA et al., 2010). Além disso, a literatura revela maior prevalência de TMC relacionado: a baixos níveis de escolaridade (PAFFER et al., 2012), à baixa renda (GOMES; MIGUEL; MIASSO, 2013) e à mulher separada, divorciada, viúva ou sem parceiro (LUCCHESI et al., 2014; NUNES et al., 2016).

1.5.2 A satisfação no trabalho em saúde mental

O trabalho abrange grande parte do tempo do dia e da vida das pessoas, considerado que a maioria dos trabalhadores exercem suas funções em oito horas diárias, durante no mínimo trinta anos, o período dedicado ao trabalho representa um elemento de extrema relevância na vida pessoal do trabalhador, influenciando diretamente em suas atividades de lazer e de convívio familiar. Ao entender a vida a partir dos aspectos do trabalho, é necessário enfatizar

que o trabalho além de ser a fonte de renda e de subsistência, ele pode ser também uma fonte de prazer ou de dissabor.

Sobre o conceito de satisfação no trabalho, a literatura retrata a evolução das concepções do tema, desde aquelas que consideram que o trabalhador apenas reage mecanicamente aos fatores externos e a satisfação no trabalho aparece unicamente em função de salários; até concepções que contemplam a interação entre aspectos psicossociais no trabalho e as subjetividades, gerando níveis de satisfação que influenciam a saúde do trabalhador. São apresentados os conceitos: 1- A satisfação no trabalho como sinônimo de motivação, que denota confusão entre os termos "motivação" e "satisfação" e a diferença é explicitada como – a motivação manifesta a tensão gerada por uma necessidade e satisfação expressa a sensação de atendimento da necessidade. 2 – A satisfação no trabalho como atitude, entendendo atitude como a combinação de conceitos, informações e emoções que resultam em uma resposta favorável ou desfavorável com respeito a uma pessoa, grupo, ideia, evento ou objeto e que, por serem derivadas de crenças, são poderosas influências sobre o comportamento e a aprendizagem. Sendo assim, se atitudes são disposições para agir, decorrentes de conceitos, informações e emoções, algumas atitudes podem ser decorrentes da satisfação no trabalho, mas não a sua definição. 3 – A satisfação versus insatisfação no trabalho é considerada como os dois extremos de um mesmo fenômeno. 4 – A satisfação no trabalho é considerada um estado emocional agradável resultante da avaliação que o indivíduo faz de seu trabalho e resulta da percepção da pessoa sobre como este satisfaz ou permite satisfação de seus valores importantes no trabalho (MARTINEZ; PARAGUAY, 2003).

O conceito de satisfação refere-se a um sentimento agradável, emocionalmente positivo do trabalhador, sendo resultado da sua percepção no ambiente de trabalho. Ela depende das metas e valores pessoais, podendo ser influenciada por fatores internos ou externos à organização do trabalho. Abordar a satisfação no trabalho significa considerar os aspectos emocionais resultantes da relação entre os profissionais, suas características individuais, valores e expectativas com o ambiente e a organização do trabalho (ARANTES; SOUSA; ALMEIDA, 2016).

Neste sentido, a satisfação no trabalho exerce influências e consequências sobre a vida do trabalhador. As consequências podem se manifestar sobre: 1- A saúde física e mental do trabalhador e a fatores associados à longevidade. 2- A qualidade de vida que é influenciada diretamente pela satisfação global no trabalho, por meio da generalização das emoções do trabalho para a vida fora do trabalho e de atitudes decorrentes, que também podem afetar, especificamente, as relações sócio familiares e as sensações de bem-estar subjetivo. 3- O

comportamento pode ser afetado pelo nível de satisfação no trabalho, sob forma de absentismo, rotatividade, queda da produtividade, acidentes de trabalho, dependência de álcool ou drogas, a forma como um indivíduo reagirá em resposta à emoção depende de seus valores, crenças, dificuldades e oportunidades oferecidas na situação e da forma como o aspecto é percebido, se como benéfico ou prejudicial (MARTINEZ; PARAGUAY, 2003).

Na área da saúde mental ainda são poucos os estudos que objetivam entender a relação entre satisfação, saúde e qualidade de vida do trabalhador. A compreensão dessas relações e a sistematização do conhecimento é fundamental para concepção, implementação e avaliação de medidas preventivas e corretivas no ambiente psicossocial do trabalho, visando a promoção e proteção da saúde do trabalhador.

Os estudos de satisfação no trabalho vêm sendo considerados importantes instrumentos de avaliação da qualidade em saúde mental por considerar a percepção dos segmentos envolvidos nos serviços, a saber: os profissionais, os usuários dos serviços e seus familiares (REBOUÇAS et al., 2008).

Quando se fala em satisfação no trabalho, fala-se em um estado emocional, oriundo da relação entre os profissionais, suas características individuais, valores e expectativas com o ambiente e a organização do trabalho. Pessoas mais satisfeitas com o trabalho apresentam melhores condições de saúde física e mental e menor ocorrência de doenças, bem como maior longevidade. Em contrapartida os trabalhadores insatisfeitos têm maiores riscos de desenvolver problemas e agravos de saúde. Entretanto, os autores alertam que os resultados devem ser considerados com cuidado, pois pode haver fatores de confusão, que influenciam o nível de satisfação no trabalho e o estado de saúde. Assim, as condições físicas devem ser consideradas co-variáveis e não consequências do nível de satisfação no trabalho, já que a associação entre saúde física e satisfação no trabalho é difícil de ser estabelecida (REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2007).

Um estudo qualitativo sobre o tema teve como objetivo conhecer as percepções e sentimentos dos profissionais sobre a prática em serviços de saúde mental, com foco na satisfação profissional, os resultados destacaram os impasses vivenciados e os entraves à satisfação profissional. Percebe-se o conflito dos trabalhadores frente às exigências do ideário da Reforma Psiquiátrica brasileira, ao qual se sentem aderidos, e a ausência de recursos necessários à sua aplicação, explicitando uma situação conflituosa de lidar com a angústia de não poder fazer seu trabalho, de acordo com o que acreditam que deveria ser feito (MACEDO et al., 2013).

Arantes, Sousa e Almeida (2016) identificaram bons escores de satisfação em um estudo

transversal analítico com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado com 76 servidores em saúde mental que compunham o quadro de trabalhadores de dois CAPS e de duas clínicas psiquiátricas situadas no município de Rio Verde/GO, os quais estavam exercendo regularmente suas atividades laborais. Os maiores índices de satisfação se concentraram no tratamento dado aos pacientes, nas responsabilidades profissionais, na privacidade e confiabilidade e no relacionamento interpessoal. Já a insatisfação mais acentuada foi em relação às condições físicas das unidades, a política salarial e a falta de autonomia nos serviços. Melhores escores de satisfação foram encontrados nas clínicas privadas e nos trabalhadores celetistas.

Em um estudo realizado com 237 trabalhadores sociais de saúde mental na Inglaterra e no País de Gales, que objetivava examinar a prevalência de estresse e burnout; a satisfação no trabalho e os fatores responsáveis por isso; apreendeu altos níveis de estresse e exaustão emocional e baixos níveis de satisfação no trabalho; 47% dos participantes da pesquisa apresentaram sintomatologia e angústia significativas, que é o dobro do nível relatado por pesquisas semelhantes. O sentimento de subvalorização no trabalho, demandas de trabalho excessivas, limitações na tomada de decisões e infelicidade sobre o lugar dos trabalhadores nos serviços contribuíram para a fraca satisfação no trabalho (EVANS et al., 2006).

A avaliação da satisfação dos profissionais de saúde mental realizada por Isett et al., (2009) no sudeste dos Estados Unidos, utilizando como referencial quatro dimensões da literatura da prática em saúde: grau de autonomia, relacionamento com pacientes, compensação e carga administrativa; identificou que a satisfação profissional é menor quando associada aos encargos administrativos e grande número de casos sob responsabilidade do profissional.

1.5.3 O impacto do trabalho em saúde mental

As condições de trabalho e saúde do trabalhador possui uma estreita relação, o desgaste físico e emocional, a má remuneração, a sobrecarga de trabalho, os horários e a distribuição do tempo de trabalho são apontados como fatores que influenciam negativamente a qualidade de vida e, conseqüentemente, a saúde dos trabalhadores.

No campo da saúde mental, a forma de cuidar das pessoas com transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, exige dos profissionais um maior envolvimento com a clientela assistida, contribuindo para um processo terapêutico individual considerando a complexidade das relações do sujeito assistido. O trabalho realizado nos CAPS é multifacetado, na medida que as atividades extrapolam a área específica de formação profissional, rompendo com o aspecto meramente técnico. Nesta lógica, o profissional

acompanha diretamente o caso, aproxima o usuário de sua rede social, o que significa cuidado com afetividade e complexidade no processo terapêutico singular.

A avaliação dos níveis de sobrecarga dos profissionais é também um dos indicadores de qualidade do serviço, pois aponta para baixos custos não monetários (LEAL; BANDEIRA; AZEVEDO, 2012). A sobrecarga envolve aspectos psicológicos, emocionais e físicos causados por sentimentos de pressão relacionados com demanda excessiva no trabalho, frustração com o trabalho, cansaço, medo de agressão e desejo de mudanças de emprego (ISHARA; BANDEIRA; ZUARDI, 2008). Trata-se de um elemento importante a ser aferido no processo avaliativo de um serviço de saúde mental, uma vez que se relaciona inversamente com a satisfação no serviço (DE MARCO et al., 2008; REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2007; BANDEIRA; ISHARA; ZUARDI, 2007; BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000).

Sendo assim, para que o trabalho nos CAPS e demais serviços de saúde mental tenha êxito, é fundamental a adoção de políticas públicas direcionadas ao bem-estar e à qualidade de saúde dos profissionais, a fim de possibilitar a satisfação com o trabalho e diminuir a sobrecarga sentida que podem afetar a qualidade dos atendimentos prestados (ARANTES; SOUSA; ALMEIDA, 2016; BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000; ISETT et al., 2009; ISHARA; BANDEIRA; ZUARDI, 2008; MACEDO et al., 2013; REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2007).

Bandeira; Ishara e Zuardi (2007) explicitam que os profissionais são os agentes que mais sofrem sobrecarga, bem como os familiares dos usuários dos serviços de saúde mental. Na investigação da satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental, afirmam que uma avaliação dos trabalhadores deste tipo de serviço se faz necessária, pois ambas as variáveis têm sido consideradas preditivas de qualidade desta prestação.

Ferreira (2015) avaliou o impacto da carga de trabalho e de estresse sobre a satisfação profissional em trabalhadores de um CAPS no município do Rio de Janeiro. Os resultados verificaram o escore de sobrecarga dos profissionais de 2,33 (médio) e o grupo com estresse apresentou menor grau de satisfação com o serviço do que o grupo sem estresse, 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.

O impacto do trabalho na saúde dos trabalhadores da equipe de saúde mental pode desencadear consequências: 1. fatores relacionados aos efeitos do trabalho nos aspectos físico e mental, como os problemas físicos descritos pelo trabalhador, consultas ao médico, uso de medicamentos, efeito do trabalho sobre a sua estabilidade emocional e sobre sua necessidade de procurar ajuda profissional; 2. funcionamento da equipe, que podem ser percebidos na

frequência com que o profissional pensa em mudar de trabalho, na frequência em que pensa em outro tipo de trabalho que o faria se sentir mais saudável, afastamentos por doença devido ao estresse no trabalho, receio de ser agredido no trabalho, qualidade do sono e saúde em geral; 3. sentimento de estar sobrecarregado, expresso por sentir-se frustrado com os resultados do trabalho, sentir-se sobrecarregado pelo contato constante com os pacientes, sentir-se cansado após o trabalho, sentir-se deprimido por trabalhar com pessoas com distúrbios mentais, sentir-se estressado por trabalhar com doença mental (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000).

A sobrecarga e insatisfação podem afetar a saúde geral do trabalhador, incluindo sua saúde mental, e acarretar danos não apenas em sua vida profissional, mas também nos aspectos sociais e comportamentais (ISHARA, 2007; REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2007). As consequências da sobrecarga aparecem na maior frequência de absenteísmo, rotatividade e estresse, que podem comprometer a qualidade do atendimento prestado (REBOUÇAS et al., 2008).

Estudo realizado em um município do nordeste brasileiro que teve como objetivo avaliar o impacto laboral sentido pelos profissionais de saúde, em virtude do trabalho diário com pessoas que apresentam transtornos mentais, encontrou baixa sobrecarga nos 87 profissionais pesquisados. O maior impacto foi observado no funcionamento da equipe e as relações interativas entre os profissionais e os usuários não são as causas de maior impacto no trabalho, embora tenha revelado sobrecarga em relação a aspectos pontuais, como receio de ser agredido por um paciente e a sensação de cansaço físico ao fim do expediente (MOURA; RONCALLI; NORO, 2016).

As causas de sobrecarga podem resultar do efeito de diversas variáveis, tais como contato diário e prolongado com as pessoas com transtornos mentais e decorrentes do uso de álcool e outras drogas, responsabilidade para com a vida do paciente, dificuldade no estabelecimento de limites nas interações profissionais, manutenção da relação terapêutica, envolvimento excessivo com o trabalho e falta de gratificação financeira e social. As dificuldades institucionais relacionadas à burocracia da administração pública e à falta de recursos, a tarefa de internação psiquiátrica e a baixa adesão dos pacientes ao tratamento são vistos como fatores negativos e que geram menor satisfação e mais efeitos de sobrecarga aos trabalhadores (PELISOLI; MOREIRA; KRISTENSEN, 2007).

Outro aspecto destacado por Pelisoli; Moreira e Kristensen (2007) é o fato dos profissionais dos CAPS atenderem usuários com características de cronicidade, que pode gerar frustração das expectativas em verificar melhorias significativas nas condições de saúde mental da população atendida, pois, os resultados do tratamento com pacientes crônicos são sutis e

vagarosos e, somados às dificuldades institucionais encontradas no cotidiano do funcionário público de saúde mental, auxiliam o aumento da sobrecarga no trabalho na saúde mental.

Além das perspectivas já apresentadas como razões associadas ao impacto do trabalho em saúde mental, é importante apontar que o trabalhador da saúde mental atende a uma demanda de alta complexidade que não estão relacionadas apenas com os sintomas psicopatológicos. A população atendida nos CAPS e demais serviços públicos de saúde mental, frequentemente apresentam questões sociais importantes como a fome; a pobreza; a violência, inclusive no âmbito familiar; desemprego; falta de redes sociais de apoio; falta de recursos emocionais individuais e coletivos; entre outras dificuldades que são encontradas no cotidiano dos serviços.

1.5.4 Qualidade de vida dos profissionais da saúde mental

O conceito “qualidade de vida” tem características complexas e subjetivas que propiciam diferentes definições científicas e metodológicas.

Fleck et al. (2000, p 20) apontam que o termo “qualidade de vida”, foi utilizado pela primeira vez em 1964, pelo então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, quando declarou que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”.

Nas últimas décadas, esse conceito tem sido muito discutido nas ciências sociais e da saúde que visam, entre outras demandas, a valorização da saúde, a minimização dos sintomas e complicações das doenças, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

O interesse pelo conceito de qualidade de vida, aliado à sua crescente relevância no âmbito da saúde e à constatação da inexistência de um instrumento de avaliação que privilegiasse uma perspectiva transcultural e subjetiva, levou a OMS a reunir um conjunto de pesquisadores de 15 países com o objetivo de debater o conceito de qualidade de vida e construir um instrumento para a sua avaliação. O desenvolvimento desses elementos conduziu a definição de qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL, 1994, p. 1405).

Fleck et al., (1999) afirmam que, embora não haja um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, a elucidação deste inclui três aspectos fundamentais: a subjetividade; a multidimensionalidade; a presença de dimensões positivas e negativas. A subjetividade aborda a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu

contexto de vida é a forma como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida. O reconhecimento da multidimensionalidade do construto refletiu-se na estrutura do instrumento baseada em seis domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais. Em relação as dimensões positivas, são aquelas que proporcionam bem-estar, como por exemplo a mobilidade, ao contrário das dimensões negativas que resultam em desconforto, como por exemplo a dor.

Além da conceituação do termo, a busca de um instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva genuinamente internacional, culminou na elaboração do WHOQOL-100, um instrumento de avaliação de qualidade de vida, composto por 100 itens.

A construção do WHOQOL partiu de três pressupostos centrais: (1) a essência abrangente do conceito de qualidade de vida; (2) que uma medida quantitativa, confiável e válida pode ser construída e aplicada a várias populações; e (3) qualquer fator que afete a qualidade de vida influencia um largo espectro de componentes incorporados no instrumento e este, por sua vez, serve para avaliar o efeito de intervenções de saúde específicas na qualidade de vida.

A natureza multidimensional do construto foi validada, de modo empírico, a partir da emergência de quatro grandes dimensões ou fatores: (a) física - percepção do indivíduo sobre sua condição física; (b) psicológica - percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; (c) do relacionamento social - percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida; (d) do ambiente - percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive. Além dessas dimensões, obteve-se uma avaliação da qualidade de vida percebida de modo global, mensurada por quatro itens específicos que foram agrupados em um único escore (WHOQOL, 1994).

Devido à necessidade de instrumentos curtos e de rápida aplicação, foi, então, desenvolvida a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-BREF, cuja versão final ficou composta por 26 questões. A primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral e a segunda, à satisfação com a própria saúde. As outras 24 estão divididas nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente, sendo um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas. A versão em português foi realizada segundo metodologia preconizada pelo Centro WHOQOL para o Brasil e apresentou características psicométricas satisfatórias (FLECK et al., 2000).

As possíveis aplicações deste instrumento são variadas e podem auxiliar na prática

clínica; como forma de aprimorar a relação médico-paciente; ser um instrumento de avaliação e comparação de resposta a diferentes tratamentos em especialidades médicas diversas; desenvolver avaliação de serviços de saúde bem como de avaliação de políticas de saúde (FLECK et al., 1999).

No Brasil, as pesquisas e investigações pelo tema qualidade de vida no campo da saúde vêm crescendo. O interesse pelo conceito de qualidade de vida é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas desse setor nas últimas décadas. Os conceitos de saúde e doença configuram processos complexos e relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida; consoante essa mudança de paradigma, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (SEIDL; ZANNON, 2004).

Além da perspectiva das pessoas que recebem os cuidados de saúde, essa questão está intimamente relacionada aos profissionais de saúde, especialmente da saúde mental, os quais requerem atenção também em relação à sua qualidade de vida no trabalho. Os trabalhadores da saúde mental demandam a satisfação de suas necessidades, buscando a adaptação às circunstâncias ambientais, sociais e emocionais, a fim de alcançarem seus objetivos e desempenharem um cuidado eficaz. O ambiente do trabalho exerce forte influência sobre o bem estar do trabalhador, a insatisfação no trabalho pode produzir sofrimento que, segundo Dejours; Abdoucheli; Jayet (1994) se desdobra além do espaço laboral, pois os trabalhadores não desempenham apenas os processos construídos no local do trabalho, ele possui uma história pessoal, que se caracteriza por aspirações de seus desejos, de suas motivações, de suas necessidades psicológicas, que integram sua história passada, isso confere a cada indivíduo características únicas e pessoais.

Os estudos sobre qualidade de vida no trabalho têm sua origem atribuída a Eric Trist e seus colaboradores que, em 1950, desenvolveram várias pesquisas no Tavistock Institute de Londres, com base na análise e reestruturação das tarefas, com o objetivo de tornar a vida dos trabalhadores menos penosa. A primeira fase de estudos sobre a qualidade de vida no trabalho, iniciou na década de 1960 e se estendeu até 1974, foi marcada pela crescente preocupação de cientistas, líderes sindicais, empresários e governantes com as formas de como influenciar a qualidade das experiências do trabalhador num determinado emprego. Essa primeira abordagem foi sócio-técnica, impulsionada pela perspectiva de uma sociedade progressista, que tinha como base a saúde, a segurança e a satisfação dos trabalhadores. A partir da década de 1980 houve o desenvolvimento, principalmente no Japão, dos Ciclos de Controle de Qualidade

e que se disseminaram nas organizações do Ocidente, cujo objetivo era o alcance da qualidade total. Os anos 90 foram responsáveis pela difusão dos conhecimentos sobre qualidade de vida no trabalho, sendo que países como França, Alemanha, Dinamarca, Suécia, Noruega, Holanda e Itália adotaram métodos e modelos de trabalho visando a satisfação dos clientes internos e externos. No Brasil, alguns grupos de estudo sobre o tema começaram a surgir em diversos Estados, aumentando a possibilidade de difusão dessa temática (SCHMIDT; SPADOTI, 2006).

Atualmente, a qualidade de vida no trabalho, encontra-se bastante desenvolvida em países como os Estados Unidos (Quality of Working Life), Canadá e França (Qualité de la Vie au Travail) e principalmente na Suécia, onde alcançou maior desenvolvimento, porém, apesar dessa terminologia estar sendo largamente difundida nos últimos anos em todo o mundo, ela ainda incorpora uma imprecisão conceitual e nem sempre tem sido usada de forma correta. A dificuldade de conceituação talvez esteja ligada ao fato de se tratar de uma expressão abrangente e dotada de grande subjetividade. O conceito de qualidade de vida no trabalho passa por noções de motivação, satisfação, saúde e segurança no trabalho e envolve recentes discussões sobre novas formas de organização e novas tecnologias. Frequentemente essa expressão é aplicada nas organizações para justificar uma diversidade de mudanças e que nem sempre visa o bem-estar do trabalhador (SCHMIDT; SPADOTI, 2006).

Na área da saúde mental, as pesquisas em relação à qualidade de vida no trabalho são reduzidas. Embora as organizações de saúde se distingam de outros tipos de organizações pelas suas características específicas e sua complexidade, do ponto de vista da gestão há muita similaridade, tendo como objetivo final prestar serviços e cuidados de saúde de qualidade. Para isso, são necessários procedimentos permanentes de avaliação, com a participação integrada de todas as partes envolvidas: usuários, familiares e profissionais (BANDEIRA; ISHARA; ZUARDI, 2007). Contudo, o foco das avaliações tem sido em maior quantidade os usuários e familiares, em detrimento dos profissionais, mesmo sabendo-se que a qualidade da prestação dos serviços depende da qualidade de vida do profissional (FARIA; SCHNEIDER, 2009; PAULA, 2013; SCHMIDT; SPADOTI, 2006).

Borges, et al. (2002) alertam para os custos emocionais e as necessidades que envolvem a saúde mental dos trabalhadores da área da saúde. Sendo assim, para uma instituição atingir seus objetivos no atendimento e qualidade da atenção prestada, é necessário ter profissionais satisfeitos e que gozem de boa qualidade de vida.

Os estudos encontrados 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. De Marco, et al. (2008) observaram em seus estudos que os profissionais

que trabalham mais de 20 horas semanais apresentam prejuízos na qualidade de vida.

Aguirre Martínez (2010) realizou um estudo no Chile sobre os fatores psicossociais de risco no trabalho e na qualidade de vida dos trabalhadores de um centro de reabilitação de saúde mental, especificamente os causadores de estresses. Os resultados apontaram que 77,8% dos participantes da pesquisa percebem seu trabalho com alta carga de trabalho mental. Em relação à avaliação psicossocial, 78,6% perceberam demandas psicológicas com um elevado nível de risco. Existe uma grande demanda em relação ao trabalhador de saúde que atende pessoas com transtornos psiquiátricos, a forma como o trabalho é sistematizado e a estrutura organizacional são particularmente relevantes, uma vez que a concepção do local de trabalho, a clareza das funções técnicas e profissionais, a pertinência da informação, da equipe, liderança, motivação dos trabalhadores e do ambiente de trabalho influenciam diretamente no impacto do trabalho e na vida dos trabalhadores e da sua saúde, mas também na qualidade da assistência.

A satisfação no trabalho é considerada um dos indicadores de qualidade de vida no trabalho e sua medida tem sido utilizada em estudos no Brasil e no exterior (SCHMIDT; SPADOTI, 2006).

A qualidade de vida no trabalho em saúde mental deveria objetivar a melhoria da qualidade da assistência e a satisfação com o trabalho, esses objetivos estão correlacionados, e incluem-se, neste aspecto, as questões referentes à saúde, ao bem-estar físico e social, à segurança e à organização do trabalho, como um fator determinante na qualidade de vida dos trabalhadores.

O presente estudo, portanto, objetiva caracterizar o perfil dos usuários dos CAPSad e investigar o impacto na saúde, a satisfação no trabalho e a qualidade de vida dos profissionais que atuam nos CAPSad da região do Triângulo Mineiro do estado de Minas Gerais.

A escolha dos locais do estudo justifica-se devido ao CAPSad constituir-se em um serviço assistencial público, inovador e que exerce papel central na Rede de Atenção Psicossocial. Além disso, destaca-se o fato de ter como diretriz prestar assistência médica e de atenção psicossocial às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em consonância com as políticas do SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

2.1.1 Analisar os aspectos psicossociais do trabalho desenvolvido nos Centros de Atenção Psicossocial - álcool e drogas (CAPSad) da Região do Triângulo Mineiro do estado de Minas Gerais e o perfil dos usuários.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Descrever o perfil epidemiológico dos usuários dos CAPSad.

2.2.2 Descrever os tipos de substâncias psicoativas mais utilizadas pelos usuários dos serviços.

2.2.3 Conhecer o perfil dos profissionais atuantes nos CAPSad.

2.2.4 Identificar a prevalência de transtornos mentais comuns entre os trabalhadores dos CAPSad.

2.2.5 Avaliar a satisfação da equipe técnica em relação às condições de trabalho dos CAPSad.

2.2.6 Avaliar o impacto do trabalho na saúde mental dos trabalhadores dos CAPSad.

2.2.7 Avaliar a qualidade de vida dos profissionais dos CAPSad.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa do tipo transversal. A abordagem quantitativa apresenta resultados que podem ser quantificados e considerados representativos da população, como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa, recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, a descrição da realidade (FONSECA, 2002). Uma das peculiaridades da pesquisa descritiva está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2008).

Os estudos de corte transversal são aqueles que produzem resultados da situação de saúde de uma população ou comunidade com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo e também determinam indicadores globais de saúde para o grupo investigado, num dado momento da realidade. As vantagens são o baixo custo, simplicidade analítica, alto potencial descritivo e rapidez de coleta acompanhada de facilidade na representatividade de uma população (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). Os estudos transversais apresentam algumas limitações como, a dificuldade para investigar condições de baixa prevalência, o fato de trabalharem com casos prevalentes do desfecho e a coleta de dados sobre exposição e desfecho em um único momento no tempo (BASTOS; DUQUIA, 2007).

3.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A realização da pesquisa ocorreu após aprovação do Projeto de Pesquisa pela Plataforma Brasil, que é uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema Comitê de Ética em Pesquisa CEP/Conep. Ela permite que as pesquisas sejam acompanhadas em seus diferentes estágios, desde sua submissão até a aprovação final pelo CEP e pela Conep, quando necessário, possibilitando inclusive o acompanhamento da fase de campo, o envio de relatórios parciais e dos relatórios finais das pesquisas. O parecer consubstanciado do CEP (Anexo I) de número 1.139.451 foi aprovado em reunião do Colegiado do CEP/UFTM em 03 de julho de 2015.

Os dados relativos aos usuários foram obtidos por meio dos prontuários, o instrumento de coleta de dados (Apêndice I) dispensa identificação pessoal como nome e endereço. Os

dados coletados foram manuseados apenas pela equipe responsável pela pesquisa e divulgados na forma de consolidados, não oferecendo riscos de perda de confidencialidade.

Em relação aos profissionais dos CAPSad, todos os participantes da pesquisa tomaram conhecimento e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo II) que informou aos participantes da pesquisa os objetivos, os métodos utilizados, a garantia de sigilo e a finalidade da pesquisa.

3.3 LOCAL DA PESQUISA

3.3.1 Região do Triângulo Mineiro

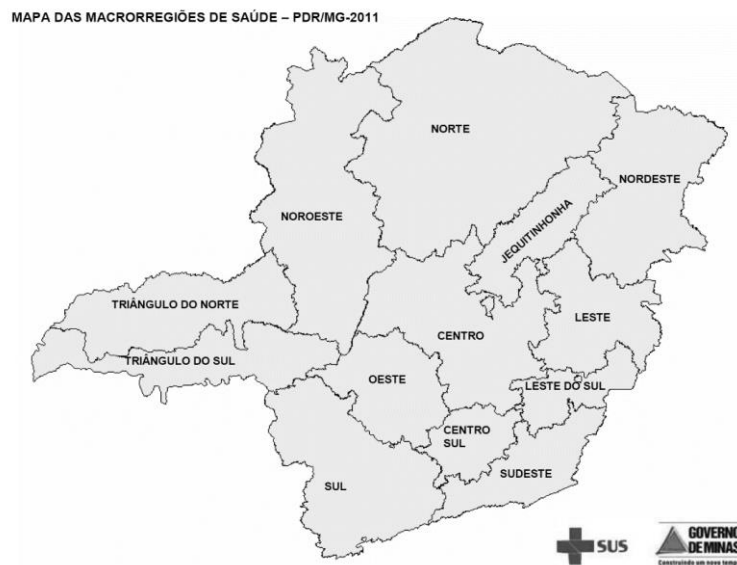
Este estudo foi realizado nos três CAPSad da Região do Triângulo Mineiro no estado de Minas Gerais. Essa região era conhecida como Região do Triângulo Mineiro e alto do Paranaíba, porém a partir de 2010, o governo estadual iniciou o desenvolvimento de políticas com o objetivo de reduzir as disparidades através de incentivos financeiros e investimentos que privilegiam a melhoria da qualidade dos serviços de saúde nas regiões mais carentes. Em decorrência dessa distribuição espacial da população, das necessidades de saúde, dos fluxos da população em busca dos serviços de saúde e da distribuição destes no espaço territorial foi elaborado o Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG) (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

O novo desenho espacial do PDR/MG se fundamenta em três níveis de regionalização: macrorregional, microrregional e municipal, e faz uma redefinição dos conceitos de polos micro e macrorregional, de acordo com a complexidade da assistência envolvida e os fluxos intermunicipais. A Macrorregião de Saúde consiste na base territorial de planejamento da atenção à saúde, considerando regiões e microrregiões de saúde e oferta de determinados serviços de média complexidade de maior especialização e grande parte dos serviços de alta complexidade. Como Microrregião de Saúde considera-se a base territorial de planejamento da atenção secundária com condições de ofertar serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e alguns serviços de alta complexidade. Já o município é o responsável pelo provimento de procedimentos de Atenção Básica e Atenção Básica Ampliada. É considerado município polo aquele que exerce força de atração sobre outros, em número comparativamente significativo, por sua capacidade atual e potencial de equipamentos urbanos e de fixação de recursos humanos especializados (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Para obter ganho de escala algumas microrregiões foram agregadas, e as mesorregiões

assistenciais e as macrorregiões passaram a constituir um único nível de regionalização, a macrorregião. Os municípios polos das microrregiões, que foram agregadas, passaram a formar microrregiões bipolares ou tripolares. O estado de Minas Gerais possui 853 municípios que foram divididos em 13 macrorregiões (Centro, CentroSul, Jequitinhonha, Leste, Triângulo do Sul, Triângulo do Norte, Oeste, Leste do Sul, Nordeste, Norte, Noroeste, Sul e Sudeste) e 77 microrregiões de saúde (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010), conforme apresentadas na Figura 1.

Figura 1 - Mapa das macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais



Fonte: Minas Gerais (2011).

A região denominada de Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba em 2015 foi segregada em dois territórios denominados Triângulo Norte e Triângulo Sul. Em extensão territorial, somados, esses dois territórios correspondem a 13,67% do estado de Minas Gerais. É formada pela união de 66 municípios agrupados em sete microrregiões, localizada na região oeste de Minas Gerais. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) conta com 2.185.979 habitantes. Em comparação com as demais macrorregiões do estado, dispõe do terceiro maior contingente populacional, da segunda maior área territorial e possui a segunda maior economia do estado (IBGE, 2017).

A macrorregião do Triângulo Norte compreende três microrregiões de Ituiutaba, Uberlândia/Araguari e Patrocínio/Monte Carmelo, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2 - Mapa das microrregiões de saúde da macrorregião do Triângulo Norte do estado de Minas Gerais



Fonte: Minas Gerais (2011).

A macrorregião do Triângulo Sul compreende três microrregiões Frutal/Iturama, Uberaba e Araxá, conforme apresentado na Figura 3.

Figura 3 - Mapa das microrregiões de saúde da macrorregião do Triângulo Sul do estado de Minas Gerais



Fonte: Minas Gerais (2011).

3.3.2 Atenção à saúde mental na região do Triângulo Mineiro

As políticas da Secretaria de Estado da Saúde, que dizem respeito à Saúde Mental do Estado de Minas Gerais, estão sustentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica antimanicomial e propõe uma rede de serviços públicos, substitutivos aos hospitais psiquiátricos e seus similares, conhecida como Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (MINAS GERAIS, 2017).

A RAPS é constituída pelos seguintes componentes: I - Atenção Básica em Saúde, formada pelas Unidade Básica de Saúde (UBS); equipes de Consultório na Rua e de apoio aos serviços de atenção residencial de caráter transitório e Centros de Convivência. II - Atenção Psicossocial Especializada, formada pelos CAPS nas suas diferentes modalidades. III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: SAMU 192; Sala de Estabilização; Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas; emergências hospitalares, pronto socorro; UBS, entre outros. IV - Atenção residencial de caráter transitório: unidade de recolhimento e serviços de atenção em regime residencial. V - Atenção hospitalar: enfermaria especializada em Hospital Geral; serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. VI - Estratégias de desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); e VII - Reabilitação psicossocial: Trabalho e geração de renda, cooperativas sociais e estratégias de inclusão social (BRASIL, 2011).

Em 2017, estão cadastrados 339 CAPS em Minas Gerais, nas 77 microrregiões de saúde do estado. O CAPS é reponsabilidade do município, atende prioritariamente pessoas em momento de graves crises, são desenvolvidas ações de tratamento, de reabilitação, de inclusão psicossocial e atenção às famílias dos usuários dos CAPS. São também entendidos como um dispositivo territorial de urgência, que conta com equipe multidisciplinar atuando sob a ótica interdisciplinar e articulada com os demais serviços da rede para continuidade do cuidado (MINAS GERAIS, 2017).

Em consulta realizada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em 2015, período em que foi realizado o planejamento metodológico desta pesquisa, os municípios das macrorregiões de saúde do Triângulo Norte e Sul com mais de 20.000 habitantes, que possuíam CAPS foram relacionados na Figura 4.

Figura 4 - Distribuição dos CAPS nas macrorregiões de saúde do Triângulo Norte e Sul do estado de Minas Gerais, população estimada dos municípios, tipos de CAPS e o público-alvo.

TIPO DE CAPS	PÚBLICO – ALVO	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO		
CAPS I	Psicóticos e neuróticos graves - adultos	Araguari	114.970		
		Carmo do Paranaíba	30.695		
		Coromandel	28.398		
		Iturama	36.837		
		Monte Carmelo	47.595		
		Sacramento	25.225		
		Tupaciguara	25.171		
		CAPS II	Psicóticos e Neuróticos Graves - adultos	Araxá	101.640
Frutal	56.720				
Patos de Minas	146.416				
Patrocínio	87.178				
Uberaba	315.360				
Uberlândia	646.673				
CAPS I Infantil	Psicóticos e Neuróticos Graves – crianças e adolescentes			Uberlândia	646.673
				Uberaba	315.360
CAPSad II	Pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas				
CAPSad III	Pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas	Uberlândia	646.673		
		Uberaba	315.360		

Fonte: CNES (2015).

Sendo assim, esse estudo será desenvolvido nos três CAPSad da região do Triângulo Mineiro, sendo que dois deles, CAPSad II e CAPSad III estão localizados no município de Uberlândia e um CAPSad III em Uberaba, totalizando a população assistida de 920.033 habitantes.

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

3.4.1 Usuários dos CAPSad

Os três CAPSad onde foi realizada, no momento da coleta de dados, possuíam juntos, aproximadamente, 963 usuários que frequentavam os serviços mensalmente.

A coleta dos dados foi realizada a partir das informações contidas nos prontuários dos usuários que foram atendidos nesses serviços no mês de setembro de 2015.

Foi realizado uma pesquisa preliminar em cada CAPSad com uma listagem de todos os usuários atendidos no mês de referência, setembro de 2015, para a realização do cálculo e do sorteio da amostra. O sorteio foi realizado no Programa SPSS-versão 21.

O cálculo do tamanho amostral considerou uma prevalência de uso de múltiplas substâncias psicoativas de 39,0%, uma precisão de 4% e um intervalo de confiança de 95%, para uma população finita de 963 participantes, chegando-se a uma amostra mínima de 359 sujeitos. Considerando uma perda de amostragem de 15%, o número de tentativas máximo seria de 423 usuários. Foram consideradas as demandas de cada CAPSad e as amostras proporcionais foram: 129 usuários do CAPSad da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba (CAPSad-Ura), 122 usuários do CAPSad da Universidade Federal de Uberlândia (CAPSad-UFU) e 172 usuários do CAPSad da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia (CAPSad-Udia).

Deste modo, o tamanho amostral em relação aos usuários dos CAPSad da região do Triângulo Mineiro foi de 369 participantes.

3.4.2 Profissionais dos CAPSad

A pesquisa foi realizada nos três CAPSad da região do Triângulo Mineiro no estado de Minas Gerais, são eles: CAPSad da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba (CAPSad SMS-Ura), CAPSad da Universidade Federal de Uberlândia (CAPSad UFU) e CAPSad da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia (CAPSad SMS-Udia). No momento da coleta dos dados, que ocorreu no período de setembro a dezembro de 2016, atuavam nos serviços 66 profissionais, de nível médio e superior. Todos os profissionais atuantes nos três CAPSad foram convidados para participar da pesquisa, 42 profissionais aceitaram o convite que foi feito nas reuniões de equipe, após a explanação dos objetivos e da metodologia da pesquisa pelas pesquisadoras.

A Figura 5 ilustra a participação dos sujeitos de acordo com os CAPSad participantes da pesquisa.

Figura 5 – Fluxograma da participação dos sujeitos de acordo com os CAPSad.

CAPSad-Ura	CAPSad-UFU	CAPSad-Udia
<ul style="list-style-type: none"> • 120 usuários • 24 profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • 118 usuários • 21 profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • 131 usuários • 21 profissionais

Fonte: Da Autora (2018).

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE PARTICIPANTES

3.5.1 Usuários dos CAPSad

Para que pudessem ser incluídos no estudo, os prontuários não poderiam estar em branco, deveriam estar no arquivo dos CAPSad e disponíveis para consulta. Os usuários deveriam ter sido atendidos nesses serviços obrigatoriamente no mês de setembro de 2015, com a finalidade de apreender as características dos usuários que estavam em atendimento recentemente. Esse critério foi empregado para evitar que usuários que passaram pelos serviços há muito tempo e não fazem mais tratamento nos CAPSad fossem sorteados na amostra.

3.5.2 Profissionais dos CAPSad

Os profissionais das equipes técnicas dos CAPSad deveriam concordar com a participação no estudo. Foram excluídos do estudo os profissionais que estavam de férias ou qualquer tipo de licença no período da coleta de dados.

3.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados desta pesquisa foi realizada no período de maio a dezembro de 2016. Antes da coleta foi solicitada autorização aos secretários municipais de saúde dos municípios de Uberaba e Uberlândia e ao Diretor Clínico da Universidade Federal de Uberlândia. Após a aprovação iniciou-se a coleta dos dados, que foi realizada pela pesquisadora, com a colaboração de uma bolsista de apoio técnico com mestrado, devidamente treinada para aplicação dos questionários.

3.6.1 Instrumentos

3.6.1.1 Perfil dos usuários dos CAPSad

A coleta dos dados dos usuários dos CAPSad foi realizada no período de maio a agosto de 2016, nas salas designadas pelos coordenadores dos serviços, que garantissem o sigilo do manuseamento das informações, sem a exposição dos prontuários que foram investigados para os profissionais, usuários, familiares e outras pessoas que estivessem nesses equipamentos no momento da coleta dos dados.

Foi desenvolvido um instrumento de coleta de dados (Apêndice I) utilizado para caracterizar o perfil dos usuários dos CAPSad. A partir das informações contidas nos prontuários dos serviços foram levantadas as seguintes variáveis: sexo; idade; estado civil; escolaridade; situação de trabalho; demanda do atendimento no CAPSad; substâncias psicoativas utilizadas ao longo da vida e no último mês; idade de uso inicial das substâncias psicoativas; internação e medicação decorrentes do uso de substâncias psicoativas; tempo de permanência no CAPSad e modalidade de tratamento. Esse instrumento foi suficiente para alcançar os objetivos específicos 2.2.1 e 2.2.2.

3.6.1.2 Perfil dos profissionais dos CAPSad

O perfil dos profissionais atuantes nos CAPSad foi coletado a partir de um questionário composto por instrumentos apropriados para alcance dos objetivos. O questionário foi aplicado no local do trabalho, durante a jornada, em local reservado designado pelas coordenações dos CAPSad, preservando o sigilo dos profissionais que participaram do estudo.

As apurações para o objetivo específico 2.2.3 foram coletadas por meio de um instrumento desenvolvido pelas pesquisadoras (Apêndice II), com as seguintes variáveis: sexo; idade; escolaridade; profissão; há quanto tempo atua com usuários de álcool e outras drogas; há quanto tempo atua no CAPSad; quais intervenções realiza, se considera que a formação profissional/acadêmica foi suficiente para atuar nessa área; há quanto tempo realizou algum tipo de capacitação profissional; se o CAPSad oferece capacitações aos profissionais e se sente necessidade de capacitação.

Para identificar a prevalência de TMC entre os trabalhadores dos CAPSad, que corresponde ao objetivo 2.2.4, foi utilizado o Self Report Questionnaire (SRQ-20) (Anexo III) composto de 20 questões com duas alternativas (sim ou não) autoaplicável sobre sintomas

mentais presentes no momento do preenchimento, de forma a triar a ocorrência de provável TMC.

O SRQ-20 é um instrumento de rastreamento de TMC recomendado pela OMS. A escala foi validada para a aplicação em brasileiros por Mari e Williams (1986), com sensibilidade de 83% e especificidade de 80%. Foi considerado que cada resposta afirmativa equivale a um ponto; ao final, os itens foram somados, sendo que a pontuação ≥ 7 indica presença de TMC (SILVEIRA; CÂMARA; AMAZARRAY, 2014).

O coeficiente de consistência interna geral e padronizado foi de 0,80, concluindo que o SRQ-20 apresenta um desempenho aceitável para avaliar os TMC em âmbito ocupacional (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

O objetivo 2.2.5 que corresponde à avaliação da satisfação da equipe técnica em relação ao trabalho nos CAPSad foi investigado por meio da Escala de Avaliação da Satisfação da Equipe Técnica com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR) (Anexo IV), autoadministrada, composta de 32 itens (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000).

Os resultados obtidos na análise das qualidades psicométricas desta escala, alfa de Cronbach, mostram que a escala possui quatro fatores relevantes no contexto brasileiro e que contribuem, portanto, para a avaliação do construto de satisfação da equipe. Estes fatores se referem aos seguintes aspectos: (1) relações da equipe com os pacientes; (2) participação da equipe nas decisões; (3) condições do trabalho e (4) relações com os colegas.

O primeiro fator da escala avalia a satisfação com relação aos seguintes aspectos: o tratamento e os cuidados oferecidos aos pacientes, a maneira da equipe lidar com os pacientes, o grau de adequação dos serviços, a quantidade de informação dada aos pacientes sobre sua doença e sobre o tratamento, o grau de competência profissional da equipe, a compreensão da equipe sobre os problemas e expectativas dos pacientes. A consistência interna deste fator é elevada, devido ao valor de alfa ($\alpha = 0,83$) que se situa no extremo limite da faixa considerada como ideal. As correlações item-total variam de 0,36 à 0,73.

O segundo fator inclui a satisfação da equipe com relação a sua participação nas decisões tomadas no serviço, na implantação dos tratamentos e na avaliação do serviço, assim como na expressão de suas opiniões sobre o serviço, sua participação em discussões profissionais com os colegas, sua expectativa de ser promovido, seu grau de responsabilidade no serviço. Este fator apresenta também uma elevada consistência interna, uma vez que o valor obtido de alfa ($\alpha = 0,72$) se situa dentro da faixa considerada ideal. As correlações item-total para este segundo fator variam de 0,17 à 0,70.

Com relação ao fator condições de trabalho que diz respeito as condições gerais das

instalações, o salário e os benefícios recebidos, o conforto e a aparência do serviço, as medidas de segurança e de confidencialidade em vigor no serviço, o clima do ambiente de trabalho. A consistência interna deste fator é igualmente elevada, devido ao valor de alfa ($\alpha = 0,77$), que se situa dentro da faixa considerada ideal. As correlações item-total variam entre 0,26 à 0,56.

O relacionamento no serviço que é o quarto fator da escala inclui avalia o grau de satisfação do profissional a respeito do seu relacionamento com os colegas de trabalho e com os seus superiores. Avalia ainda sua satisfação quanto ao grau de sua autonomia em relação às outras pessoas no serviço. Este fator apresenta uma consistência interna moderada, o valor de alfa ($\alpha = 0,63$) estando acima do critério estabelecido para uma escala de 3 itens (critério = 0,42), mas estando, porém, abaixo da faixa considerada ideal (0,70 à 0,85). As correlações item-total deste fator variam entre 0,36 e 0,53.

A escala global que avalia o grau de satisfação geral da equipe técnica com os serviços de saúde mental consta de 32 itens quantitativos. Dentre estes itens, incluem-se os 30 itens que se aglutinam em torno dos fatores descritos acima, assim como duas questões adicionais que contribuíram para o construto de satisfação da equipe, uma vez que apresentavam correlações item-total superiores ao critério estabelecido, de 0,20. Estas duas questões se referem à satisfação da equipe com o trabalho em saúde mental e à satisfação da equipe com a frequência de contatos entre pacientes e profissionais. A escala global apresenta uma elevada consistência interna, uma vez que o valor de alfa ($\alpha = 0,89$) se situa no limite extremo da faixa considerada ideal para este tipo de avaliação. Estes resultados indicam que os itens desta escala apresentam uma alta homogeneidade e que a escala brasileira de satisfação da equipe de profissionais possui uma boa precisão ou fidedignidade. As correlações item-total variam entre 0,24 e 0,74 (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000).

Os resultados em geral demonstram que os fatores identificados na escala SATIS-BR, embora representem dimensões distintas, eles compartilham um construto em comum, presente na escala global de satisfação da equipe técnica.

Para avaliar o impacto do trabalho na saúde mental dos trabalhadores dos CAPSad, objetivo 2.2.6, foi utilizada a Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental (IMPACT-BR) (Anexo V), composta de 28 itens tipo likert com 5 pontuações. São utilizados para a pontuação 18 itens (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000).

Os resultados obtidos na análise das qualidades psicométricas desta escala, por meio do coeficiente alfa de Cronbach, mostraram que apenas três fatores foram retidos do questionário original, os quais se referem ao impacto do trabalho sobre a saúde física e emocional da equipe, os efeitos ressentidos sobre o funcionamento no trabalho e o sentimento de estar

sobrecarregado.

O fator efeitos sobre a saúde física e mental avalia o impacto do trabalho sobre a saúde física e mental da equipe, que se refere aos efeitos do trabalho em saúde mental sobre os seguintes aspectos: a frequência de problemas físicos ressentidos pelo profissional da equipe, a frequência de suas consultas ao médico, a frequência em que ele toma medicamentos, os efeitos do trabalho sobre a sua estabilidade emocional e sobre sua necessidade de procurar ajuda profissional em consequência destes problemas. A consistência interna deste fator é elevada, seu valor de alfa ($\alpha = 0,78$) se situando dentro da faixa considerada ideal. As correlações item-total para este fator variam de 0,27 à 0,77, indicando que estas questões contribuem para o construto de sobrecarga da equipe no contexto brasileiro.

O segundo fator efeitos no funcionamento da equipe avalia o impacto da sobrecarga ressentida no trabalho sobre os seguintes aspectos: a frequência em que o profissional pensa em mudar de campo de trabalho, a frequência em que ele pensa que outro tipo de trabalho o faria sentir mais saudável, afastamentos por doença devido ao estresse no trabalho, grau em que o profissional tem receio de ser agredido no trabalho, efeito do trabalho na qualidade do sono, efeito do trabalho na sua saúde em geral. Este fator apresentou também uma consistência interna elevada, pois seu valor de alfa ($\alpha = 0,77$) se situa dentro da faixa considerada ideal. As correlações item-total para este fator variam entre 0,40 e 0,63.

O sentimento de estar sobrecarregado é o terceiro fator da escala que aborda os seguintes aspectos da sobrecarga: se sentir frustrado com os resultados do trabalho, se sentir sobrecarregado pelo contato constante com os pacientes, se sentir cansado após o trabalho, se sentir deprimido por trabalhar com pessoas com distúrbios mentais, se sentir estressado por trabalhar com doença mental. A consistência interna deste fator é adequada, uma vez que o valor de alfa obtido ($\alpha = 0,70$) se situa dentro da faixa considerada ideal. As correlações item-total variam de 0,32 à 0,68.

A escala global contém 18 itens quantitativos que incluem as questões dos três fatores e mais duas questões adicionais que apresentaram correlações item-total (0,48 e 0,55) acima do critério requerido. Estas duas questões se referem ao impacto do trabalho em saúde mental sobre a vida social do profissional e sobre sua vida familiar. Estes resultados indicam que apenas os 18 itens que foram retidos após análise da consistência interna, contribuem de fato para avaliar o construto de sobrecarga da equipe no contexto brasileiro. São, portanto, os únicos itens que podem ser utilizados no cálculo do grau de sobrecarga da equipe. Os resultados da análise de consistência interna por meio do coeficiente alfa de Cronbach indicam uma elevada consistência interna para a escala global de sobrecarga da equipe, uma vez que o valor de alfa

obtido ($\alpha = 0,87$) se situa no extremo limite da faixa de valores considerada ideal para uma escala de avaliação. As correlações item-total variam de 0,24 à 0,70.

Estes resultados indicam que a escala brasileira IMPACTO-BR apresenta uma boa homogeneidade dos itens e, portanto, uma boa precisão ou fidedignidade como instrumento de medida da sobrecarga da equipe, no contexto brasileiro (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000).

Atualmente existem no Brasil três instrumentos validados que avaliam a sobrecarga de cuidadores da saúde, são eles: Zarit Burden Interview (ZBI), Caregiver Burden Scale (CBS) e o IMPACTO-BR, no entanto, apenas o IMPACTO-BR foi desenvolvida para avaliar a sobrecarga relacionada ao trabalho de profissionais da saúde mental.

As escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR foram elaboradas por Onge et al (1997) para uma pesquisa para a OMS, elas integram um conjunto de instrumentos para avaliação de serviços de saúde mental, foram traduzidas e adaptadas no Brasil por (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000).

Para descrever a qualidade de vida dos profissionais dos CAPSad (objetivo 2.2.8), o instrumento utilizado foi o WHOQOL-BREF (Anexo VI) que é constituído de 26 perguntas, as respostas seguem uma escala de Likert, o instrumento tem 24 facetas as quais compõem quatro domínios que são: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK et al., 2000).

Diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, na versão abreviada cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Os dados que originaram esta versão foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes. O WHOQOL-BREF é um instrumento genérico, autoaplicável, possibilitando também a administração por entrevistador. O cálculo dos escores dos domínios é realizado por meio da média aritmética simples entre os escores das facetas que compõem cada domínio, seguido de uma multiplicação por quatro. A versão em português do WHOQOL-BREF apresentou boa consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste (FLECK et al., 2000).

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os questionários coletados foram codificados em números e colocados em planilha Excel®, sendo posteriormente analisados por meio da estatística descritiva e seus resultados, dispostos em gráficos ou tabela, na forma de consolidados sem identificação pessoal no Programa SPSS® versão 21.

Foi realizada através de análise estatística descritiva a partir de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas, e medidas de centralidade (média, mediana e moda) e de dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação, mínimo e máximo) para as variáveis numéricas. Os dados foram organizados em tabelas, quadros e/ou gráficos.

Foram realizados testes de correlação de Pearson, os valores de correlação situados entre 0,10 e 0,29 indicam uma correlação inexistente ou fraca; valores entre 0,30 e 0,49 indicam que existe uma correlação média ou moderada e valores entre 0,50 e 1 podem ser interpretados como sinais de grande ou forte correlação (COHEN, 1988).

Quanto ao objetivo 2.2.2 foi utilizado o teste t-Student quando as variáveis epidemiológicas e sócio-demográficas tinham apenas duas categorias e os dados apresentassem normalidade, quando a normalidade não foi satisfeita foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Quando tiver mais de duas categorias nas variáveis epidemiológicas e sócio-demográficas, os dados apresentarem normalidade e as variâncias forem homogêneas, foi utilizado análise de variância paramétrica (ANOVA-F) seguido do teste de comparação múltipla de Tukey, quando a normalidade dos dados e a homogeneidade das variâncias não foram satisfeitas a ANOVA não paramétrica foi usada pelo teste de Kruskal-Wallis seguido do teste de comparações múltiplas de Dunn. O nível de significância para todos os testes foi de 5%.

Foi realizada a análise de regressão linear multivariada com os escores de satisfação e impacto, qualidade de vida e TMC. Para obtenção dos escores de cada domínio do objetivo 2.2.7 foi utilizada a sintaxe do WHOQOL-BREF, disponibilizado pelo autor (Anexo VII).

4 RESULTADOS

4.1 PERFIL DOS USUÁRIOS DOS CAPSAD

Verificou-se maior percentual de usuários do sexo masculino (80,5%), de faixa etária de 41 a 60 anos (45,8%) e sem companheiro(a) (55,2%). A maioria dos usuários possui ensino fundamental incompleto (38,4%) e estão desempregados (34,7%). O maior percentual reside na cidade de Uberlândia (65,9%).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos usuários atendidos nos CAPSAd da Região do Triângulo Mineiro em 2016 (n = 369).

(continua)

Variáveis/Categorias	Distribuição	
	n	%
Sexo		
Masculino	297	80,5
Feminino	67	18,2
Não informado	5	1,3
Idade (em anos)		
Até 20 anos	8	2,2
De 21 a 40 anos	149	40,4
De 41 a 60 anos	169	45,8
Acima de 61 anos	34	9,2
Não informado	9	2,4
Estado civil		
Solteiro	147	39,8
Casado	91	24,7
União estável	46	12,5
Viúvo	9	2,4
Divorciado	48	13,0
Não informado	28	7,6
Escolaridade		
Analfabeto	9	2,4
Ensino fundamental I incompleto	71	19,2
Ensino fundamental I completo	30	8,1
Ensino fundamental II incompleto	71	19,2
Ensino fundametal II completo	45	12,2
Ensino médio incompleto	27	7,3
Ensino médio completo	42	11,4
Ensino superior incompleto	8	2,2
Ensino superior completo	3	0,9
Não informado	63	17,1

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos usuários atendidos nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016 (n = 369).

(continuação)

Variáveis/Categorias	Distribuição	
	n	%
Ocupação regular		
Carteira assinada	67	18,2
Cooperativa	1	0,3
Autônomo	51	13,8
Desempregado	128	34,7
Aposentado por tempo de trabalho	15	4,1
Aposentado por invalidez	3	0,8
Não informado	104	28,2
Município		
Campo Florido	1	0,3
Ponte Alta	2	0,5
Uberaba	122	33,1
Uberlândia	243	65,9
Veríssimo	1	0,3

Fonte: Da Autora (2018).

A maioria dos usuários está em tratamento no período de 1 a 4 anos e 11 meses (62,9%), o maior percentual dos usuários chegou no CAPSad por meio de encaminhamento (44,7%) de outros serviços, principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (6,0%), seguido de busca espontânea (43,7%) (Tabela 2).

Em relação à internação em hospitais ou clínicas, observou-se que a maioria já foi internada por uso de substâncias psicoativas (39,8%), faz uso de medicações devido a problemas provocados pelo uso das substâncias (64,8%) e a modalidade de tratamento mais utilizada nos CAPSad com essa população é semi-intensivo (61,0%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil clínico dos usuários atendidos nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016 (n = 369).

(continua)

Variáveis/Categorias	Distribuição	
	n	%
Tempo de tratamento no CAPSad (anos)		
Menos de 1	26	7,0
De 1 a 4 anos e 11 meses	232	62,9
De 5 a 9 anos e 11 meses	83	22,5
10 ou mais anos	28	7,6
Demanda pelo atendimento		
Busca espontânea	161	43,7
Encaminhamento	165	44,7
Busca da família	8	2,2
Busca de amigos	2	0,5

Tabela 2 - Perfil clínico dos usuários atendidos nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016 (n = 369).

Variáveis/Categorias	(continuação)	
	Distribuição	
	n	%
Ordem judicial	3	0,8
Trabalho	1	0,3
Não informado	29	7,9
Formas de Encaminhamento		
Unidade Básica de Saúde (UBS)	22	6,0
Programa de Saúde da Família (PSF)	10	2,7
Unidades de emergência	4	1,1
Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)	2	0,5
Grupos de apoio	1	0,3
Hospital psiquiátrico	20	5,4
Hospital geral	12	3,3
Ordem judicial	15	4,1
Outros	83	22,5
Não se aplica	170	46,1
Não informado	30	8,1
Internação por uso de substância psicoativa		
Sim	147	39,8
Não	125	33,9
Não informado	97	26,3
Faz uso de medicação por problemas decorrentes do uso de substância psicoativa		
Sim	239	64,8
Não	79	21,4
Não informado	51	13,8
Modalidade de atendimento no CAPSad		
Intensivo	68	18,4
Semi intensivo	225	61,0
Não intensivo	42	11,4
Não informado	34	9,2

Fonte: Da Autora (2018).

A Tabela 3 apresenta a distribuição de tipos de drogas consumidas pelos usuários durante a vida. Verificou-se que a maior parte dos usuários dos CAPSad (89,7%) consumiram álcool ao longo da vida, seguido pelo tabaco (58,3%), enquanto, as substâncias alucinógenas e o LSD foram os menos consumidos pelos usuários ao longo da vida (2,2% e 0,5%), respectivamente.

Tabela 3 - Perfil do uso de drogas durante a vida pelos usuários atendidos nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016 (n = 369).

Tipos de Drogas* – Uso na vida

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Tabaco	215	58,3	150	40,7
Álcool	331	89,7	34	9,2
Maconha	166	45,0	199	56,9
Cocaína	141	38,2	224	60,7
Crack	161	43,6	204	55,3
Anfetamina	9	2,4	356	96,5
Benzodiazepínico	11	3,0	354	95,9
Solvente	15	4,1	350	94,9
LSD	2	0,5	363	98,4
Alucinógenos	8	2,2	357	96,7
Êxtase	2	0,5	363	98,4
Outras	16	4,3	349	94,6

* Não informaram (n= 4). Categorias não são mutuamente exclusivas.

Fonte: Da Autora (2018).

A Tabela 4 apresenta a distribuição de tipos de drogas consumidas pelos usuários no último mês, tendo como referência o momento do acolhimento e início do tratamento no CAPSad. O álcool foi a substância mais consumida pelos usuários no último mês (77,8%); o LSD e o êxtase foram as menos consumidas (0,0% e 0,3%), respectivamente.

Tabela 4 - Perfil do uso de drogas no último mês no momento do acolhimento nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016 (n=369).

Tipos de Drogas* – Uso no mês

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Tabaco	160	43,4	195	52,8
Álcool	287	77,8	68	18,4
Maconha	97	26,3	258	69,9
Cocaína	72	19,5	283	76,7
Crack	124	33,6	231	62,6
Anfetamina	4	1,1	351	95,1
Benzodiazepínico	5	1,4	350	94,9
Solvente	4	1,1	351	95,1
LSD	0	0	355	96,2
Alucinógenos	4	1,1	351	95,1
Êxtase	1	0,3	354	95,9
Outras	7	1,9	348	94,6

*Categorias não são mutuamente exclusivas, não informaram (n=14).

Fonte: Da Autora (2018).

A Tabela 5 apresenta a distribuição de tipos de drogas em relação ao sexo no momento do acolhimento. Verificou-se que a droga mais consumida pelos homens que estavam em

tratamento no CAPSad foi o tabaco (81,3%) e a mais consumida pelas mulheres foi o crack (22,6%).

Tabela 5 - Perfil do uso de drogas no último mês no momento do acolhimento nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016, conforme o sexo (n = 369).

Tipos de Drogas* – Uso no mês	Total (n=355)		Sexo					
			Homens		Mulheres		Não informado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tabaco	160	43,4	130	81,3	28	17,5	2	1,2
Álcool	287	77,8	232	80,9	50	17,4	5	1,7
Maconha	97	26,3	78	80,4	17	17,5	2	2,1
Cocaína	72	19,5	55	76,4	16	22,2	1	1,4
Crack	124	33,6	94	75,8	28	22,6	2	1,6

*Categorias não são mutuamente exclusivas

Fonte: Da Autora (2018).

Os adultos foram agrupados com idade até 60 anos e os idosos a partir dos 61 anos. Verificou-se que a droga mais consumida pelos usuários dos CAPSad em relação a faixa etária foi o álcool, sendo que 77,4% dos usuários adultos fizeram uso do álcool e 83,8% dos idosos (Tabela 6).

Tabela 6 - Perfil do uso de drogas no último mês no momento do acolhimento nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016, conforme a faixa etária adulto ou idoso (n = 360).

Tipos de Drogas* – Uso no mês	Faixa etária (n=360)			
	Adulto (n=323 – 87,5%)		Idoso (n=37 – 10,0%)	
	n	%	n	%
Tabaco	145	44,9	14	37,8
Álcool	250	77,4	31	83,8
Maconha	93	28,8	2	5,4
Cocaína	68	21,1	1	2,7
Crack	122	37,8	0	0,0

*Categorias não são mutuamente exclusivas, não informado n=9 (2,4%).

Fonte: Da Autora (2018).

A Tabela 7 apresenta a distribuição de tipos de drogas em relação ao estado civil dos usuários, considerando se a pessoa tem ou não um companheiro(a). No grupo com companheiro(a) foram incluídas as pessoas que declararam serem casadas ou com união estável, no grupo dos sem companheiro(a) estão os declarados solteiros, viúvos ou divorciados. Verificou-se que a droga mais consumida pelos usuários dos CAPSad que possuem

companheiro(a) foi o álcool (42,9%) e a droga mais consumida pelos usuários que não possuem companheiro(a) foi a cocaína (71,0%).

Tabela 7 - Perfil do uso de drogas no último mês no momento do acolhimento nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016, conforme o estado civil (n = 369).

Tipos de Drogas – Uso no mês	Possui companheiro(a) (n=341)			
	Sim (n=137 – 37,1%)		Não (n=204 – 55,3%)	
	n	%	n	%
Tabaco	53	35,3	97	64,7
Álcool	114	42,9	152	57,1
Maconha	29	31,9	62	68,1
Cocaína	20	29,0	49	71,0
Crack	41	36,0	73	64,0

*Categorias não são mutuamente exclusivas, não informado n=28 (7,6%).

Fonte: Da Autora (2018).

Verificou-se que a droga mais consumida pelos usuários dos CAPSad que possuem ocupação foi o álcool (44,7%) e a droga mais consumida pelos usuários que não possuem ocupação foi o crack (64,0%), conforme visualizado na tabela 8.

Tabela 8 - Perfil do uso de drogas no último mês no momento do acolhimento nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016, conforme a situação de trabalho (n = 369).

Tipos de Drogas* – Uso no mês	Possui ocupação (n=259)			
	Sim (n=118 – 32,0%)		Não (n=141 – 38,2%)	
	n	%	n	%
Tabaco	55	44,0	70	56,0
Álcool	95	45,7	113	54,3
Maconha	27	38,0	44	62,0
Cocaína	22	44,9	27	55,1
Crack	31	36,0	55	64,0

*Categorias não são mutuamente exclusivas, não informado n=110 (29,8%).

Fonte: Da Autora (2018).

4.2 PERFIL DOS PROFISSIONAIS DOS CAPSAD

O CAPSad de Uberaba é que teve a maior participação considerando o próprio CAPS (75%) e proporcionalmente em relação aos demais serviços (42,8%), conforme apresenta a Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo local de atuação nos CAPSad da região do Triângulo Mineiro.

CAPSad	Total de Profissionais	Participantes da Pesquisa	% em relação ao CAPS	% geral
CAPSad-Ura	24	18	75,0	42.8
CAPSad UFU	21	11	52,3	26.2
CAPSad-Udia	21	13	61,0	31.0
Total	66	42	-	100

Fonte: Da Autora (2018).

Verificou-se maior percentual de profissionais do sexo feminino (81,0%), na faixa etária de 40 a 49 anos (31,0%), com pós-graduação *latu senso* (35,7%), seguido de ensino superior completo (26,2%). A maioria dos profissionais participantes são psicólogos (35,7%) (Tabela 10).

Tabela 10 - Perfil sociodemográfico e formação dos profissionais que atuam nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016 (n = 42).

Variáveis/Categorias	Distribuição	
	n	%
Sexo		
Masculino	8	19,0
Feminino	34	81,0
Idade (em anos)		
De 20 a 29 anos	6	14,2
De 30 a 39 anos	8	19,0
De 40 a 49 anos	13	30,9
De 50 a 59 anos	10	24,0
De 60 a 69 anos	1	2,4
Não Informado	4	9,5
Escolaridade		
Ensino fundamental I incompleto	1	2,4
Ensino fundametal II completo	1	2,4
Ensino médio incompleto	3	7,1
Ensino médio completo	6	14,2
Ensino superior incompleto	2	4,8
Ensino superior completo	11	26,2
Pós graduação <i>latu senso</i>	15	35,8

Tabela 10 - Perfil sociodemográfico e formação dos profissionais que atuam nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016 (n = 42).

Variáveis/Categorias	Distribuição	
	n	%
Mestrado	3	7,1
Profissão		
Assistente social	4	9,5
Auxiliar de enfermagem	1	2,4
Enfermeiro	4	9,5
Farmacêutico	1	2,4
Médico	2	4,7
Psicólogo	15	35,7
Técnico de enfermagem	4	9,5
Técnico administrativo	3	7,1
Auxiliar de Limpeza	2	4,7
Vigilante patrimonial	2	4,7
Não informado	4	9,8

Fonte: Da Autora (2018).

A maior parte dos profissionais atuam na área de álcool e outras drogas entre 2 a 5 anos (38,1%), seguido de menos de 1 ano de atuação (21,4%). Em relação à formação acadêmica, a maioria a considera insuficiente para atuar no CAPSad (69,0%), foi declarado pela maior parte a realização de curso de capacitação há menos de 6 meses (31,0%), seguido de 1 ano (21,4%). Em relação às capacitações 52,4% responderam que são oferecidas pelo CAPSad e 78,6% relataram que sentem necessidade de capacitação para atuar na área de álcool e outras drogas (Tabela 11).

Tabela 11 - Perfil dos profissionais que atuam nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016 (n=42).

Variáveis/Categorias	Distribuição	
	n	%
Tempo de atuação com pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas		
Menos de 1 ano	9	21,4
1 a 2 anos	6	14,3
2 a 5 anos	16	38,1
5 a 8 anos	4	9,5
8 a 10 anos	2	4,8
10 a 15 anos	1	2,4
15 a 20 anos	1	2,4
Mais de 20 anos	1	2,4
Não informado	2	4,8

Tabela 11 - Perfil dos profissionais que atuam nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016 (n=42).

Variáveis/Categorias	Distribuição (continuação)	
	n	%
Tempo de atuação no CAPSad		
Menos de 1 ano	13	31,0
1 a 2 anos	7	16,7
2 a 5 anos	16	38,1
5 a 8 anos	2	4,8
8 a 10 anos	1	2,4
10 a 15 anos	1	2,4
15 a 20 anos	2	4,8
Considera que a formação acadêmica é suficiente para trabalhar no CAPSad		
Sim	11	26,2
Não	29	69,0
Não informado	2	4,8
Há quanto tempo realizou um curso de capacitação		
6 meses	13	31,0
1 ano	9	21,4
1 ano e 6 meses	2	4,8
2 anos	4	9,5
3 anos	2	4,9
Mais de 3 anos	6	14,3
Não informado	6	14,3
O CAPSad ofertou algum tipo de capacitação aos seus funcionários		
Sim	22	52,4
Não	16	38,1
Não informado	4	9,5
Necessidade de capacitação para atuar nessa área de álcool e drogas		
Sim	33	78,6
Não	5	11,9
Não Informado	4	9,5

Fonte: Da Autora (2018).

Considerando o tipo de atendimento realizado pelos profissionais nos CAPSad, as categorias apresentadas não são mutuamente exclusivas, pois foi solicitado ao profissional que assinalasse todas as atividades que realiza. O tipo de atendimento mais realizado foi o acolhimento (52,4%) e o atendimento individual (52,4%), seguido de atendimento em grupo (50,0%), oficina terapêutica (45,2%) e atendimento familiar (28,6%), conforme apresentado na Tabela 12.

Tabela 12 - Perfil dos profissionais que atuam nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016 (n = 42), de acordo com o tipo de atendimento realizado.

Tipo de atendimento	Distribuição	
	n	%
Acolhimento	22	52,4
Individual	22	52,4
Grupal	21	50,0
Oficina terapêutica	19	45,2
Famílias	12	28,6
Limpeza	3	7,1
Coordenação	1	2,4
Secretaria	1	2,4
Visita domiciliar	2	4,8

* Categorias não são mutuamente exclusivas.

Fonte: Da Autora (2018).

4.2.1 Prevalência de Transtornos Mentais Comuns

Os TMC foram investigados com a aplicação do Self Report Questionare (SRQ-20) e esse rastreamento identificou que 35,7% dos profissionais que participaram da pesquisa nos CAPSad apresentam algum tipo de TMC, enquanto 64,3% não apresentam.

Tabela 13 - Prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) nos profissionais que atuam nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro em 2016 (n = 42).

TMC	Distribuição	
	n	%
Sim	15	35,7
Não	27	64,3
Total	42	100

Fonte: Da Autora (2018).

4.2.2 Satisfação dos profissionais

A satisfação geral obteve escore médio de 3,47, a dimensão satisfação da equipe em relação à qualidade do serviço apresentou o maior escore médio (3,72) e a dimensão satisfação quanto à condição de trabalho apresentou o menor escore médio (3,18) (Tabela 6).

A consistência interna do SATIS-BR foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de alfa de Crombach. O coeficiente variou de 0,72 (Satisfação quanto ao relacionamento com a equipe) a 0,87 (Satisfação geral).

Tabela 14 - Escore de Satisfação dos profissionais em relação ao trabalho no CAPSad considerando os domínios do SATIS-BR (n=42).

Dimensões do SATIS-Br	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	Desvio Padrão	Alfa de Crombach's
Satisfação geral	3,47	3,46	4,65	2,55	0,47	0,87
Satisfação da equipe em relação à qualidade do serviço	3,72	3,63	4,80	2,67	0,49	0,81
Satisfação em relação à participação no serviço	3,41	3,50	5,00	2,67	0,75	0,84
Satisfação quanto à condição de trabalho	3,18	3,11	4,56	1,33	0,63	0,76
Satisfação quanto ao relacionamento da equipe no serviço	3,69	3,66	5,00	1,00	0,80	0,72

Fonte: Da Autora (2018).

As Tabelas 7, 8, 9 e 10 apresentam a distribuição e comparação dos escores do SATIS-BR para as variáveis sexo, formação acadêmica suficiente para trabalhar no CAPSad, capacitação oferecida pelo CAPSad e necessidade de capacitação referida pelos profissionais.

Em relação à satisfação geral os profissionais do sexo masculino apresentaram escore médio de 3,50 e do sexo feminino 3,47. Embora tenham ocorrido pequenas diferenças entre os escores médios ressalta-se que não houve diferença estaticamente significativa ($p < 0,05$) entre os domínios e as variáveis, conforme descrito na Tabela 15.

Tabela 15 - Escores dos domínios do SATIS-BR em relação ao sexo (n = 42).

Satisfação	Sexo						
	Feminino (n=34)			Masculino (n=8)			
	Media	Mediana	Desvio padrão	Media	Mediana	Desvio padrão	p*
Satisfação Geral	3,47	3,46	0,43	3,50	3,29	0,55	0,87
Em relação à qualidade do serviço	3,74	3,70	0,46	3,72	3,45	0,64	0,93
Em relação à participação no serviço	3,36	3,57	0,73	3,53	3,21	0,86	0,63
Quanto à condição de trabalho	3,19	3,22	0,63	3,16	2,88	0,69	0,94

Quanto ao relacionamento da equipe no serviço	3,64	3,66	0,78	3,79	3,83	0,92	0,72
---	------	------	------	------	------	------	------

* $p < 0,05$

Fonte: Da Autora (2018).

Em relação à satisfação geral, os profissionais que possuem formação acadêmica suficiente para trabalhar no CAPSad apresentaram escore médio de 3,42 e aqueles que não possuem formação acadêmica suficiente apresentaram escore médio de 3,48.

Embora tenham ocorrido pequenas diferenças entre os escores médios ressalta-se que não houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os domínios e as variáveis, conforme descrito na Tabela 16.

Tabela 16 - Escores dos domínios do SATIS-BR em relação à formação acadêmica suficiente para trabalhar no CAPSad (n = 42).

Satisfação	Formação acadêmica suficiente para trabalhar no CAPSad						
	Sim (n=11)			Não (n=29)			
	Media	Mediana	Desvio padrão	Media	Mediana	Desvio padrão	p*
Satisfação Geral	3,42	3,28	0,48	3,48	3,46	0,48	0,71
Em relação à qualidade do serviço	3,65	3,50	0,41	3,76	3,80	0,53	0,54
Em relação à participação no serviço	3,33	3,42	0,65	3,41	3,57	0,80	0,98
Quanto à condição de trabalho	3,14	2,83	0,67	3,19	3,11	0,64	0,71
Quanto ao relacionamento da equipe no serviço	3,43	3,50	0,64	3,74	3,66	0,86	0,38

* $p < 0,05$

Fonte: Da Autora (2018).

Em relação à satisfação geral, os profissionais cujo CAPSad ofereceu capacitação apresentaram escore médio de 3,49 e aqueles que não tiveram capacitação apresentaram escore médio de 3,50. Ressalta-se que não houve diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre os domínios e as variáveis, conforme descrito na Tabela 17.

Tabela 17 - Escores dos domínios do SATIS-BR em relação à capacitação oferecida pelo CAPSad (n = 42).

O CAPSad ofereceu capacitação							
Satisfação	Sim (n=22)			Não (n=16)			p*
	Média	Mediana	Desvio padrão	Média	Mediana	Desvio padrão	
Satisfação Geral	3,49	3,46	0,39	3,50	3,46	0,57	0,96
Em relação à qualidade do serviço	3,69	3,60	0,42	3,79	3,73	0,60	0,56
Em relação à participação no serviço	3,49	3,57	0,71	3,39	3,42	0,78	0,59
Quanto à condição de trabalho	3,21	3,11	0,52	3,21	3,22	0,76	0,91
Quanto ao relacionamento da equipe no serviço	3,82	4,00	0,76	3,54	3,66	0,90	0,24

* p<0,05

Fonte: Da Autora (2018).

Em relação à satisfação geral os profissionais que sentem necessidade de capacitação apresentaram escore médio de 3,49 e aqueles que não sentem essa necessidade apresentaram escore médio de 3,52. Ressalta-se que não houve diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre os domínios e as variáveis, de acordo com a Tabela 18.

Tabela 18 - Escores dos domínios do SATIS-BR em relação à necessidade de capacitação profissional (n = 42).

(continua)

Necessidade de capacitação							
Satisfação	Sim (n=33)			Não (n=05)			p*
	Média	Mediana	Desvio padrão	Média	Mediana	Desvio padrão	
Satisfação Geral	3,49	3,46	0,47	3,52	3,46	0,45	0,90
Em relação à qualidade do serviço	3,70	3,63	0,49	3,94	3,90	0,57	0,34
Em relação à participação no serviço	3,49	3,57	0,73	3,17	2,18	2,71	0,33
Quanto à condição de trabalho	3,19	3,11	0,65	3,31	3,00	0,54	0,68

Tabela 18 - Escores dos domínios do SATIS-BR em relação à necessidade de capacitação profissional (n = 42).

(continuação)

Satisfação	Necessidade de capacitação						
	Sim (n=33)			Não (n=05)			p*
	Média	Mediana	Desvio padrão	Média	Mediana	Desvio padrão	
Quanto ao relacionamento da equipe no serviço	3,76	4,00	0,84	3,33	3,66	0,66	0,26

* p<0,05

Fonte: Da Autora (2018).

A Tabela 19 apresenta a distribuição e comparação dos escores do SATIS-BR para a variável Transtorno Mental Comum (SRQ-20). Verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre os domínios e a variável.

Tabela 19 - Escores dos domínios do SATIS-BR em relação ao Transtorno Mental Comum aferido pelo SRQ-20 (n = 42).

SATIS BR	Possui Transtorno Mental Comum						
	Sim (n=15)			Não (n=27)			p*
	Media	Mediana	Desvio padrão	Media	Mediana	Desvio padrão	
Satisfação Geral	3,31	3,28	0,44	3,56	3,53	0,47	0,10
Em relação à qualidade do serviço	3,68	3,60	0,46	3,76	3,73	0,51	0,61
Em relação à participação no serviço	3,29	3,42	0,79	3,45	3,50	0,73	0,44
Quanto à condição de trabalho	2,99	3,00	0,55	3,30	3,27	0,66	0,14
Quanto ao relacionamento da equipe no serviço	3,37	3,66	1,01	3,84	3,66	0,60	0,53

* p<0,05

Fonte: Da Autora (2018).

4.2.3 Sobrecarga dos profissionais

A Tabela 20 apresenta a distribuição dos escores de sobrecarga dos profissionais (IMPACTO-BR). A sobrecarga geral dos profissionais obteve escore médio de 2,10. A dimensão sobrecarga sobre as repercussões emocionais apresentou o maior escore médio (2,33) e a dimensão sobrecarga na saúde física e mental apresentou o menor escore médio (1,94).

A consistência interna do IMPACTO-BR foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de *Crombach*. O coeficiente variou de 0,52 (Sobrecarga no funcionamento da equipe) a 0,91 (Sobrecarga geral).

Tabela 20 - Escore de sobrecarga dos profissionais em relação ao trabalho no CAPSad considerando os domínios do IMPACTO-BR (n=42).

Dimensões do IMPACTO-BR	Média	Mediana	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
Sobrecarga geral	2,10	2,08	0,78	0,91
Sobrecarga na saúde física e mental	1.94	1.90	0.88	0.65
Sobrecarga no funcionamento da equipe	2.22	2.16	0.84	0.52
Sobrecarga sobre as repercussões emocionais	2.33	2.40	0.80	0.60

Fonte: Da Autora (2018).

As Tabelas 21, 22, 23 e 24 apresentam a distribuição e comparação dos escores do IMPACTO-BR para as variáveis sexo, formação acadêmica suficiente para trabalhar no CAPSad, capacitação oferecida pelo CAPSad e necessidade de capacitação.

Na análise comparativa verificou-se que o escore médio da sobrecarga geral no sexo feminino foi de 1,98 e no masculino de 2,11. A diferença entre os escores médios dos domínios com a variável sexo foi pequena, não houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), conforme descrito na Tabela 21.

Tabela 21 - Escores dos domínios do IMPACTO-BR em relação ao sexo (n = 42).

IMPACTO BR	Sexo						
	Feminino (n=34)			Masculino (n=8)			p*
	Media	Mediana	Desvio padrão	Media	Mediana	Desvio padrão	
Sobrecarga geral	1,98	1,77	0,76	2,11	2,05	0,79	0,96
Sobrecarga na saúde física e mental	2,00	2,00	0,92	1,67	1,70	0,63	0,34
Sobrecarga no funcionamento da equipe	2,19	2,16	0,87	2,35	2,25	0,75	0,63
Sobrecarga sobre as repercussões emocionais	2,33	2,40	0,79	2,35	2,20	0,91	0,95

* $p < 0,05$

Fonte: Da Autora (2018).

Os profissionais que consideram sua formação acadêmica insuficiente para atuar no CAPSad apresentaram escore médio de sobrecarga geral de 1,74 e aqueles que possuem

formação suficiente apresentaram escore médio de 2,10. Ressalta-se que não houve diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre os domínios e as variáveis, conforme descrito na Tabela 22.

Tabela 22 - Escores dos domínios do IMPACTO-BR em relação à formação acadêmica suficiente para trabalhar no CAPSad (n = 42).

IMPACTO BR	Formação acadêmica suficiente para trabalhar no CAPSad						
	Sim (n=11)			Não (n=29)			p*
	Media	Mediana	Desvio padrão	Media	Mediana	Desvio padrão	
Sobrecarga geral	1,74	1,47	0,64	2,10	2,05	0,79	0,29
Sobrecarga na saúde física e mental	1,63	1,00	0,81	1,98	2,00	0,86	0,21
Sobrecarga no funcionamento da equipe	2,07	1,66	0,80	2,25	2,16	0,88	0,56
Sobrecarga sobre as repercussões emocionais	2,09	1,80	0,80	2,40	2,40	0,82	0,29

* $p < 0,05$

Fonte: Da Autora (2018).

Os profissionais que receberam capacitação do próprio serviço apresentaram escores médios de sobrecarga geral de 2,20 e aqueles que não tiveram capacitação obtiveram escore médio de sobrecarga geral de 1,73. Porém, ressalta-se que não houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os domínios e as variáveis.

Tabela 23 - Escores dos domínios do IMPACTO-BR em relação à capacitação oferecida pelo CAPSad (n = 42).

IMPACTO BR	O CAPSad ofereceu capacitação						
	Sim (n=22)			Não (n=16)			p*
	Media	Mediana	Desvio padrão	Media	Mediana	Desvio padrão	
Sobrecarga geral	2,20	2,13	0,76	1,73	1,50	0,70	0,10
Sobrecarga na saúde física e mental	2,01	2,00	0,88	1,61	1,30	0,76	0,19
Sobrecarga no funcionamento da equipe	2,36	2,33	0,75	1,80	1,75	0,73	0,28
Sobrecarga sobre as repercussões emocionais	2,39	2,40	0,78	2,15	2,00	0,86	0,36

* $p < 0,05$

Fonte: Da Autora (2018).

Os profissionais que relataram sentir necessidade de capacitação profissional apresentaram escore médio na sobrecarga geral de 2,01 e os que não sentem necessidade de capacitação apresentaram escore médio de sobrecarga geral de 1,98. Não houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os domínios e as variáveis conforme a tabela 24.

Tabela 24 - Escores dos domínios do IMPACTO-BR em relação à necessidade de capacitação profissional (n = 42).

IMPACTO BR	Necessidade de capacitação						
	Sim (n=33)			Não (n=05)			p*
	Media	Mediana	Desvio padrão	Media	Mediana	Desvio padrão	
Sobrecarga geral	2,01	2,00	0,73	1,98	1,77	1,05	0,90
Sobrecarga na saúde física e mental	1,87	1,80	0,87	1,68	1,60	0,71	0,64
Sobrecarga no funcionamento da equipe	2,12	2,00	0,76	2,16	2,16	1,03	0,90
Sobrecarga sobre as repercussões emocionais	2,31	2,40	0,73	2,16	1,80	1,32	0,70

* $p < 0,05$

Fonte: Da Autora (2018).

A Tabela 25 apresenta a distribuição e comparação dos escores do IMPACTO-BR em relação a variável TMC. Os profissionais que possuem TMC apresentaram maior escore médio no domínio sobrecarga no funcionamento da equipe, já aqueles que não possuem TMC apresentaram maior escore médio no domínio sobrecarga sobre as repercussões emocionais.

Tabela 25 - Escores dos domínios do IMPACTO-BR em relação ao TMC (n = 42).

IMPACTO BR	Possui Transtorno Mental Comum						
	Sim (n=15)			Não (n=27)			p*
	Média	Mediana	Desvio padrão	Média	Mediana	Desvio padrão	
Sobrecarga geral	2,68	2,72	0,80	1,78	1,70	0,57	<0,001
Sobrecarga na saúde física e mental	2,59	2,75	0,87	1,57	1,40	0,65	<0,001
Sobrecarga no funcionamento da equipe	2,84	3,00	0,88	1,88	1,83	0,60	<0,001
Sobrecarga sobre as repercussões emocionais	2,76	2,80	0,83	2,09	2,00	0,69	<0,001

* $p < 0,05$

Fonte: Da Autora (2018).

A Tabela 26 apresenta a correlação entre os fatores do SATIS-BR e os domínios do IMPACTO-BR com as variáveis idade, escolaridade, tempo de trabalho no CAPSad e tempo que realizou capacitação profissional. Houve correlação média para o domínio grau de sobrecarga referente aos efeitos ressentidos pela equipe na sua saúde física e mental na variável tempo de trabalho com pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas. Para os demais domínios não se observou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabela 26 - Teste de normalidade em relação à satisfação e impacto do trabalho considerando a idade, escolaridade, tempo de trabalho com pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas, tempo de trabalho no CAPSad e tempo que realizou capacitação profissional (n = 42).

	SATIS BR								IMPACTO BR					
	Fator 1		Fator 2		Fator 3		Fator 4		Fator 1		Fator 2		Fator 3	
	r*	p**	r*	p**	r*	p**	r*	p**	r*	p**	r*	p**	r*	p**
Idade	-0,14	0,38	-0,18	0,25	0,04	0,78	-0,02	0,87	0,20	0,19	0,12	0,41	0,11	0,46
Escolaridade	0,05	0,72	0,04	0,77	-0,26	0,93	-0,72	0,65	-0,10	0,49	-0,18	0,25	-0,01	0,94
Tempo de trabalho ad	-0,09	0,57	-0,23	0,14	-0,13	0,41	-0,24	0,12	0,35	0,02	0,18	0,25	0,03	0,84
Tempo trabalho CAPSad	-0,17	0,26	-0,20	0,19	-0,24	0,12	-0,22	0,15	0,19	0,21	0,10	0,50	0,03	0,82
Tempo que realizou capacitação profissional	0,06	0,69	-0,23	0,17	0,05	0,73	-0,03	0,85	0,03	0,85	0,03	0,82	0,12	0,47

*Coeficiente de correlação de Pearson; ** $p < 0,05$

Fonte: Da Autora (2018).

A Tabela 27 apresenta o modelo de regressão linear multivariada para os escores de satisfação geral e impacto geral entre os profissionais participantes da pesquisa para as variáveis sexo, tempo de atuação no CAPSad e TMC.

Houve associação entre sobrecarga geral de trabalho e maiores escores de TMC.

Tabela 27 - Teste de regressão em relação a Satisfação geral e ao Impacto geral (n = 42).

Preditores	Satisfação geral		Impacto geral	
	β^*	p**	β^*	p**
Sexo	0,05	0,75	-0,14	0,30
Tempo de atuação no CAPSad	-0,22	0,15	0,006	0,96
Transtornos Mentais Comuns	-0,22	0,16	0,582	<0,001

*Coeficiente de regressão; ** $p < 0,05$

Fonte: Da Autora (2018).

4.2.4 Qualidade de vida dos profissionais

A qualidade de vida dos profissionais foi verificada com a aplicação da escala do WHOQOL-BREF e a Tabela 28 apresenta a distribuição dos escores. A dimensão física apresentou o maior escore médio (75,59) e a dimensão meio-ambiente apresentou o menor escore médio (62,56).

A consistência interna do WHOQOL-BREF foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de Crombach. O coeficiente variou de 0,67 (Relações sociais) a 0,82 (Meio-Ambiente).

Tabela 28 - Escore de Qualidade de Vida dos profissionais em relação ao trabalho no CAPSad (n=42).

Dimensões do WHOQOL-BREF	Média	Mediana	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
Físico	75,59	75,00	15,50	0,80
Psicológico	68,31	70,83	13,82	0,74
Relações sociais	72,35	75,00	16,07	0,67
Meio-Ambiente	62,56	62,50	16,39	0,82

Fonte: Da Autora (2018).

As Tabelas 29, 30, 31 e 32 apresentam a distribuição e comparação dos escores do WHOQOL-BREF para as variáveis sexo, formação acadêmica suficiente para trabalhar no CAPSad, capacitação oferecida pelo CAPSad e necessidade de capacitação.

Na análise comparativa verificou-se que os profissionais do sexo feminino apresentaram menor escore médio (69,94) de qualidade de vida no domínio físico do que os profissionais do sexo masculino (83,48). Não houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os demais domínios e as variáveis conforme a tabela 29.

Tabela 29 - Escores dos domínios do WHOQOL-BREF em relação ao sexo (n = 42).

WHOQOL-BREF	Sexo						
	Feminino (n=34)			Masculino (n=8)			p*
	Media	Mediana	Desvio padrão	Media	Mediana	Desvio padrão	
Domínio Físico	69,94	71,42	1,49	83,48	82,14	1,34	0,02
Domínio Psicológico	67,95	70,83	1,47	69,79	72,91	9,38	0,74
Domínio Social	71,76	75,00	1,67	73,95	75,00	1,36	0,75
Domínio Ambiental	62,20	62,50	1,65	64,06	64,06	1,69	0,77

* $p < 0,05$

Fonte: Da Autora (2018).

A tabela 30 apresenta os profissionais que consideram sua formação acadêmica suficiente para atuar no CAPSad, ressalta-se que não houve diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre os domínios do WHOQOL-BREF e a variável sua formação acadêmica suficiente para atuar no CAPSad.

Tabela 30 - Escores dos domínios do WHOQOL-BREF em relação à formação acadêmica suficiente para trabalhar no CAPSad (n = 42).

WHOQOL-BREF	Formação acadêmica suficiente para trabalhar no CAPS ad						
	Sim (n=11)			Não (n=29)			p*
	Media	Mediana	Desvio padrão	Media	Mediana	Desvio padrão	
Domínio Físico	79,28	80,35	1,41	71,18	71,42	1,57	1,60
Domínio Psicológico	76,25	77,08	9,43	66,52	70,83	1,43	0,54
Domínio Social	75,00	75,00	1,30	72,12	75,00	1,74	0,63
Domínio Ambiental	70,00	73,43	1,22	61,08	62,50	1,71	0,13

* $p < 0,05$

Fonte: Da Autora (2018).

Na tabela 31 verificou-se que embora os escores médios dos domínios entre quem recebeu capacitação ofertada pelo CAPSad e quem não recebeu apresentem uma diferença pequena, os escores não possuem diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$).

Tabela 31 - Escores dos domínios do WHOQOL-BREF em relação à capacitação oferecida pelo CAPSad (n = 42).

WHOQOL-BREF	O CAPSad ofereceu capacitação						
	Sim (n=22)			Não (n=16)			p*
	Media	Mediana	Desvio padrão	Media	Mediana	Desvio padrão	
Domínio Físico	75,85	78,87	1,56	73,43	71,42	1,27	0,61
Domínio Psicológico	68,65	75,00	1,50	70,83	72,91	1,15	0,63
Domínio Social	75,79	75,00	1,39	71,87	75,00	1,57	0,42
Domínio Ambiental	66,00	65,62	1,55	63,53	59,82	1,51	0,63

* $p < 0,05$

Fonte: Da Autora (2018).

Verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os domínios de qualidade de vida em relação a variável necessidade de capacitação, conforme verificado na tabela 32.

Tabela 32 - Escores dos domínios do WHOQOL-BREF em relação à necessidade de capacitação profissional (n = 42).

WHOQOL-BREF	Necessidade de capacitação						
	Sim (n=33)			Não (n=05)			p*
	Media	Mediana	Desvio padrão	Media	Mediana	Desvio padrão	
Domínio Físico	74,77	75,00	1,49	75,00	78,57	1,04	0,97
Domínio Psicológico	69,79	75,00	1,39	68,33	70,83	1,20	0,82
Domínio Social	73,95	75,00	1,50	75,00	75,00	1,31	0,88
Domínio Ambiental	66,36	65,62	1,49	55,80	57,14	1,50	0,15

* p<0,05

Fonte: Da Autora (2018).

A Tabela 33 apresenta a distribuição e comparação dos escores do WHOQOL-BREF em relação a variável TMC. Os profissionais que possuem TMC apresentaram menor escore médio nos domínios físico e psicológico.

Tabela 33 - Escores dos domínios do WHOQOL-BREF em relação ao TMC aferido pelo SRQ-20 (n = 42).

WHOQOL-BREF	Possui Transtorno Mental Comum						
	Sim (n=15)			Não (n=27)			p*
	Media	Mediana	Desvio padrão	Media	Mediana	Desvio padrão	
Domínio Físico	65,31	60,71	1,91	76,78	76,78	1,13	0,02
Domínio Psicológico	60,88	66,66	1,61	72,59	75,00	1,03	<0,001
Domínio Social	71,66	75,00	1,83	72,75	75,00	1,50	0,83
Domínio Ambiental	58,03	62,50	2,04	65,17	62,50	1,32	0,18

* p<0,05

Fonte: Da Autora (2018).

A Tabela 34 apresenta a correlação dos domínios do WHOQOL-BREF com as variáveis idade, escolaridade, tempo de trabalho no CAPSad e tempo que realizou capacitação profissional. Houve correlação média para o domínio psicológico com a variável escolaridade (p<0,03).

Tabela 34 - Teste de normalidade em relação à qualidade de vida considerando a idade, escolaridade, tempo de trabalho com pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas, tempo de trabalho no CAPSad e tempo que realizou capacitação profissional (n = 42).

	WHOQOL-BREF							
	Físico		Psicológico		Relações sociais		Meio-ambiente	
	r*	p**	r*	p**	r*	p**	r*	p**
Idade	-0,13	0,40	-0,18	0,25	0,07	0,64	-0,05	0,72
Escolaridade	0,18	0,23	0,32	0,03	-0,07	0,63	0,29	0,06

Tempo de trabalho com pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas	-0,04 0,79	0,03 0,82	-0,04 0,76	0,02 0,86
Tempo trabalho CAPSad	0,11 0,49	0,14 0,37	-0,07 0,65	0,09 0,55
Tempo que realizou capacitação profissional	-0,20 0,24	-0,04 0,79	0,14 0,41	-0,19 0,27

*Coeficiente de correlação de Pearson; ** p<0,05

Fonte: Da Autora (2018).

A Tabela 35 apresenta a correlação dos domínios do WHOQOL-BREF com os fatores da SATIS-BR. Observou-se correlação média para os domínios físico, psicológico, social e ambiental com a satisfação em relação à participação no serviço. Houve correlação média para os domínios psicológico e social com a satisfação quanto à condição de trabalho (p<0,05).

Tabela 35 - Teste de normalidade em relação à qualidade de vida considerando os domínios do SATIS-BR (n = 42).

	WHOQOL-BREF							
	Físico		Psicológico		Relações sociais		Meio-ambiente	
	r*	p**	r*	p**	r*	p**	r*	p**
Satisfação da equipe em relação à qualidade do serviço	0,07	0,63	0,16	0,29	0,14	0,36	0,06	0,70
Satisfação em relação à participação no serviço	0,30	0,05	0,30	0,04	0,36	0,02	0,38	0,01
Satisfação quanto à condição de trabalho	0,23	0,13	0,35	0,02	0,42	<0,001	0,14	0,37
Satisfação quanto ao relacionamento da equipe no serviço	0,00	0,98	-0,00	0,97	0,12	0,42	0,06	0,70

*Coeficiente de correlação de Pearson; ** p<0,05

Fonte: Da Autora (2018).

A Tabela 36 apresenta a correlação dos domínios do WHOQOL-BREF com os fatores do IMPACTO-BR. Houve correlação forte e inversa para os domínios físico, psicológico e ambiental com a sobrecarga geral, sobrecarga na saúde física e mental, sobrecarga no funcionamento da equipe e sobrecarga sobre as repercussões emocionais (p<0,001). E correlação inversa e moderada para o domínio social com a sobrecarga geral, sobrecarga na saúde física e mental e sobrecarga no funcionamento da equipe (p<0,001).

Tabela 36 - Teste de normalidade em relação à qualidade de vida considerando os domínios do IMPACTO-BR (n = 42).

	WHOQOL-BREF							
	Físico		Psicológico		Relações sociais		Meio-ambiente	
	r*	p**	r*	p**	r*	p**	r*	p**
Sobrecarga geral	-0,66	<0,001	-0,73	<0,001	-0,35	0,02	-0,63	<0,001
Sobrecarga na saúde física e mental	-0,66	<0,001	-0,70	<0,001	-0,34	0,02	-0,56	<0,001
Sobrecarga no funcionamento da equipe	-0,65	<0,001	-0,72	<0,001	-0,34	0,02	-0,62	<0,001
Sobrecarga sobre as repercussões emocionais	-0,56	<0,001	-0,60	<0,001	-0,26	0,09	-0,53	<0,001

*Coeficiente de correlação de Pearson; ** p<0,05

Fonte: Da Autora (2018).

A Tabela 37 apresenta o modelo de regressão linear multivariada para os escores de qualidade de vida dos domínios do WHOQOL-BREF entre os profissionais participantes da pesquisa para as variáveis satisfação quanto à condição de trabalho, sobrecarga geral e TMC. Houve associação entre sobrecarga geral de trabalho e menores escores nos domínios físico, psicológico e ambiental. E a variável satisfação quanto à condição de trabalho esteve associada com elevados escores de qualidade de vida do domínio social.

Tabela 37 - Teste de regressão em relação aos domínios do WHOQOL-BREF (n = 42).

Preditores	Domínios WHOQOL-BREF							
	Físico		Psicológico		Social		Ambiental	
	β^*	p**	β^*	p**	β^*	p**	β^*	p**
Satisfação quanto à condição de trabalho	-0,04	0,71	0,06	0,61	0,33	0,03	-0,14	0,29
Sobrecarga geral	-0,69	<0,001	-0,70	<0,001	-0,34	0,06	-0,79	<0,001
Transtornos mentais comuns	0,00	0,95	-0,01	0,92	0,23	0,17	0,19	0,19

*Coeficiente de regressão; **p<0,05

Fonte: Da Autora (2018).

5 DISCUSSÃO

5.1 PERFIL DOS USUÁRIOS DOS CAPSAD

Os usuários que estavam em tratamento nos CAPSAd da Região do Triângulo Mineiro, participantes deste estudo, são predominantemente do sexo masculino, assim como revelado por outras investigações que avaliaram o perfil das populações atendidas nos CAPSAd em diversos municípios e regiões do país (ALMEIDA et al., 2014; CARVALHO; SILVA; RODRIGUES, 2010; CONSTANTINO; BATISTA, 2012; FARIA; SCHNEIDER, 2009; MARINI, 2011; PELISOLI; MOREIRA, 2005, 2007; PEREIRA et al., 2012).

Este estudo verificou que as drogas mais consumidas no momento do acolhimento pelos homens foi o tabaco, muito próximo do álcool, porém o que se destaca é que as mulheres que buscaram atendimento nos CAPSAd apresentam o uso do crack e da cocaína.

Em relação a faixa etária, estado civil e situação de trabalho, houve similaridade com outros estudos ao comparar os dados apreendidos neste estudo (CARVALHO; SILVA; RODRIGUES, 2010; CONSTANTINO; BATISTA, 2012; FREITAS; SOUZA, 2010; FREITAS; SILVA; ARAÚJO, 2012; HORTA et al., 2011; JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012; PELISOLI; MOREIRA, 2005, 2007).

O estudo de Faria e Schneider (2009) apresentou as faixas etárias por segmentos, sendo que, os usuários com mais de 34 anos eram a maioria em atendimento no serviço, esse dado corrobora com Freitas et al. (2012) que apresentaram maiores taxas a partir de 31 anos. Monteiro (2011) define a faixa etária entre 19 e 59 anos (87,7%) como prevalente. Os estudos que demonstraram essa variável, a partir da média de idade dos usuários, obtiveram 35,2 anos e 41,9 anos (CARVALHO; SILVA; RODRIGUES, 2010; PEIXOTO et al., 2010).

Houve também a predominância de usuário dos CAPSAd do estudo que não possuíam companheiro ou companheira, dados também apresentados em outros estudos em CAPSAd (CONSTANTINO; BATISTA, 2012; MARINI, 2011; ROCHA et al., 2015). Em relação ao estado civil dos usuários dos CAPSAd e o tipo de droga que mais utilizam, verificou-se que a droga mais consumida pelas pessoas que possuem companheiro(a) foi o álcool e a droga mais consumida pelos usuários que não possuem companheiro(a) foi a cocaína.

No estudo realizado por Abreu et al. (2016) observou-se maior risco de consumo em relação ao uso de hipnóticos para as mulheres com uma média maior dentre as de estado civil viúvas, vindo ao encontro do resultado encontrado para os homens no que diz respeito ao estado civil, apontando maior risco de uso de substâncias para os solteiros, separados e viúvos,

evidenciando dessa forma uma maior proteção para os casados, isto é, os que residem com famílias. A proporção em que o indivíduo se estabelece sozinho, isto é, sem um parceiro e/ou família, pode aumentar a maior oportunidade do uso de substâncias psicoativas, reforçando o fator protetor da família, em relação ao uso de álcool e outras drogas.

Pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas têm maiores possibilidades de passarem por abandonos conjugais e separações. O isolamento social e a perda de vínculos familiares prejudicam a busca e a adesão ao tratamento, já aqueles que ainda possuem vínculo familiar, principalmente filhos, têm maiores chances de iniciarem o tratamento e terem sucesso (ALMEIDA; LUIS, 2017).

Segundo Almeida e Luis (2017), as famílias que frequentavam o CAPSad muitas vezes não acreditavam na recuperação do usuário. Solicitavam estratégias imediatistas e internações em comunidades comunitárias ou hospitais psiquiátricos, como forma de descanso para a família. Uma das alternativas para incluir a família no tratamento do usuário seria por meio de reuniões, festividades e visitas domiciliares, ressignificando, assim, a figura do usuário perante os familiares.

O contexto familiar é um aspecto importante que deve ser considerado na abordagem do uso de substâncias psicoativas, as relações familiares podem funcionar como um fator de proteção ou de risco para o comportamento de consumir drogas (SCHENKER; MINAYO, 2005).

A família é um fator de proteção ao uso abusivo de drogas quando oferece ambiente doméstico harmônico, estável e seguro, com regras claras de conduta e envolvimento dos pais na vida dos filhos. Porém, pode ser considerada um risco quando o ambiente doméstico é desordenado, há consumo ou atitudes favoráveis em relação ao uso de drogas, pais que não proporcionam suporte e apoio social, ausência de monitoramento e expectativas altas e irrealistas entre os membros (RIBEIRO; DUALIBI, 2010).

Considerando que a estrutura familiar pode ter vários tipos de arranjo, essas diferentes famílias variam das combinações tradicionais, como o modelo nuclear, que está relacionado à consanguinidade e parentesco, até as mais complexas existentes na contemporaneidade. Logo, a consanguinidade deixa de ser o elemento principal para a definição de família. Nessa linha, termos como parentesco, coabitação e afinidade passam a integrar o conceito de família. É importante ressaltar que a forma como a família se estrutura não define o seu padrão de funcionamento, ou seja, famílias recasadas, monoparentais ou monoafetivas não possuem um funcionamento típico devido a sua composição (WAGNER; TRONCO; ARMANI, 2011).

Em relação à escolaridade, os estudos de Carvalho et al. (2010) demonstraram que 27,6% dos usuários não possuíam nenhum ano de escolaridade, 42,6% tinham de quatro a sete anos de estudo e 17% de oito a onze anos. Horta et al. (2011) concluíram que 56,8% dos usuários participantes do estudo tinham até oito anos de escolaridade e 43,1% tinham mais de nove anos de estudo. Outros dados são: 71,0% possuíam o ensino fundamental completo, 16,1% ensino médio e 9,7% eram analfabetos (FREITAS; SILVA; ARAÚJO, 2012); 40,0% ensino fundamental, 11,5% ensino médio, 7,0% analfabetos e 5,7% ensino superior completo (MONTEIRO et al., 2011); 85,7% ensino fundamental incompleto e 14,3% ensino fundamental completo (ARAÚJO et al., 2012). Esses dados vão ao encontro do que foi apreendido nesta pesquisa.

A baixa escolaridade da população investigada corrobora com a literatura que sugere a relação entre a evasão escolar e o uso de drogas, esta relação pode ter ocorrido não somente pelo uso de drogas, mas pelas consequências que o uso das mesmas acarreta aos indivíduos, tais como dificuldades cognitivas e gerais de saúde (HESS; ALMEIDA; MORAES, 2012).

Em relação a situação de trabalho, a predominância de desemprego é a realidade de muitos estudos sobre o perfil dessa população (JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012). Neste estudo, a taxa de desemprego foi de 34,7% muito próximo do apreendido no estudo realizado por (MONTEIRO et al., 2011), com taxa de 35,70%. Em outros estudos que apresentaram a variável ocupação, houve predominância dos usuários que não possuíam nenhum tipo de ocupação e as porcentagens variaram de 51,5% a 87,3% (ALMEIDA et al., 2014; ARAÚJO et al., 2012; HORTA et al., 2011; MONTEIRO et al., 2011; PEIXOTO et al., 2010).

Apesar do desemprego ser uma questão de ordem estrutural e conjuntural, na realidade da população estudada torna-se mais significativa, visto que estes representam um segmento vulnerável e marginalizado dentro do conjunto dos socialmente excluídos (CONSTANTINO; BATISTA, 2012).

Quando considerado o tipo de droga e se a pessoa tem ou não ocupação, o consumo de álcool foi mais significativo entre os usuários que tinham ocupação e o uso do crack entre as pessoas que não tinham ocupação. Foram considerados com ocupação os usuários que declararam atividades laborativas com carteira assinada, cooperativa ou autônomos e os sem ocupação os que declararam desemprego ou aposentadoria.

O uso habitual, abusivo e constante das drogas prejudica as relações sociais, familiares e de trabalho do indivíduo, afetando sua qualidade de vida e sua condição financeira. Tal situação causa uma condição de desorganização da vida, levando ao absenteísmo, as dificuldades em cumprir as tarefas, a perda do emprego, ao descompromisso financeiro, a

subvalorização da autoimagem e a manutenção de sentimentos negativos pelas perdas econômicas (NIMTZ et al., 2016).

5.1.1 Formas de encaminhamento - O lugar do CAPSad na RAPS

A maioria dos usuários está em tratamento no CAPSad de 1 a 5 anos, o maior percentual dos usuários chegou ao CAPSad por meio de encaminhamento de outros serviços, principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), seguido de busca espontânea (43,7%).

Outros estudos também verificaram a demanda pelo atendimento do CAPSad com prevalência dos encaminhamentos profissionais ou de outros serviços de saúde (CONSTANTINO; BATISTA, 2012; PELISOLI; MOREIRA, 2007). A variável demanda pelo atendimento reforça a hipótese, de que a atenção integral à saúde das pessoas que fazem uso nocivo de álcool e outras drogas está sendo constituída e articulada em rede, um dos principais pressupostos da RAPS. Ao verificar que mais usuários estão sendo encaminhados pela rede pública, supõe-se que cada unidade esteja mais integrada ao CAPSad, efetivando o funcionamento do sistema de referência e contra referência.

Entretanto, é importante ressaltar que o processo de implementação da atual política brasileira sobre drogas, ocorre em um panorama político, com a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Drogas (PAIUAD) do Ministério da Saúde o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC). Apesar de suas particularidades, a PNAD, a PAIUAD e o PIEC compartilham do objetivo de implantar e fortalecer redes assistenciais as pessoas que tem problemas decorrentes do consumo de drogas. A PAIUAD propaga que os CAPSad serão os articuladores dessa rede, responsáveis pela assistência direta das ações do SUS e também do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), atuando em conjunto, principalmente, com a Atenção Primária à Saúde (APS) através das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os Centros de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) (COSTA et al., 2015).

Essa rede está relacionada diretamente com a RAPS, que visa a articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas no SUS. Assim, a rede assistencial sobre drogas, tem seu embasamento na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e com a RAPS, articulando a atenção a usuários de drogas com a atenção à saúde e em saúde mental, a partir dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (COSTA et al., 2015).

Os CAPSad representam, portanto, o serviço organizador da rede e um grande avanço ao direcionar o tratamento dos usuários de drogas para a comunidade. Entretanto, embora essa pesquisa tenha verificado que os encaminhamentos de outros serviços ao CAPSad tenham sido significativos, ainda há muita dificuldade para consolidação dos CAPSad como elemento aglutinador e organizador da rede de saúde mental e sobre drogas, no cenário nacional (COSTA et al., 2015).

A partir de 2002, houve uma importante expansão no número de CAPS em todo o país. Em 2015 chegou-se ao quantitativo de 1.135 CAPS I, 488 de CAPS II, 92 CAPS III, 210 CAPS i, 315 CAPSad e 88 CAPSad III, totalizando 2.328 serviços, 119 a mais que o último quantitativo divulgado pelo relatório Saúde Mental em Dados (BRASIL, 2015).

Os CAPSad estão localizados em maior número em cidades de médio porte populacional. Os estados do Acre, Tocantins e Roraima não contam com serviços do tipo CAPS i e CAPSad, sinalizando, assim, fragilidade na rede de atenção para públicos específicos: infanto-juvenil e usuários de álcool, crack e outras drogas. Os CAPSad III, por serem serviços mais recentes, encontram-se em menor número em relação aos demais. As estratégias de cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas foram ampliadas com o programa Crack, é Possível Vencer (MACEDO et al., 2017).

Apesar da expansão dos CAPSad no país, ainda é questionada a capacidade do CAPSad de atuar enquanto ordenador da rede. Em grande parte, este dispositivo encontra-se desarticulado de outros serviços fundamentais da RAS, RAPS e da própria rede assistencial sobre drogas, como: os serviços da APS, dispositivos socioassistenciais e comunitários e até outros CAPS e CAPSad. Sendo assim, o CAPSad ainda não consegue cumprir o objetivo de ser o centro articulador de toda a rede assistencial sobre drogas, uma vez que não tem conseguido realizar o matriciamento dessa rede. Há um comprometimento da continuidade do cuidado e da oferta assistencial nos níveis de complexidade do sistema de saúde, o que implica na dificuldade em estabelecer a integralidade (COSTA et al., 2015).

O objetivo da regionalização da RAPS no Brasil foi de tornar mais eficientes os recursos nos territórios de saúde e ampliar o acesso, além de melhorar a qualidade da atenção. Os sistemas universais de saúde têm priorizado ações de descentralização e regionalização da assistência, monitorados por instrumentos de planejamento e gestão de redes. Essa é uma tendência dos sistemas de saúde no mundo, a exemplo do que ocorre na Inglaterra, Alemanha, Itália, Espanha, EUA e Canadá. Apesar de acompanhar esse debate mais recentemente, o Brasil guarda particularidades que não podem ser ignoradas. Trata-se de sua dimensão territorial acompanhada de aspectos relacionados às questões de natureza histórico-estrutural, político-

institucional e conjuntural que, não são observados nos países citados. Esses fatores são complexos na realidade brasileira e dificultam a efetivação das redes de atenção em cada território, considerando as diferenças de escala, condições de saúde, oferta de serviços e cobertura, recursos humanos e financiamento, o que singulariza cada região de saúde tornando-a única no desenho que irá tomar no processo de regionalização (MACEDO et al., 2017).

Especificamente em relação a atenção à população com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, identificou-se 200 regiões de saúde (45,16%) que não contam com acesso ao CAPSad. Mesmo com os avanços, a atenção em saúde mental de forma regionalizada para públicos específicos continua como um dos pontos mais problemáticos do processo reformista brasileiro. Em contrapartida, registra-se no país o enorme crescimento das comunidades terapêuticas que pertencem ao setor privado, filantrópico ou a instituições religiosas, sem regulação nenhuma do estado e sem compromisso com as diretrizes da atenção psicossocial e com foco apenas na internação de longa permanência (PEREIRA, 2014).

5.1.2 Modalidades de tratamento no CAPSad e a internação hospitalar

Os resultados desta pesquisa evidenciaram também que a maioria dos usuários dos CAPSad, onde o estudo se desenvolveu, já esteve internado em hospitais ou clínicas por uso de substâncias psicoativas.

A partir da publicação da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Drogas (PAIUAD), O SUS assume o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de substâncias psicoativas, através de ações na atenção primária, garantia de acesso a medicamentos, de atenção na comunidade, educação em saúde para a população, envolvimento das comunidades/famílias/usuários, formação de recursos humanos, articulação com outros setores, monitoramento da saúde mental na comunidade, apoio à pesquisa e estabelecimento de programas específicos (BRASIL, 2003).

Para o cumprimento dessa política e a priorização da atenção integral à saúde em serviços abertos, os CAPSad são referência no tratamento, em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios de Reforma Psiquiátrica para dar suporte para pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Além disso, a rede apoia-se em leitos de internação quando há necessidade, priorizando a atenção comunitária (BRASIL, 2003). Apesar da política estabelecida, esse estudo verificou que a maioria dos usuários dos CAPSad já foi internado, com percentual maior (39,8%) que outro estudo que abordou essa variável (16,9%)

(PELISOLI; MOREIRA, 2007), porém compatível com o encontrado por Barbosa et al (2013) (36%).

Ainda sobre a PAIUAD, há uma ênfase na necessidade de fortalecer a rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, como um compromisso que deve ser firmado como modo de enfrentamento coletivo as situações ligadas a esse problema. Fortalecer o caráter de rede configura-se num caminho para a atenção integral às pessoas que têm problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, pois é a rede, em interação constante, quem cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reabilita e reconstrói existências, possibilitando efetivas alternativas de enfrentamento (BRASIL, 2003).

De acordo com Macedo et al. (2017), ao todo são 92 CAPS III em todo o país, concentrados nas capitais e municípios do interior com maior porte populacional (médio grande e grande porte), em função do parâmetro de implantação ser municípios acima de 150 mil habitantes, os CAPS III são serviços fundamentais para o avanço do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, considerando a tecnologia de cuidado contínuo 24 horas que oferecem, fundamental para o acompanhamento das situações de maior complexidade e atenção à crise no território, aprofundando as ações substitutivas ao manicômio. Apesar de sua importância, pelo menos sete estados da Federação não contam com CAPS III, são eles: Acre, Alagoas, Amapá, Distrito Federal, Mato Grosso, Rondônia e Tocantins, o que certamente fragiliza a atenção psicossocial em situações que requerem intervenções mais complexas no território.

Dos três CAPSad participantes da pesquisa, o de Uberaba é CAPSad III e o da secretaria municipal de saúde de Uberlândia também, porém no período em que o estudo ocorreu essa modalidade não estava em funcionamento devido o corte importante de funcionários que o serviço havia passado recentemente.

A carência dessa modalidade de CAPS fragiliza as ações de retaguarda e de garantia de cuidados contínuos e de gestão da crise no território de forma regionalizada. Trata-se, deste modo, de um ponto crítico para responder de forma substitutiva às necessidades de internação em hospitais psiquiátricos e demais instituições que cumprem essa função.

É exatamente a efetivação da articulação entre os agentes constituintes da rede que incita a responsabilização terapêutica em parceria, além de potencializar as práticas em um eixo que não fragmenta o cuidado, abrindo caminhos para a clínica ampliada (SCHNEIDER et al., 2013).

A clínica ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só para curar as doenças, mas possibilitando estratégias de transformação, de forma que a doença, mesmo sendo um fator limitante, não impeça de viver outras coisas em sua vida (BRASIL, 2007). A clínica ampliada, desta forma, visa à

singularidade dos sujeitos, busca a produção de saúde, reabilitação e ampliação da autonomia, através da construção de vínculos, integração da equipe multiprofissional, ampliação dos recursos de intervenção no processo saúde–doença e elaboração de projetos terapêuticos de acordo com a vulnerabilidade de cada caso.

Os CAPSad oferecem as seguintes modalidades de tratamento: intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Entende-se por tratamento intensivo a modalidade de atendimento direcionada as pessoas com grave sofrimento psíquico, que precisam de atenção contínua - nessa modalidade a pessoa é atendida diariamente. O tratamento semi-intensivo é uma modalidade oferecida às pessoas que necessitam de atenção direta da equipe, mas apresentam menos sofrimento e melhor estruturação psíquica do que no caso anterior - nessa modalidade o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Já o tratamento não intensivo é oferecido às pessoas que não necessitam de suporte contínuo, limitando-se o seu atendimento em até três dias no mês. As atividades consistem em atendimento individual, em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, repouso e desintoxicação ambulatorial (BRASIL, 2003). A modalidade mais utilizada nos CAPSad foi a semi-intensiva, como apresentado em outros estudos (ALMEIDA et al., 2014; FREITAS; SOUZA, 2010; FREITAS; SILVA; ARAÚJO, 2012; PELISOLI; MOREIRA, 2007).

5.1.3 O uso de drogas e a adolescência

A maioria dos usuários iniciou o uso de substâncias psicoativas na faixa etária entre os 12 aos 15 anos de idades, seguido dos 16 aos 18 anos. Esse dado está de acordo com outros estudos que abordaram essa variável (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010; HORTA et al., 2011; LOPES; REZENDE, 2014; PEREIRA et al., 2012). Os levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de álcool e outras drogas no mundo e no Brasil mostram que é nessa fase do desenvolvimento que se inicia o uso (DOMINGOS; DOMINGOS, 2005; GALDURÓZ et al., 2005; LARANJEIRA et al., 2013; PRATTA; SANTOS, 2006; SILVEIRA, 2008). Embora o artigo 81, incisos I e II, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que dispõe que é proibida a venda de bebidas alcoólicas e de produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica, ainda que por utilização indevida, à criança e ao adolescente, percebe-se que o consumo entre menores de idade é uma realidade no Brasil (BRASIL, 1990).

O período da adolescência é marcado por intensas mudanças e adaptações que o indivíduo vivencia na transição para a fase adulta. É um período considerado crítico no que se

refere ao desenvolvimento de competências pessoais e interpessoais, aquisição de habilidades e tomada de decisões. Esta fase do desenvolvimento constitui um período crucial no ciclo vital para o início do uso de drogas, seja como mera experimentação, seja como consumo ocasional, indevido ou abusivo (SCHENKER; MINAYO, 2005). É um período de vulnerabilidade, neste momento o adolescente se encontra num processo de construção da identidade pessoal, e de emancipação face à família, com a crescente importância do grupo de pares, não é difícil esperar alguns comportamentos de risco para a saúde, dentre eles, o consumo de substâncias como o álcool e as drogas (CARVALHO; LEAL, 2006).

O consumo de drogas entre adolescentes vem ganhando maior amplitude na sociedade contemporânea. No cenário mundial, a frequência do consumo de drogas na adolescência tende a ser mais elevada do que na juventude e idade adulta. Percebe-se que o uso tem ocorrido precocemente e as consequências ou prejuízos também podem ser antecipados. Diversos são os motivos relatados para o início do uso de drogas na atualidade, pois é possível estabelecer diferentes modos de relação com as drogas, de modo que nem sempre quem as usa ou experimenta desenvolve algum problema relacionado à dependência. Ao longo da história, as substâncias psicoativas estiveram inseridas em diferentes culturas, possibilitando diferentes vínculos. A literatura identificou que a maioria dos adolescentes faz uso de bebidas alcoólicas por motivos “sociais” e pouco relata o enfrentamento como o principal motivo para tal uso, todavia, estudos apontam outros diferentes motivos para o uso como: a busca pelo prazer, a diversão, a experimentação e curiosidade, a valorização social e o sentimento de pertencimento, alívio do tédio, relaxamento, bem como problemas pessoais (VASTERS; PILLON, 2011).

O uso experimental de substâncias, característico da fase da adolescência pode desencadear um consumo mais abusivo e, inclusive, chegar à dependência, as consequências aparecem em diferentes segmentos da vida. Estas implicações podem se evidenciar nos aspectos físicos, sociais, familiares e de trabalho. Nesta fase, o uso de substâncias pode acarretar danos ao cérebro, uma vez que este se encontra em processo de desenvolvimento; portanto, o uso contínuo pode ocasionar em déficit cognitivo, diminuição da motivação, dificuldade de relacionamento social, prejuízo da memória e da atenção, cujas consequências na vida do indivíduo são difíceis de serem previstas (LOPES et al., 2014).

Nas relações sociais, o uso abusivo ou dependente são geradores de transtornos tanto para o indivíduo como para o grupo social em que vive. Pode levar à perda de emprego e de bens materiais, ruptura familiar, afastamento de amigos e religião, instabilidade financeira, entre outros. Além disso, os problemas relacionados ao uso de substâncias desencadeiam

também discriminação, estigma e preconceito, principalmente nas populações em situação de vulnerabilidade social (LOPES et al., 2014).

Para enfrentar essa realidade são necessárias estratégias que enfoquem a promoção da saúde, a saúde mental positiva e a prevenção do uso de drogas baseadas em uma linguagem acessível e que tenha sentido para os adolescentes.

A Redução de Danos pode ser uma estratégia de ação educativa em relação ao uso de drogas. Alguns países como Holanda, Canadá, Suíça, Portugal, Inglaterra e Austrália, entre outros, introduziram essa abordagem como modelo de política pública de saúde ou educação. Consideram que o objetivo deve ser reduzir ao mínimo absoluto os níveis de danos associados a esse consumo, visto que há o entendimento que seja utópico o alcance de uma sociedade sem drogas (FEFFERMANN; FIGUEIREDO, 2006).

A promoção da saúde e a prevenção de agravos, por meio dessa abordagem seria uma forma humanista, pragmática e científica de promover essa redução de abusos individuais, ao preconizar um diálogo aberto com os jovens para auxiliar no desenvolvimento de habilidades na avaliação, no julgamento, na comunicação, na afirmação, na resolução de conflitos, na tomada de decisões, entre outras habilidades para o desenvolvimento de relações saudáveis e plenas, inclusive com as drogas. Essa abordagem se opõe às práticas educativas que adotam o amedrontamento, princípios morais, legais e de controle social, que impossibilitam o diálogo aberto com os adolescentes. A Redução de Danos se opõe a esses modelos, somando práticas educativas pautadas na realidade e emancipação dos sujeitos, somando estratégias positivas como a disseminação do conhecimento científico e de um estilo de vida saudável, que não se mostram suficientes isoladamente. Essa abordagem incluiu, conforme novos pressupostos educacionais, as vivências e experiências dos sujeitos em questão, suas condutas e códigos de comunicação, motivando a sua capacidade de compreender, decidir e abordar a questão, fortalecendo a reflexão e a autonomia individual (FEFFERMANN; FIGUEIREDO, 2006).

5.1.4 Drogas de predileção – o consumo do álcool

Esse estudo investigou também os tipos de drogas consumidas pelos usuários dos CAPSad durante a vida e no momento do acolhimento no serviço. A substância mais consumida pelos usuários dos CAPSad ao longo da vida e no momento de acolhimento nos CAPSad foi o álcool, seguido pelo tabaco, enquanto, as substâncias alucinógenas e o LSD foram os menos consumidos pelos usuários. Esse dado encontra ressonância em estudos e levantamentos feitos na população geral e na população em tratamento decorrente do uso de substâncias psicoativas

(ALMEIDA et al., 2014; CONSTANTINO; BATISTA, 2012; FARIA; SCHNEIDER, 2009; FREITAS; SILVA; ARAÚJO, 2012).

O álcool é considerado uma droga psicotrópica que atua como depressor do sistema nervoso central provocando mudanças no comportamento da pessoa. No Brasil, o álcool é uma substância lícita com ampla aceitação social e alto nível de consumo nas diversas classes sociais e faixas etárias. O consumo excessivo de bebidas alcoólicas é considerado um grave problema de saúde pública, por causar problemas físicos, psicológicos, profissionais, sociais e familiares, resultando em um alto custo tanto para a pessoa que consome excessivamente, como às pessoas com as quais o usuário se relaciona, afetiva e socialmente.

A ingestão em excesso de bebidas alcoólicas é considerada pela OMS o quinto fator de risco mais importante para a ocorrência de mortes prematuras e incapacidades no mundo, dentre elas as doenças cardiovasculares, hepáticas, nutricionais e certos tipos de cânceres, além de causar dependência, o uso de forma abusiva pode facilitar a ocorrência de violências e acidentes (MOURA; MALTA, 2011).

Segundo o Relatório Global sobre Álcool e Saúde da OMS, o álcool é consumido praticamente em todo o mundo. Globalmente, estima-se que indivíduos com idade de 15 anos ou mais consumiram em torno de 6,2 litros de álcool puro em 2010 (equivalente a cerca de 13,5g por dia). No Brasil, o consumo total estimado é equivalente a 8,7 litros por pessoa, quantidade superior à média mundial. Estima-se que homens consumam 13,6 litros por ano, e as mulheres, 4,2 litros. Quando são considerados apenas os indivíduos que consomem álcool, esta média sobe para 15,1 litros de álcool puro por pessoa, sendo os homens 19,6 litros e as mulheres 8,9 litros por ano (WHO, 2014).

Apesar do consumo ser significativo no mundo e, especificamente no Brasil, a maior parte da população mundial é abstinência ou não bebeu nos últimos 12 meses. Aproximadamente metade da população mundial (48%) nunca fez uso de álcool. No Brasil, cerca de 42% da população não ingeriu bebidas alcoólicas em 2010. Entre os brasileiros que nunca beberam, as mulheres são maioria: 30,8% e homens: 12,4%.

Há uma grande variação em consumo total de álcool nas diversas regiões do mundo, os níveis de consumo mais elevados continuam a ser encontrados nos países desenvolvidos, em particular na Europa e nas Américas. Os níveis intermediários de consumo são encontrados na Região do Pacífico Ocidental e na África, enquanto os níveis de consumo mais baixos são encontrados no Sudeste Asiático e particularmente no Mediterrâneo Oriental.

Para compreender as diferenças nos padrões de consumo das populações, nas últimas décadas, tem-se buscado universalizar essas definições, considerando o teor alcoólico da dose

ingerida e a frequência de consumo. Várias definições foram apontadas, desde o consumo moderado, consumo nocivo, binge drinking até a dependência de bebidas alcoólicas. O consumo moderado é o tipo de uso que não traz consequências adversas ao consumidor e está relacionado ao lazer. Tal padrão foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) como a ingestão de 1 dose de álcool (10 a 15g de etanol) para as mulheres e 2 doses (20 a 40g de etanol) para os homens. No entanto, a OMS alerta que há situações em que os indivíduos não devem ingerir nenhuma quantidade de álcool e a abstinência deve ser mantida, como por exemplo, quando os indivíduos apresentarem patologias que podem ser agravadas pelo consumo de álcool, estiverem conduzindo veículos automotores, operando máquinas, ou ainda, mulheres, durante a gestação. O consumo nocivo ou binge drinking, também chamado consumo de risco, consumo abusivo ou beber pesado episódico (BPE) é definido como a ingestão de elevadas quantidades de bebidas alcoólicas. Os seus efeitos, podem ser agravados, mediante o número de doses consumidas, peso corporal, idade, rapidez com que consome álcool e pelo fato do indivíduo ter se alimentado ou não, antes de ingerir álcool. O consumo nocivo pode ocorrer de diferentes formas, entre elas, a situação de beber muito diariamente, repetidos episódios de intoxicação pelo álcool, beber de maneira que cause prejuízo físico ou mental e o ato de beber que resulte na dependência (ALMEIDA; CAMPOS, 2013).

Entretanto, há também os interesses econômicos sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil que está relacionado também com o mercado econômico e representa uma importante receita. De acordo com os dados da Pesquisa por Orçamentos Domiciliares (POF) realizada pelo IBGE (2008-2009) que investigou o consumo de alimentos e outros produtos a partir dos gastos familiares, a análise desses dados aponta que houve aumento no consumo, nos últimos 40 anos, num ritmo médio de cerca de 2,5% ao ano. As despesas com bebidas alcoólicas têm maior participação nos gastos familiares mensais, conforme aumenta a renda familiar. Também é maior nas áreas urbanas, com maior participação relativa de outros tipos de bebidas que não chopes e cervejas (YAMAMOTO, 2011).

O perfil das famílias que consomem cerveja e vinho é parecido, são famílias que residem nas cidades menores, com maior presença de homens, poucos idosos e nenhuma mulher grávida. O chefe de família é homem e tem mais anos de estudo. A aguardente tem maior consumo nas famílias com domicílio fora dos centros urbanos, com maior presença de homens e adultos entre 30 e 59 anos, cujo chefe de família é homem e tem menos escolaridade. O consumo de bebidas destiladas tem relação positiva com a presença de homens e negativa com o fato do chefe da família ser mulher. Estes dados não levam em conta a produção e

comercialização caseira de álcool que pode ser encontrada, com frequência, nas áreas rurais (YAMAMOTO, 2011).

Apesar do consumo do álcool ser representativo no mercado econômico é também significativo no custo com os prejuízos decorrentes do consumo abusivo que geram demandas para os sistemas de saúde, especialmente em um país com a dimensão populacional do Brasil. Em 2015, de acordo com a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, as mortes relacionadas ao consumo abusivo de álcool e dependência de álcool correspondem a 93,5% do total de óbitos por causa básica atribuída ao uso de substâncias psicoativas (MUNHOZ et al., 2017).

O uso abusivo do álcool é um dos fatores de risco de maior impacto para a morbidade, mortalidade e incapacidades em todo o mundo, e segundo dados da OMS, está relacionado a 3,3 milhões de mortes a cada ano. Desta forma, quase 6% de todas as mortes em todo o mundo são atribuídas total ou parcialmente ao álcool (WHO, 2014).

No Brasil, o álcool esteve associado a 63% e 60% dos índices de cirrose hepática e a 18% e 5% dos acidentes de trânsito entre homens e mulheres em 2012, respectivamente (WHO, 2014).

As consequências do uso de álcool também oneram a sociedade, de forma direta e indireta, potencializando os custos em hospitais e outros dispositivos do sistema de saúde, sistema judiciário, previdenciário, perda de produtividade do trabalho, absenteísmo, desemprego, entre outros. Ainda, em todo o mundo, nota-se que as faixas etárias mais jovens, dos 20 aos 49 anos, são as principais afetadas em relação a mortes associadas ao uso do álcool, traduzindo como uma maior perda de pessoas economicamente ativas (WHO, 2014).

As estratégias para a diminuição do consumo abusivo de álcool são fundamentais para minimizar os impactos na saúde no âmbito individual e coletivo, incluindo a redução da sobrecarga no sistema de saúde devido a agravos relacionados ao consumo abusivo de álcool. Dentre as medidas recomendadas pela OMS, o aumento dos preços das bebidas alcoólicas é uma forma efetiva para a redução do consumo abusivo de álcool, o controle rígido sobre o acesso a bebidas alcoólicas, incluindo a restrição do horário para a venda e maior regulação e restrição dos pontos de venda (MUNHOZ et al., 2017).

A Redução de Danos é também um método que utiliza práticas educativas pautadas na realidade e na emancipação dos sujeitos, como a difusão do conhecimento científico e estilo de vida saudável, que não se mostram suficientes se tratados isoladamente. Essa abordagem incluiu as vivências e experiências dos sujeitos, suas condutas e códigos de comunicação, motivando a

capacidade de compreender, decidir e abordar essa questão do uso de drogas, fortalecendo a reflexão e a autonomia individual (FEFFERMANN; FIGUEIREDO, 2006).

Algumas estratégias de saúde pública definidas nos últimos anos, com o objetivo de reduzir demonstram resultados positivos, como evidências que sugerem que houve uma redução da associação entre consumo de álcool e condução de veículos motorizados no Brasil entre 2007-2008 e 2012-2013, possivelmente resultado das políticas de combate ao uso de álcool e a condução de veículos motorizados, bem como do aumento da fiscalização deste comportamento. As estratégias relacionadas à redução do uso de álcool e prevenção dos danos à saúde e à vida, que incluem o diagnóstico do consumo no Brasil, o incentivo à regulamentação, o monitoramento e a fiscalização da propaganda e publicidade de bebidas alcoólicas a segmentos populacionais vulneráveis, o tratamento e reinserção de usuários e dependentes de álcool, a realização de campanhas de informação, a sensibilização e mobilização da opinião pública quanto às consequências do uso indevido e do abuso de bebidas alcoólicas, a redução da demanda de álcool por populações vulneráveis, medidas para a fiscalização e prevenção de condução de veículos motorizados sob o efeito de álcool, bem como o estabelecimento de parceria com os municípios para a recomendação de ações municipais (MUNHOZ et al., 2017).

5.2 PERFIL DOS PROFISSIONAIS

5.2.1 Características sociodemográficas e de formação profissional

A pesquisa realizada nos três CAPSad da região do Triângulo Mineiro no estado de Minas Gerais verificou que o maior percentual de profissionais é do sexo feminino, na faixa etária de 40 a 49 anos, com pós-graduação *latu senso*, seguido de ensino superior completo. Esses dados corroboram com outros estudos realizados em CAPSad no estado de Minas Gerais (GONÇALVES, 2016), no estado de São Paulo (PINHO, 2014), outros estudos que investigaram profissionais do campo da saúde mental também obtiveram resultados semelhantes (DE MARCO et al., 2008; JERÔNIMO et al., 2014; KANTORSKI et al., 2011; LEAL; BANDEIRA; AZEVEDO, 2012; REBOUÇAS et al., 2008; REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2007).

A maioria dos profissionais participantes do estudo tinham formação acadêmica em psicologia, trabalhava na área de álcool e outras drogas e no CAPSad entre 2 a 5 anos. Esses achados foram muito próximos de outros estudos que abordaram também essa variável

(GONÇALVES, 2016; JERÔNIMO et al., 2014; KANTORSKI et al., 2011; LEAL; BANDEIRA; AZEVEDO, 2012; PINHO, 2014; REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2007).

Em relação à formação acadêmica, grande parte dos profissionais considerou como insuficiente para atuar no CAPSad, e declararam ter realizado curso de capacitação há menos de 6 meses.

O Brasil passou por um processo histórico a partir da década de 1970, que transformou a assistência da abordagem psiquiátrica para o cuidado em saúde mental: com práticas de desinstitucionalização; com a reconstrução do cuidado pautado na atenção psicossocial, em equipes horizontais e interdisciplinares; com foco no sujeito e suas peculiaridades ao invés do trato da doença; com a construção de novos serviços abertos, substitutivos ao modelo manicomial; com mudanças no contexto sócio-cultural e jurídico-político, culminando com a publicação da Lei 10.216 de 2001, marco definitivo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Esse processo ocorreu, basicamente constituído por trabalhadores a quem foi disponibilizado, de forma efetiva, pouca capacitação em saúde mental. A capacitação e o treinamento contínuo dos técnicos e equipe de apoio, responsáveis pelo cuidado de pessoas com transtornos da saúde mental, visando uma mudança de atitude, dos valores, dos objetivos e das habilidades, devem destacar-se em todos os princípios de reorientação das políticas de saúde mental (SETOYA, 2011).

Somente a partir de 2005 houve maior investimento em ações de qualificação profissional, com projetos de educação continuada e permanente, disponibilizadas a partir de editais de supervisão clínico-institucional e de redes, escola de supervisores, dentre outras ações formativas, visando fortalecer a estratégia de atenção psicossocial nos serviços (SEVERO; L'ABBATE; CAMPOS, 2014).

A supervisão clínico-institucional tem a função de questionar as intervenções técnicas, as práticas clínicas, dos profissionais e da equipe, assim como, o modo como se pensa e se age na condução do modelo de atenção e cuidado na saúde mental. Portanto, a prática da supervisão nos serviços de saúde, como os CAPS, se concretiza nas dimensões clínica e política que estão envolvidas no processo de trabalho e nas relações institucionais. A supervisão clínico-institucional e a formação externa aos CAPS foram considerados indicadores para a formação contínua dos trabalhadores da saúde mental (ONOCKO-CAMPOS et al., 2017).

O profissional de saúde mental estabelece o cuidado a partir do contato direto e prolongado nos espaços relacionais que oferece em sua atuação, a natureza de seu trabalho gera um tipo particular de vulnerabilidade em função do constante envolvimento afetivo com os usuários e com os outros profissionais. Essa prática requer recursos afetivos, posturas

profissionais, habilidades e competências que não se aprendem nos livros, ultrapassando limites do conhecimento formal: capacidade de comunicação, cooperação, liderança e resolução de conflitos interpessoais, dentre outras. Em suma, competências necessárias para estabelecer relações terapêuticas com os usuários e para trabalhar em uma equipe multiprofissional e interdisciplinar (ISHARA, 2007). Para que isso ocorra de forma efetiva e sustentável, é fundamental a capacitação e formação profissional permanente.

A educação permanente em saúde constitui estratégia fundamental para as transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Este investimento pode ser considerado como fundamental na saúde, em especial na saúde mental, pois os processos de mudanças são contínuos, exigindo uma reavaliação permanente das equipes perante sua prática (CECCIM, 2005).

A falta de investimento em recursos humanos e em capacitação profissional afeta a percepção de suporte e reciprocidade organizacionais e exige que os trabalhadores invistam individualmente em sua carreira, fazendo cursos de aperfeiçoamento na área de saúde mental, por conta própria, entretanto, nem todos tem essa possibilidade ou esse envolvimento (ALVES; DOURADO; CÔRTEZ, 2013).

Apesar de insuficiente para solucionar as demandas de capacitações no campo da saúde, o Ministério da Saúde em 2008, elaborou a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – Humaniza SUS (PNH), que foi criada com o objetivo de reverter alguns desafios ainda persistentes no que tange à operacionalização do sistema público de saúde, principalmente no que diz respeito ao despreparo de profissionais e demais trabalhadores para lidar com a dimensão da subjetividade que permeia toda prática de saúde, principalmente a da saúde mental. Por se tratar de uma política, a PNH apresenta diretrizes que expressam suas orientações gerais e, dentre essas diretrizes, o acolhimento desponta como uma das principais (BRASIL, 2009).

Os profissionais participantes desta pesquisa realizavam vários tipos de atendimentos, sendo que o acolhimento foi a modalidade de atendimento mais realizada nos CAPSad, seguido pelos atendimentos individuais. O acolhimento nos serviços de saúde mental, especialmente nos CAPSad, não possui uma única interpretação nem um único objetivo e pode ser entendido como uma dimensão espacial restrita à atividade de receber os usuários na ocasião de sua chegada ou a um espaço adequado para tal, como atividade de triagem e encaminhamento de usuários para outros dispositivos, como dispositivo tecnológico e de efetivação do SUS (ANDRADE; SOUSA; QUINDERÉ, 2013).

Segundo a PNH, o acolhimento é um processo de práticas de produção e promoção de saúde, levando em consideração a escuta qualificada que possibilite a análise da demanda de forma a atender suas necessidades, desde o momento em que procura o serviço até a sua saída. É a garantia de uma atenção integral, resolutiva e responsável, que busca a articulação com as redes internas e externas, ou seja, com a própria equipe interdisciplinar da unidade e outros serviços que possam dar continuidade à assistência, quando necessário (BRASIL, 2009).

O acolhimento na realidade do cotidiano dos CAPSad se torna ainda mais relevante, pois os primeiros contatos realizados entre os profissionais e o usuário são cruciais para o processo de acompanhamento e tratamento, pois é nessa fase que se torna possível o estabelecimento de um vínculo entre a equipe multiprofissional e a pessoa com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Para que o vínculo seja concretizado e o tratamento ocorra, é imprescindível que o acolhimento seja baseado em uma escuta qualificada e terapêutica por equipe multiprofissional desprovida de quaisquer preconceitos para com o sujeito, reconhecendo e respeitando suas necessidades e diferenças. Pressupõe-se que o entendimento dos profissionais sobre o acolhimento propiciará a identificação de elementos, os quais orientarão na busca de intervenções favorecendo a adesão do usuário ao tratamento, a reorganização da assistência, a visibilidade dos processos de trabalho no CAPSad e o reconhecimento do acolhimento como um dos dispositivos para efetivação dos princípios do SUS (ANDRADE; SOUSA; QUINDERÉ, 2013).

O acolhimento deve ser entendido como um recurso subjetivo, que deve possibilitar a empatia e o respeito pelo sofrimento emocional do usuário no momento em que busca ajuda. É necessário que este dispositivo de atenção à saúde das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas vá além da triagem e da recepção dos usuários no CAPSad, o acolhimento necessita atribuir sentido aos desejos dos usuários, o profissional deve, neste momento, valorizar a dimensão subjetiva do indivíduo, considerando-o na sua integralidade e complexidade. O acolhimento deve ser pautado em um momento de encontro, de afeto, que pode potencializar a produção de saúde, que não deve se encerrar neste atendimento, tendo que ser contínuo e estar inserido no cotidiano do tratamento.

A Reforma Psiquiátrica aliada à PNH são suportes importantes para a concretização da atenção pautada nos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade, para o cuidado integral às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, sendo que, o acolhimento a esses usuários deve ser desenvolvido com o objetivo de reconhecimento das necessidades específicas em saúde, de uma clínica ampliada, com um olhar humanizado, livre de estigmas e preconceitos.

5.2.2 Prevalência de Transtornos Mentais Comuns nos trabalhadores do CAPSad

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) foram investigados com a aplicação do Self Report Questionare (SRQ-20) e esse rastreamento identificou que 35,7% dos profissionais que participaram da pesquisa nos CAPSad apresentam algum tipo de TMC. Essa prevalência foi maior do que os resultados disponíveis na literatura que investigaram os TMC a partir do SRQ-20 em trabalhadores da saúde mental e na população geral.

A expressão TMC foi criada por Goldberg e Huxley (1992) e constitui-se de sintomas como insônia, fadiga, ansiedade, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Nos estudos de base populacional realizados em países industrializados, sua prevalência varia de 7% a 30%, com média de 17%, sendo mais prevalente entre as mulheres (20%) do que entre os homens (12,5%) (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Estudos epidemiológicos relataram consistentemente uma alta prevalência de transtornos psiquiátricos em todo o mundo, especialmente em países em desenvolvimento. Embora os sintomas chamados de TMC sejam muito comuns entre os adultos, muitas vezes são negligenciados e não é providenciado tratamento efetivo. São causas bem conhecidas de grande incapacidade funcional, muitas vezes tão significativa quanto a observada em condições psiquiátricas bem estabelecidas. Além da angústia do indivíduo, essa condição tem um impacto socioeconômico considerável devido ao absenteísmo e às demandas de serviços de saúde e, portanto, representa importante problema de saúde pública (CARMO et al., 2017).

Na América Latina, África e Índia, a prevalência relatada excedeu 30% na comunidade e, aproximadamente 50% na área de cuidados primários. No Brasil, cerca de 50% dos pacientes que buscavam serviços de atenção primária foram identificados como suspeitos de TMC. Foi relatada uma prevalência geral de 23% na cidade de Pelotas e 35% na cidade de Recife (CARMO et al., 2017).

Em relação aos trabalhadores da saúde mental, De Marco et al. (2008) avaliaram, a partir de um estudo transversal a prevalência de transtornos mentais comuns nesta população. Participaram 203 profissionais de diversas formações, os resultados apontaram que 15,8% apresentaram sintomas de TMC. Foi observado neste estudo maior presença de TMC nos profissionais de terapia ocupacional e serviço social (DE MARCO et al., 2008).

Outro estudo apresenta, a partir de uma pesquisa transversal, variáveis de saúde física e saúde mental. Participaram 435 trabalhadores de CAPS em 2006 e 546 trabalhadores em 2011. Os resultados para a presença de TMC foram 11% em 2006 e 8,4% em 2011, as mulheres foram

as mais acometidas 12,4% (2006) e 9,2% (2011) em relação aos homens (6,2% e 5,5%, respectivamente), o que pode ser explicado pela maior proporção de mulheres, tanto em 2006 (77,7%) quanto em 2011 (79,9%) (JERÔNIMO et al., 2014). Resultado muito inferior ao encontrado nesta pesquisa.

Ao investigar a prevalência de TMC e depressão entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e trabalhadores dos CAPS da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas – RS – Brasil, os resultados apontaram a prevalência de TMC de 25,2% entre os profissionais de saúde mental e 29,0% entre os ACS. Participaram do estudo 257 profissionais, sendo que 119 foram do CAPS e 138 ACS. A proporção de TMC entre os dois grupos de profissionais foi estatisticamente diferente ($p < 0.001$). Constatou-se com este estudo, que os profissionais dos CAPS estão mais adaptados às questões laborais, com menor prejuízo para a saúde decorrente do trabalho e também apresentaram menor prevalência de transtornos mentais quando comparados aos ACS (KNUTH et al., 2015).

O trabalho há muito tempo tem sido investigado como fator de influência sobre a saúde dos trabalhadores, porém ao longo dos últimos três séculos cresceu progressivamente a compreensão e o reconhecimento do papel do trabalho na determinação e evolução do processo saúde-doença dos trabalhadores (BRASIL, 2001).

No modo de produção capitalista o trabalho é determinado pelo processo de produção, no qual os acidentes e adoecimentos são resultantes de relações sociais em que o trabalhador se torna apêndice da máquina. O trabalho que deveria gerar prazer e felicidade, na ordem do capital causa fadiga, doenças, acidentes, sofrimentos físicos e mentais. As mudanças na esfera produtiva intensificaram a exploração da força de trabalho e o desgaste da saúde do trabalhador e poucos esforços foram feitos no sentido de minimizar as condições de sofrimento no trabalho; em contrapartida, muito se pensou no avanço da produtividade do capital (LARA, 2011).

A saúde do trabalhador é o campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emergiu da saúde coletiva, buscando conhecer e intervir nas relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial, numa sociedade com profundas mudanças políticas, econômicas e sociais (LACAZ, 2007).

Em relação ao trabalhador da área da saúde no Brasil, alguns estudos têm sido desenvolvidos por ser uma população exposta a riscos diversos, desde os de acidentes no trabalho até as questões comportamentais e de saúde mental (PIMENTA et al., 2013).

Segundo dados da OMS, os transtornos depressivos estão em quarto lugar entre as dez principais causas de problemas relacionados à saúde no âmbito mundial. Entre as mulheres, os

transtornos depressivos representam o terceiro problema de saúde nos países desenvolvidos e o quinto nos países em desenvolvimento. Em relação ao absenteísmo, esses transtornos contribuem com um terço de dias perdidos por doença no trabalho e em um quinto das consultas realizadas na atenção primária à saúde (MARCELINO FILHO; ARAÚJO, 2015).

A literatura tem destacado que o trabalho em unidades de saúde pode estar associado à produção de sofrimento. Estudos têm analisado os elementos determinantes ou contribuintes para essa situação, possibilitando melhor compreensão das relações que se estabelecem entre o profissional de saúde, o seu ofício e o adoecimento (MARCELINO FILHO; ARAÚJO, 2015).

O rastreamento de TMC que visa avaliar quatro grupos de sintomas: comportamento ansioso e depressivo; decréscimo de energia; sintomas somáticos e humor depressivo, faz parte das estratégias de prevenção de transtornos mentais nos ambientes de trabalho. A prevalência de TMC encontrada nesta pesquisa pode revelar características do trabalho desfavoráveis aos profissionais e ao desempenho das suas funções, o que pode significar, que os profissionais dos CAPSad da região do Triângulo Mineiro onde esse estudo se desenvolveu, de forma geral, estão submetidos às demandas psicológicas elevadas no trabalho e fatores de estresse que implicam prevalência elevada de TMC.

Nesse sentido, verifica-se a necessidade de intervenções no cotidiano do trabalho, visando melhorar as condições gerais de trabalho e possibilitar suporte psicossocial aos trabalhadores. O cuidado em saúde mental, especificamente na atenção às pessoas que têm problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, exige a excelência no atendimento e qualidade nos serviços prestados e, para isso, é necessário ter profissionais satisfeitos e que gozem de boa saúde física, mental e qualidade de vida.

Portanto, os resultados desse estudo mostram que, há uma alta prevalência de TMC entre os profissionais dos CAPSad da região do Triângulo Mineiro. Essas descobertas fornecem informações valiosas e detalhadas para entender o perfil das pessoas consideradas em risco de TMC. Este conhecimento poderia ser usado para desenvolver programas de prevenção e promoção de saúde mental voltados para as peculiaridades e demandas dessa população.

5.2.3 Satisfação dos profissionais em relação ao trabalho nos CAPSad

A satisfação geral dos profissionais dos CAPSad encontrada nesta pesquisa revela um escore (3,47) entre a indiferença (escore = 3) e a satisfação (escore = 4), porém mais próximo da indiferença. Esses dados corroboram com outros estudos desenvolvidos com profissionais atuantes no campo da saúde mental (DE MARCO et al., 2008; GONÇALVES, 2016; ISHARA;

BANDEIRA; ZUARDI, 2008; LAPISCHIES et al., 2014; LEAL; BANDEIRA; AZEVEDO, 2012; PINHO, 2014; REBOUÇAS et al., 2008; REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2007)

O trabalho em saúde é um agir tecnológico essencialmente relacional e em ato, onde todo serviço de saúde está vinculado a processos produtivos de atos cuidadores que podem ser "atos cuidadores castradores" ou "atos cuidadores libertadores". Os processos de trabalho em saúde constituem-se enquanto lugares de relações, de micropolíticas de encontros e de jogos de poder entre sujeitos e territórios (MERHY, 2007). O campo da saúde mental é repleto de especificidades que exigem dos trabalhadores habilidades para lidar com o ser humano e compreendê-lo na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde. Essa realidade se relaciona diretamente no cotidiano com o sofrimento e a loucura, o que torna o ambiente permeado por intensa produção subjetiva e intersubjetiva. Nesse contexto, os trabalhadores estão expostos a diversas situações, as quais podem ocasionar maior ou menor (in)satisfação (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011).

A subjetividade dos trabalhadores pode ser tomada como uma das características fundamentais na produção social de saúde mental. O trabalhador é o instrumento principal da atenção em saúde mental, que não conta com equipamentos tecnológicos de última geração para auxiliar no cuidado e na atenção integral à saúde dos usuários desses serviços, e frequentemente não dispõe de uma rede assistencial, social e jurídica articulada no sentido da integralidade do cuidado (TREVISAN; CASTRO, 2016).

Em um levantamento sobre as publicações a respeito da satisfação e sobrecarga entre os profissionais da saúde mental, verificou-se que as pessoas mais satisfeitas com o trabalho apresentam melhores condições de saúde física e mental e menor ocorrência de doenças, da mesma maneira que maior longevidade (TREVISAN; CASTRO, 2016).

Um dos indicadores de qualidade dos serviços de saúde mental é o nível de satisfação dos profissionais que neles atuam. A avaliação positiva do profissional refere-se a diversos aspectos do serviço, como condições de trabalho, relacionamento com colegas, qualidade do tratamento oferecido aos usuários, aspectos estruturais e organizacionais, e participação e envolvimento nas decisões tomadas no serviço. Um baixo nível de satisfação dos profissionais no trabalho pode afetar o relacionamento com os usuários e interferir na efetividade do tratamento (ISHARA; BANDEIRA; ZUARDI, 2008).

No presente estudo verificou-se que o fator “satisfação da equipe em relação à qualidade dos serviços”, do instrumento SATIS-BR, apresentou o maior escore médio (3,72), com resultado mais próximo da satisfação, porém está entre a indiferença (escore = 3) e a satisfação (escore = 4). É importante ressaltar que esse resultado se distancia de outros estudos que

apresentam maior escore médio, tanto na satisfação geral, como nos demais fatores do instrumento (CAMILO et al., 2012; LEAL; BANDEIRA; AZEVEDO, 2012; PINHO, 2014), mas encontrou ressonância em outras investigações realizadas com profissionais da saúde mental (ARANTES; SOUSA; ALMEIDA, 2016; BARBOSA, 2013; GONÇALVES, 2016; ISHARA, 2007).

O fator “Qualidade dos Serviços” está relacionado ao tratamento e cuidados oferecidos aos usuários dos CAPSad, a maneira de lidar com eles, o grau de adequação dos serviços, a quantidade de informação dada sobre a doença e o tratamento, o grau de competência profissional da equipe, a compreensão dos profissionais acerca dos problemas e das expectativas dos usuários dos CAPSad.

Segundo Guimarães, Jorge e Assis (2011), as relações estabelecidas com os usuários foram relatadas como principal causa de satisfação pelos trabalhadores da área da saúde mental. Em muitos estudos o relacionamento entre usuários e profissionais dos serviços de saúde mental é muito valorizado. Nunes et al. (2008) salientam os avanços do trabalho clínico, centrados no que definem como “clínica do encontro”, pautada no diálogo, na escuta interessada, na produção de intersubjetividades, na troca, na partilha. Um desses aspectos refere-se ao campo epistemológico e clínico, ligando-se a teorias, saberes, conceitos e técnicas de cuidado, o que deveria ganhar maior transparência nas instituições de saúde mental (NUNES et al., 2008).

Outros autores definem como “tecnologias leves” (AMARANTE et al., 2011; BARROS; JORGE; VASCONCELOS, 2013; MERHY, 1999; PINHO et al., 2011). constituídas por estratégias que vão além das várias ferramentas tecnológicas, denominadas por Merhy (1999) como uma tecnologia menos dura, ou levedura, que está sempre presente nas atividades de saúde. É leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrito na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado. Já a abordagem leve é qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário que produz-se através de um trabalho vivo, isto é, há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de possíveis cumplicidades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

A relação terapêutica é também abordada pelo olhar dos usuários e familiares, em avaliações de serviços de saúde mental, sobretudo nos CAPS, que manifestaram satisfação com os serviços que tendem a ser percebidos como locais de acolhimento, convivência e as relações estabelecidas com os trabalhadores são muito valorizadas, principalmente com o profissional de referência (CAMPOS et al., 2009; JORGE et al., 2012; MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010; PINHO et al., 2011).

Os profissionais ou equipes de referência são estratégias de organização do trabalho nos CAPSad que podem ser entendidas como a responsabilização pela gestão dos cuidados necessários à saúde mental de um grupo de usuários do serviço, tomando para si o encargo de acompanhar e avaliar o conjunto de ações terapêuticas que deverão potencializar seu processo de reabilitação psicossocial, garantindo a continuidade no atendimento e estabelecendo com o usuário um vínculo de confiança. A equipe de referência também é uma mediadora das relações dos usuários com seus familiares e com a comunidade no sentido de aumentar sua participação social e contratualidade (DANTAS; ODA, 2014; MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010; SILVA, 2009).

Em um estudo realizado em município do estado do Paraná, com profissionais dos CAPS, os trabalhadores demonstraram sentimentos expressos que apontam o trabalho como fonte de prazer, identificado na atitude manifestada pelos usuários do CAPS, na sensação de satisfação da tarefa realizada e na parceria para realização e organização das atividades do serviço. Isso tudo se reverte em sentimentos positivos sobre o trabalho, um reconhecimento de gratificação e orgulho daquilo que o trabalhador produz (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011).

O fator “satisfação quanto ao relacionamento da equipe no serviço” foi o segundo maior escore (3,69) encontrado entre os profissionais desta pesquisa, com resultado mais próximo da satisfação, porém está entre a indiferença (escore = 3) e a satisfação (escore = 4), como relatado por outros estudos (ARANTES; SOUSA; ALMEIDA, 2016; CAMILO et al., 2012). Esse fator avalia o grau de satisfação do profissional a respeito do seu relacionamento com seus colegas de trabalho, com seus superiores e o grau de sua autonomia em relação às outras pessoas.

O trabalho do CAPSad acontece também nas relações sociais e nas interfaces entre singular e coletivo, trabalho e saúde mental, devendo ser aproveitado como espaço da construção de uma prática reflexiva sobre as atividades e as relações estabelecidas entre os profissionais. A subjetividade, a motivação e os desejos aparecem como centrais, podendo produzir prazer e/ou sofrimento.

Um das características centrais das transformações da atenção na saúde mental após o processo da Reforma Psiquiátrica foi a priorização do trabalho em equipes compostas por profissionais de diversas formações. As equipes de trabalho em saúde mental ampliaram as possibilidades terapêuticas e também o risco de fragmentação do trabalho, impondo assim a necessidade de integração verdadeiramente interdisciplinar (VASCONCELLOS, 2010).

O conceito de interdisciplinaridade não tem sentido único, porém pode-se inferir que nesta forma de funcionamento de uma equipe de trabalho haja a intensidade das trocas entre os especialistas e sobre o grau de integração das disciplinas em um projeto profissional, de ensino ou de pesquisa. Para este objetivo, assume-se a interdisciplinaridade como estratégia que envolve troca real de conhecimentos e uma integração mais profunda e coordenada entre disciplinas que a multidisciplinaridade, essa limitada à simples justaposição de várias disciplinas em função da realização de determinado trabalho (JAPIASSÚ, 1976).

Um trabalho interdisciplinar pode ser identificado quando ele consegue incorporar os resultados de várias especialidades, sempre que ao utilizar técnicas, teorias e ferramentas de outras disciplinas, toda sua metodologia inicial e seus pressupostos forem de alguma forma modificados. Numa relação interdisciplinar, as disciplinas envolvidas sempre sofrem mudanças, não podendo depois da interação voltar a ser o que eram antes. Em equipe interdisciplinar os profissionais buscam contribuir com os conhecimentos técnico-científicos de sua disciplina, estudo e superação de determinadas situações, para isso é necessário que os profissionais envolvidos estejam disponíveis para mudanças, imbuídos dos desejos de descoberta e curiosidade, a fim de enriquecer com novos enfoques e perspectivas (SOUZA; RIBEIRO, 2013).

Esse conceito de interdisciplinaridade é fundamental nos novos modelos de ações na saúde mental, priorizados nas equipes de trabalho que atuam nos CAPS onde a postura com relação ao processo saúde-doença mental requer uma nova atitude dos profissionais envolvidos, capazes de articular conhecimentos específicos com toda rede de saberes que envolve o sistema de cuidado (SOUZA; RIBEIRO, 2013).

Dessa forma, a atenção efetivamente interdisciplinar fornece um cuidado plural, no qual, o usuário é o denominador comum do entrelace de várias disciplinas e práticas assistenciais. Essa linha de ação faz o serviço caminhar na direção da integralidade, afastando-se da assistência reducionista que desconsidera a subjetividade e outras variáveis sociais. De outro lado, a presença de variadas práticas e saberes exige uma composição organizacional capaz de manejar os problemas que surgem dessa pluralidade, como as dificuldades na comunicação, nos papéis profissionais estabelecidos e nas assimetrias entre as disciplinas. A prática

interdisciplinar requer aprimoramento dos mecanismos de diálogo entre os profissionais e de construção de espaços coletivos favoráveis à elaboração dos conflitos afetivos e inconscientes, posto que, do contrário, avoluma-se o risco de fragmentação (VASCONCELLOS, 2010).

Na perspectiva do trabalho interdisciplinar desenvolvido no CAPSad, os trabalhadores de diferentes áreas de formação atuantes no serviço, permanecem com suas especificidades profissionais, entretanto, a partir das discussões e manejo dos casos é possível transitar entre diferentes ações que extrapolam as circunscrições determinadas nas formações acadêmicas. Como por exemplo, o trato com as famílias não é exclusividade do assistente social, assim como a busca por documentos e/ou direitos; as oficinas de artesanatos não são exclusividade dos terapeutas ocupacionais; todos os profissionais atuantes no CAPSad são solicitados a desenvolverem intervenções que façam sentido para os projetos terapêuticos individuais e institucionais. Os CAPSad investigados possuem equipes que atuam na perspectiva interdisciplinar e os resultados apontam, portanto para a satisfação dos profissionais em relação ao relacionamento entre os colegas de trabalho.

A “satisfação em relação à participação no serviço” aparece em terceiro com escore (3,41) mais próximo do sentimento de indiferença do que de satisfação. Nesse fator estão relacionados a satisfação em relação as decisões tomadas no serviço, na implantação do tratamento e avaliação do serviço, na expressão de suas opiniões, participação em discussões profissionais com os colegas, expectativa de ser promovido e seu grau de responsabilidade no serviço. O resultado está em consonância com outros estudos que também apontaram esse fator como penúltimo da escala de satisfação dos profissionais (GONÇALVES, 2016; ISHARA, 2007; ISHARA; BANDEIRA; ZUARDI, 2008; PELISOLI; MOREIRA, 2007; PINHO, 2014; REBOUÇAS et al., 2008; REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2007).

As discussões entre os profissionais acerca do trabalho, da proposição de intervenções e da resolução de problemas ocorre, prioritariamente, nos CAPSad nas reuniões de equipe. Essas reuniões são institucionais, quase sempre de participação obrigatória e com a presença da maioria dos profissionais atuantes no serviço. Este espaço é fundamental para a prática interdisciplinar e para a construção, desenvolvimento e avaliação dos projetos terapêuticos individuais e institucional.

Essas reuniões são instâncias formais de coordenação do trabalho, não apenas por sua regularidade, mas também por propiciar um local para a aliança de todos os técnicos e por promover discussões que resultem em arranjos organizacionais que pautam a realização das atividades. Outro ponto relevante sobre a reunião de equipe é sua conformação como espaço

para a difusão da reforma psiquiátrica, notadamente em função dessa última fornecer um imaginário de transformação que dá significado ao trabalho (VASCONCELLOS, 2010).

A partir desses encontros da equipe que são realizadas avaliações do trabalho, que poderá evidenciar pontos positivos das intervenções realizadas pela equipe, assim como inibir inconstâncias e discrepâncias percebidas. Nesse processo, o trabalho é construído cotidianamente com a responsabilização e participação efetiva dos profissionais com a expressão de suas opiniões, objetivos partilhados, estratégias, metodologias e abordagens que se constituem em aliados potentes para garantir o êxito do trabalho interdisciplinar.

Segundo Antunes et al. (2010) as reuniões de equipe são percebidas diferentemente nos diversos serviços e entre trabalhadores com diferentes funções dentro dos CAPS. Em alguns contextos, a reunião de equipe é considerada um exercício de trabalho colegiado, em outros, as reuniões de equipe são percebidas como espaços onde as ações/atividades do trabalhador são expostas ao julgamento dos pares e gestores imediatos, gerando alívio e satisfação quando aprovadas e consideradas em conformidade ética e técnica aos preceitos da Reforma Psiquiátrica e ao chamado projeto clínico-político do serviço.

As ações em equipe nos CAPS ad revelam o reconhecimento que a atenção à pessoa com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas passa obrigatoriamente pela construção cotidiana de resoluções de problemas que necessitam da participação ativa e das decisões dos profissionais que articulam esse trabalho coletivo, tanto no que se refere aos objetivos comuns do serviço, como das questões individuais dos usuários e seus familiares. Essa forma de atuar protege os profissionais em suas discussões e decisões, que quase sempre não há regras ou normas pré-estabelecidas, há uma permanente tensão nessas decisões e essa tensão pode ser minimizada ou contornada quando são estabelecidas coletivamente, pactuadas entre os integrantes da equipe, tornando-se um grupo de trabalho organizado e coeso.

O fator “satisfação quanto à condição de trabalho” apresentou o menor escore médio (3,18) mais próximo da indiferença (escore = 3) do que da satisfação (escore = 4). Essa dimensão está relacionada com as condições gerais das instalações, o salário e os benefícios, o conforto e a aparência do serviço, as medidas de segurança e de confidencialidade em vigor no serviço e o clima do ambiente de trabalho. Esse resultado vai ao encontro dos resultados de outros estudos (ANTUNES et al., 2010; ARANTES; SOUSA; ALMEIDA, 2016; DIDONET; FONTANA, 2011; GONÇALVES, 2016; ISHARA; BANDEIRA; ZUARDI, 2008; LIMA et al., 2014). As condições de trabalho e o salário constituem-se nos principais motivos de insatisfação (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011). Além disso, outras questões relacionadas às condições de trabalho são exploradas por outros estudos como: a carência de recursos

humanos e materiais nos serviços, de instalações adequadas; de materiais para realização de oficinas, de veículo para visitas domiciliares, de alimentação para as refeições dos usuários (ALVES; DOURADO; CÔRTEZ, 2013; ATHAYDE; HENNINGTON, 2012; GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011; LIMA et al., 2014).

Segundo Macedo et al. (2013) em seu estudo com o objetivo de conhecer as percepções e sentimentos dos profissionais sobre a prática em serviços de saúde mental, com foco na satisfação profissional, os impasses vivenciados e os entraves à satisfação profissional, evidenciam o conflito dos trabalhadores frente às exigências do ideário da Reforma Psiquiátrica brasileira, ao qual se sentem aderidos. Porém, a ausência de recursos necessários à sua aplicação, explicitam uma situação conflituosa de lidar com a angústia de não poder fazer seu trabalho, de acordo com aquilo que acreditam que deveria ser feito.

Um ambiente terapêutico, como se propõe o CAPSad, deve ser constituído pela sua estrutura física e pelo ambiente sócio emocional da equipe que o compõe. As relações profissionais e a assistência aos usuários e seus familiares devem extrapolar a lógica de fragmentação do cuidado e nas explicações de causa e efeito da doença. Os ambientes físicos devem ser ambientes saudáveis para assim reduzir as diferenças entre as políticas públicas de saúde e a realidade dos profissionais e usuários destes ambientes (ARANTES; SOUSA; ALMEIDA, 2016).

Fatores resultantes da própria estrutura organizacional podem comprometer o desenvolvimento e a atuação dos profissionais, tais como desvalorização do trabalho, ausência de plano de carreira, comunicação deficiente, falta de planejamento, salário incompatível com a função ou muito abaixo do mercado (DIDONET; FONTANA, 2011).

No estudo realizado por Arantes; Sousa; Almeida (2016) percebeu-se que a satisfação do profissional depende de diferentes variáveis e os trabalhadores em saúde mental mostraram insatisfação quanto à remuneração, cuja questão verificou-se nos índices muito altos de pessoas insatisfeitas. As respostas dadas aos questionamentos revelam que o fator salarial é motivo de insatisfação por parte dos profissionais da rede pública e também da rede privada. Observa-se que o salário é um indicador importante de valorização profissional, não atingindo o nível esperado pelos trabalhadores. Conclui-se, portanto que é preciso investimento e valorização aos profissionais também em relação aos rendimentos financeiros, assim como, na capacitação, no fornecimento de condições de atuação favoráveis com relação a materiais e instrumentos e meios de progressão na área.

Um estudo realizado no Rio Grande do Sul avaliou a satisfação no trabalho de enfermeiros e entre as principais fontes de insatisfação está a baixa remuneração salarial,

considerado como um fator de desmotivação (FONTANA, 2009). Essa realidade também foi percebida no estado da Pensilvânia, em um estudo com cuidadores da área da enfermagem que demonstrou que em geral os profissionais estão satisfeitos com o trabalho e com a relação com os colegas de trabalho, mas pouco satisfeitos com os salários e as oportunidades de promoção oferecidas (CASTLE; DEGENHOLTZ; ROSEN, 2006).

Em outra pesquisa realizada com terapeutas ocupacionais que atuam em um serviço público de saúde mental da Austrália, os resultados apontaram que a maior satisfação no trabalho foi associada a remuneração e reconhecimento, bem como a um trabalho cognitivo desafiador. As variáveis mais significativamente associadas ao menor bem-estar foram as demandas de contato com usuários ou famílias e sentimentos de estresse ou fadiga. O estudo sugere, entre outras ações, que os profissionais devem receber apoio do gestor do serviço e da direção, devolutivas em relação ao trabalho desenvolvido, maior participação na tomada de decisões e melhores recompensas empregatícias, especificamente a remuneração e o reconhecimento profissional (SCANLAN; STILL, 2013).

Como é possível perceber neste estudo, as maiores fontes de satisfação estão relacionadas, prioritariamente ao cuidado do usuário do serviço o que demonstra comprometimento dos trabalhadores com a qualidade da atenção à saúde mental e as fontes de insatisfação estão relacionadas aos modestos recursos materiais, de formação e educação permanente em saúde e sob um salário que não é considerado suficiente.

Ao relacionar a variável sexo com a satisfação no trabalho, essa pesquisa identificou que os profissionais do sexo masculino apresentam maior satisfação em todos os fatores da escala em comparação as trabalhadoras do CAPSad. Esse resultado deve estar relacionado às características sociais e históricas do papel da mulher como responsável pelo cuidado da casa, dos filhos, do marido e pela inclusão no mercado de trabalho. As funções são realizadas em duplas, até triplas jornadas diárias de trabalho.

Rebouças, Legay e Abelha (2007) em seu estudo realizado com funcionários de uma instituição de assistência à saúde mental para pacientes de longa permanência no Rio de Janeiro, com o objetivo de avaliar o nível de satisfação e o impacto causado nos profissionais, observou que as mulheres apresentaram menor nível de satisfação no emprego e maior impacto do trabalho.

A satisfação é um estado que depende de fatores pessoais, sociais e circunstanciais e por isso se torna difícil conceituá-lo. Apesar disso, é possível afirmar a partir desse estudo que as maiores fontes de satisfação estão relacionadas, principalmente, ao cuidado do usuário do serviço, à adesão ao tratamento, à relação com a equipe, a participação nas decisões do serviço,

sua autonomia, entre outros fatores já explicitados. Esses resultados revelam o comprometimento dos trabalhadores dos CAPSad com a proposta de atenção integral à saúde dos usuários dos serviços, o desenvolvimento da RAPS e o foco nas proposições da Reforma Psiquiátrica.

Conhecer a indicação de satisfação dos profissionais dos CAPSad da região do Triângulo Mineiro é importante para identificar aspectos do trabalho que precisam ser melhorados e, conseqüentemente, aprimorar a atenção integral à saúde das pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas.

5.2.4 Sobrecarga dos profissionais

A sobrecarga geral dos profissionais obteve escore médio de 2,10. A escala IMPACTO-BR, apresenta questões quantitativas cujas respostas estão dispostas em uma escala ordinal tipo Likert de 5 pontos e classificam-se em: (1) de forma alguma; (2) não muito; (3) mais ou menos; (4) muito; (5) extremamente, de acordo com a pergunta apresentada. Se não há impacto, a resposta é "de forma alguma", enquanto que "extremamente" significa grande sobrecarga apresentada pelo profissional. No tocante à sobrecarga geral, verificou-se que os profissionais apresentaram um escore de sobrecarga entre o baixo (escore = 2) e o mais ou menos (escore = 3).

Em relação ao impacto do trabalho na saúde dos trabalhadores da equipe de saúde mental, os aspectos que se destacam são: fatores relacionados aos efeitos do trabalho nos aspectos físico e mental, como os problemas físicos descritos pelo trabalhador, consultas ao médico, uso de medicamentos, efeito do trabalho sobre a sua estabilidade emocional e sobre sua necessidade de procurar ajuda profissional; funcionamento da equipe, que podem ser percebidos na frequência com que o profissional pensa em mudar de trabalho, na frequência em que pensa em outro tipo de trabalho que o faria se sentir mais saudável, afastamentos por doença devido ao estresse no trabalho, receio de ser agredido no trabalho, qualidade do sono e saúde em geral; sentimento de estar sobrecarregado, expresso por sentir-se frustrado com os resultados do trabalho, sentir-se sobrecarregado pelo contato constante com os pacientes, sentir-se cansado após o trabalho, sentir-se deprimido por trabalhar com pessoas com distúrbios mentais, sentir-se estressado por trabalhar com doença mental (BANDEIRA; ISHARA; ZUARDI, 2007).

Bandeira, et al. (2007) explicitam que os profissionais junto com os familiares dos usuários são os agentes que mais sofrem sobrecarga nos serviços de saúde mental. Na

investigação da satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental, constatou-se que a avaliação dos trabalhadores se faz necessária, pois ambas as variáveis têm sido consideradas preditivas de qualidade deste serviço.

Os resultados de outros estudos referentes ao trabalho na saúde mental, mostraram alguns entraves que interferiram na atividade dos profissionais, como constantes interrupções no trabalho, que interferiam no desempenho dos profissionais, dificuldades em realizar simultaneamente tarefas de natureza distintas. Foi destacado pelos profissionais também, o impacto provocado pelo envolvimento afetivo com os pacientes como fonte de sobrecarga e outros aspectos como à imprevisibilidade, à falta de instrumentos básicos para realização do trabalho, ao número reduzido de profissionais e às precárias condições de trabalho, mas de modo geral, os estudos apreenderam uma sobrecarga geral baixa (ALVES et al., 2013; CAMILO et al., 2012; DE MARCO et al., 2008; DIAS; FUREGATO, 2016; ISHARA, 2007; LEAL; BANDEIRA; AZEVEDO, 2012; PELISOLI; MOREIRA, 2007; REBOUÇAS et al., 2008; VIEIRA, 2015).

No presente estudo, diante dos resultados relativamente baixos, referentes à sobrecarga, cogita-se que os profissionais encontraram formas ou estratégias de enfrentamento para diminuí-la. Ainda assim, o resultado em relação à satisfação apresentada pelos profissionais, com a maioria dos aspectos do serviço, talvez tenha sido um fator que contribuiu para um baixo sentimento de sobrecarga no trabalho. Destaca-se também a significativa satisfação dos profissionais em relação ao fator qualidade dos serviços e ao fator relacionamento da equipe, supondo-se que o contato com os usuários e a relação com os colegas de trabalho contribuiu para amenizar a sobrecarga ocupacional, influenciando o resultado de baixo escore de sobrecarga encontrado.

O fator “sobrecarga sobre as repercussões emocionais” apresentou o maior escore médio (2,33), sobrecarga de “não muito” (escore = 2) a “mais ou menos” (escore = 3). Ao relacionar os profissionais que consideram a formação acadêmica suficiente para trabalhar no CAPSad e os que sentem necessidade de capacitação, essa dimensão também apresentou as maiores médias nas duas variáveis.

Esse fator contém cinco itens que avaliam os efeitos do desenvolvimento das atividades profissionais no estado emocional do trabalhador e sua percepção de estar sobrecarregado. Esses itens relacionam-se aos seguintes aspectos da sobrecarga: sentir-se frustrado com os resultados do trabalho, sentir-se sobrecarregado pelo contato contínuo com os pacientes, sentir-se cansado após o trabalho, sentir-se deprimido por trabalhar com pessoas com transtornos

mentais e sentir-se estressado por trabalhar com doença mental (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000).

O resultado encontrado neste fator corresponde à outros estudos realizados com profissionais da área da saúde mental (ALVES et al., 2013; CAMILO et al., 2012; LEAL; BANDEIRA; AZEVEDO, 2012; REBOUÇAS et al., 2008; REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2007).

O fato de lidar com o sofrimento psíquico, emocional ou social requer dos profissionais envolvidos o desenvolvimento de competências interpessoais, sugerindo como ideal o acompanhamento psicológico dos profissionais, no intuito de desenvolverem estratégias de adaptação e manejo para atuar com os usuários. As estratégias de suporte social encontradas pelos profissionais de saúde mental estão relacionadas a busca de apoio e ajuda através do relacionamento com outras pessoas, como familiares, amigos ou colegas de trabalho que ajudam a diminuir a sobrecarga emocional, seguido por resolução de problemas e autocontrole, sendo menos utilizadas as estratégias de afastamento e de confronto (SANTOS; CARDOSO, 2010).

As estratégias menos utilizadas no contato com os usuários se relacionam à procura pelo distanciamento da situação ou sua não-resolução (afastamento) ou o manejo por meio de esforços agressivos contrários ao contato com os usuários (confronto), indicando serem essas estratégias menos adaptativas à situação que vivenciam. A menor utilização das estratégias de afastamento e confronto em relação à sobrecarga gerada pelo contato com os usuários com dificuldades emocionais pode apontar para uma atitude favorável ao processo terapêutico (SANTOS; CARDOSO, 2010).

O cuidado no campo da saúde mental requer disponibilidade emocional por parte do profissional e essa atitude, geralmente, vai além das competências técnicas exigidas para o exercício das funções, o que pode gerar tensões, adoecimentos e desequilíbrio psíquico. Esse resultado aponta para a importância da educação continuada e capacitação profissional para o desenvolvimento de estratégias mais adaptativas no contexto de trabalho, reforçando a necessidade de acompanhamento do profissional e o desenvolvimento de habilidades para o manejo de situações estressantes e a diminuição da sobrecarga em relação aos aspectos emocionais do trabalhador.

Os CAPSad são espaços de cuidado, em que a educação permanente dos profissionais que ali atuam, se torna fundamental para o êxito no tratamento, devido à complexidade biopsicossocial do cuidado das pessoas que fazem uso problemático de drogas. Essa complexidade envolve determinantes e condicionantes sociais e as peculiaridades do indivíduo,

de seus familiares, o padrão de uso, os prejuízos individuais e coletivos decorrentes desse consumo. Para a realização de um cuidado integral de qualidade, o profissional de saúde mental requer atualizações regulares que oferecerão suporte para o desenvolvimento desse modelo de atenção psicossocial que envolve relações sociais, expressões emocionais, afetivas e biológicas, desafiando a prática e exigindo a interdisciplinaridade dos saberes.

O fator “sobrecarga no funcionamento da equipe” obteve o escore de sobrecarga (2,22), de “não muito” (escore = 2) a “mais ou menos” (escore = 3). Esse domínio da escala contém seis itens que se referem à frequência com que o profissional pensa em trocar de atividade profissional, com que ele pensa que outro tipo de trabalho o faria sentir mais saudável, afastamentos por doença relacionados ao estresse no trabalho, grau em que o trabalhador tem receio de ser agredido durante o desenvolvimento de sua atividade profissional, repercussão do trabalho na qualidade do sono e efeito do trabalho na sua saúde em geral (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000).

Pelisoli e Moreira (2007) em estudo realizado com trabalhadores de um CAPS, verificaram que, entre os fatores geradores de sobrecarga, foram destacados pelos participantes as dificuldades institucionais, a baixa adesão dos pacientes ao tratamento e as dificuldades operacionais, como a falta de pontualidade dos profissionais, que compromete o trabalho da equipe, e os procedimentos utilizados em casos de internações psiquiátricas. Um dos profissionais descreveu como fator de sobrecarga o fato de comunicar ao usuário do CAPS que ele será atendido somente uma vez ao mês. Foram também associados à menor sobrecarga os fatores relacionados à tarefa técnica, como intervenções sociais em grupos ou com crianças; as atividades desenvolvidas em reuniões de planejamento e avaliação; os aspectos de relacionamento interpessoal entre os membros da equipe. Ainda, foram apresentados os fatores que poderiam ser modificados para diminuir a sobrecarga de trabalho: a ampliação dos serviços oferecidos, aumento do tempo de atendimento individual e da autonomia na aplicação dos recursos financeiros.

A dimensão “sobrecarga na saúde física e mental” apresentou o menor escore médio (1,94). O escore está mais próximo do grau de sobrecarga “não muito” (escore = 2). Esse fator avalia o impacto do trabalho sobre a saúde física e mental, contém cinco itens que fazem referência a frequência de problemas físicos sentidos pelo trabalhador da equipe; a frequência de avaliações médicas; a frequência com que ele faz uso de medicamentos; os efeitos do trabalho sobre a estabilidade emocional; e sobre a necessidade de buscar apoio profissional em decorrência desses problemas (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000).

O resultado encontrado neste fator está de acordo com os achados por outros autores (CAMILO et al., 2012; DIAS; FUREGATO, 2016; ISHARA, 2007; LEAL; BANDEIRA; AZEVEDO, 2012; PELISOLI; MOREIRA, 2007; REBOUÇAS et al., 2008; REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2007). Esses resultados sugerem que o impacto do trabalho pode ter sido compensado pela influência de fatores mediadores, como implicação subjetiva dos profissionais na realização da sua atividade, capacidade de elaborar estratégias subjetivas para a concretização do trabalho e relacionamento da equipe (LEAL; BANDEIRA; AZEVEDO, 2012).

A comparação dos escores do IMPACTO-BR em relação a variável TMC, identificou que os profissionais que possuem TMC apresentaram maior escore médio no domínio sobrecarga no funcionamento da equipe, já aqueles que não possuem TMC apresentaram maior escore médio no domínio sobrecarga sobre as repercussões emocionais.

A correlação entre os fatores do SATIS-BR e os domínios do IMPACTO-BR apresentou correlação média com a variável tempo de trabalho com pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas para o domínio grau de sobrecarga referente aos efeitos ressentidos pela equipe na sua saúde física e mental. Esse dado corrobora com os achados de outro estudo que evidenciaram que os profissionais que trabalham em CAPS entre sete e 24 meses, tiveram reduzidas em 70% as chances de estarem satisfeitos em relação àqueles com seis meses ou menos de atuação nos serviços e a sobrecarga de trabalho, que reduziu em 52% as chances de estar satisfeito no trabalho nos CAPS (LAPISCHIES et al., 2014).

Essa associação entre o tempo de serviço e maior sobrecarga na saúde física e mental pode sugerir que a constante busca por objetivos que não são alcançados pode gerar descrença quanto à efetividade do seu trabalho e do serviço em que atua.

Houve associação entre sobrecarga geral de trabalho e maiores escores de TMC. De acordo com Karasek (2000), a sobrecarga gera um estado de tensão ou estresse no trabalhador quando tenta manter seu desempenho contra um número excessivo de desafios e quando o trabalhador falha em sua tentativa de controle. O alto nível de tensão é gerado pelo esgotamento ou excesso de fadiga ou por uma tensão debilitante que afeta sua saúde, as realizações pessoais e sua satisfação no trabalho. Além disso, quando o trabalhador consegue equilibrar a situação, ele pode enfrentar novos desafios. No entanto, quando isso não acontece, ocorre um estado de desequilíbrio interno, a falta de controle sobre situações como a sobrecarga pode causar ao trabalhador uma restrição para usar todas as suas habilidades e o risco de doença fica evidente, inclusive os transtornos mentais.

Os resultados obtidos com a aplicação das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR revelam que os trabalhadores que atuam nos CAPSad da região do Triângulo Mineiro sentem-se, de modo geral, satisfeitos com o trabalho em seus diversos aspectos e percebem poucos efeitos de sobrecarga do trabalho, sejam eles de ordem física, mental ou emocional. Assim, as informações obtidas nas duas escalas demonstram que o relacionamento interpessoal, as reuniões de equipe, o contato com os usuários e as tarefas técnicas são fatores de satisfação, enquanto as dificuldades e entraves institucionais relacionados principalmente à burocracia da administração pública e à falta de recursos materiais e humanos, baixos salários e a baixa adesão dos usuários ao tratamento são vistos como fatores que geram insatisfação e mais efeitos de sobrecarga aos trabalhadores.

5.2.5 Qualidade de vida dos profissionais

O termo “qualidade de vida” esteve, historicamente, relacionado com a saúde mental, tendo inicialmente surgido como uma avaliação subjetiva da pessoa intimamente ligada à sua capacidade de viver plenamente. No entanto, ao longo do tempo o conceito de qualidade de vida foi-se ampliando de modo a incluir uma dimensão cognitiva, expressa em termos de satisfação com a vida, bem como, uma dimensão emocional expressa por meio da felicidade dos indivíduos ou das suas emoções. Assim como, o termo “bem-estar” sofreu diversas modificações conceituais ao longo do tempo, tendo-se aproximado dos conceitos de saúde, qualidade de vida e relações interpessoais, liberdade de expressão e satisfação com o trabalho (CANAVARRO et al., 2010).

O grupo WHOQOL formado por pesquisadores em qualidade de vida da OMS, propôs um conceito para qualidade de vida entendido como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se de uma definição que resulta de um consenso internacional, representando uma perspectiva transcultural, que contempla a complexa influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características salientes do respectivo meio, na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual (WHOQOL, 1994).

Segundo Fleck (2008), três aspectos fundamentais sobre o construto qualidade de vida estão implícitos nesse conceito do Grupo WHOQOL: A subjetividade, isto é, a perspectiva do indivíduo é o que está em questão. A realidade objetiva só conta na medida em que é percebida pelo indivíduo. A multidimensionalidade, isto é, a qualidade de vida é composta por várias

dimensões. Este aspecto tem uma consequência métrica importante: a de não ser desejável que um instrumento que mesure a qualidade de vida venha a ter um único escore, mas sim a sua medida ser feita por meio de escores em vários domínios (por exemplo, físico, psicológico, social, meio ambiente). A presença de dimensões positivas e negativas, assim, para uma “boa” qualidade de vida, é necessário que alguns elementos estejam presentes (por exemplo, mobilidade) e outros ausentes (por exemplo, dor).

Neste sentido, mostra-se fundamental considerar a percepção subjetiva quanto à satisfação do indivíduo em relação a diferentes aspectos da qualidade de vida, como seus componentes físico, psicológico, social, cultural e espiritual (SANTOS; CARDOSO, 2010).

A qualidade de vida do trabalhador da saúde mental envolve um nível de complexidade, que extrapola a saúde física e emocional, encontrando ressonâncias em todo ambiente em que o profissional se encontra inserido, tanto no âmbito familiar quanto no social. Isso significa que não depende somente do ambiente físico, mas também da comunicação e das relações interpessoais existentes no ambiente de trabalho e fora dele.

A qualidade de vida dos profissionais dos CAPSad neste estudo foi verificada com a aplicação da escala do WHOQOL-BREF, traduzida e validada para o português por Fleck e cols. (2000), objetiva avaliar a qualidade de vida do indivíduo em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK et al., 2000).

No que se refere aos escores de qualidade de vida, eles são descritos por uma escala positiva, quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida, e não existem pontos de corte que determinem um escore abaixo ou acima do qual se possa avaliar a qualidade de vida como ruim ou boa (PEREIRA et al., 2006).

De modo geral, nesta pesquisa verifica-se que para todos os domínios, os valores obtidos são elevados, estando todos acima dos 62%. Particularizando, o domínio com maior destaque é o domínio físico, seguido do domínio relações sociais. Pode-se, portanto, afirmar que os níveis de qualidade de vida dos profissionais atuantes nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro aparentam ser bastante satisfatórios, o que está alinhado com o fato dos valores obtidos em relação à satisfação e o impacto do trabalho.

O domínio físico apresentou o maior escore médio (75,59). Esse domínio avalia os seguintes aspectos: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho (FLECK et al., 2000).

Outros estudos que avaliaram a qualidade de vida através do WHOQOL-BREF de profissionais da saúde, também tiveram maior escore no domínio físico em relação aos outros

domínios, entre eles os estudos de Ferigollo, Fedosse e Santos (2016) com profissionais da saúde pública; Gomes, Silva Mendes e Fracolli (2016) com ACS; Lopes e Macedo (2016) com enfermeiros da atenção básica; Nunes e Freire (2006) com dentistas; Spiller, Dyniewicz e Slomp (2008) com fisioterapeutas; Vasconcellos e Costa-Val (2008) com ACS; e Calumbi et al. (2010) com médicos.

O domínio relações sociais obteve o segundo escore médio (72,35) e avalia as relações pessoais; o suporte e/ou apoio social; atividade sexual. O trabalho nos CAPSad baseia-se nas relações e nos vínculos estabelecidos com a equipe, com os usuários e também com a comunidade.

Sendo assim, o cuidado deixa de ser apenas um procedimento ou uma intervenção e passa a ser uma relação onde a ajuda é no sentido da qualidade do outro de ser ou de vir a ser, respeitando-o, compreendendo-o, tocando-o de forma mais afetiva (WALDOW, 2009). O papel do profissional como mediador e articulador das relações sociais é elemento fundamental para que as estratégias de cuidado propostas pelos CAPSad sejam concretizadas. Para que isso ocorra, há de se construir uma boa relação entre esses atores e disso depende o êxito institucional e o melhor rendimento profissional com aumento na satisfação pessoal.

O domínio psicológico aparece em terceiro (escore = 68,31), ele avalia os sentimentos positivos, o pensamento, aprendizagem, memória e concentração; a autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais.

O esgotamento e o estresse profissional têm sido considerados sérias ameaças para os profissionais da área da saúde, podendo afetar sua saúde, sua qualidade de vida, o rendimento e eficiência no trabalho, além de causar dificuldades de comunicação e insatisfação, com consequentes repercussões na qualidade da assistência.

O domínio meio-ambiente apresentou o menor escore médio (62,56), esse domínio verifica a segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação e/ou lazer; ambiente físico como poluição, ruído, trânsito, clima, entre outros; e transporte (FLECK et al., 2000).

Outros estudos que avaliaram a qualidade de vida através do WHOQOL-BREF de profissionais da saúde, também tiveram menor escore no domínio meio-ambiente em relação aos outros domínios, entre eles os estudos de Gomes, Silva Mendes e Fracolli (2016) com ACS; Lopes e Macedo (2016) com enfermeiros da atenção básica; Nunes e Freire (2006) com dentistas; Kluthcovsky et al. (2007) com ACS; Ferigollo, Fedosse e Santos (2016) com profissionais da saúde pública; Spiller, Dyniewicz e Slomp (2008) com enfermeiros,

fisioterapeutas e nutricionistas; Paschoa, Zanei e Whitaker (2007) com enfermeiros; Vasconcellos e Costa-Val (2008) com ACS e Calumbi et al. (2010) com médicos.

Os baixos escores referentes ao domínio meio-ambiente verificados entre os profissionais dos CAPSad onde o estudo foi desenvolvido podem estar relacionados ao tempo excessivo dedicado ao trabalho, o que prejudica a vida pessoal dos trabalhadores, bem como, diminui o tempo disponível para passar com os filhos e a família, além da baixa remuneração e da precariedade do emprego. Ainda, as dificuldades nas relações interpessoais que permeiam o trabalho cotidiano, do contato direto com o sofrimento dos usuários atendidos nos serviços. As condições de trabalho, muitas vezes precárias, são consideradas um agente desencadeador do sofrimento no trabalho, pois o trabalhador se vê impotente em relação a qualidade da assistência ao cliente gerando insatisfação no trabalho e ainda um rompimento no seu processo de trabalho, como verificado em relação à satisfação e o impacto do trabalho.

Considerando a atuação nos CAPSad e as atribuições inerentes à equipe, os profissionais precisam ter amplos conhecimentos para atuarem na atenção integral à saúde das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, verificado neste estudo, como as dificuldades no processo de trabalho, principalmente no que tange à formação acadêmica insuficiente para atuar com conhecimento sobre vínculo, acolhimento, escuta qualificada e trabalho em equipe, fundamentais para o trabalho na saúde mental; os recursos materiais, humanos e da RAPS que não atendem às necessidades dos serviços e de seus usuários; aspectos que não foram requisitados, minimamente, durante a admissão do profissional na equipe, tornando-se um fator estressor, ao lado da demanda excessiva e variada de trabalho. Há um distanciamento entre a formação acadêmica e a realidade dos serviços, é urgente a aproximação entre essas instâncias, para que haja um modo de trabalho eficiente em saúde mental.

Esses trabalhadores podem ter sua qualidade de vida alterada num curto espaço de tempo devido ao comprometimento da integridade físico-emocional, perda da autoestima ou processo de trabalho insatisfatório, o que pode afetar diretamente a qualidade do serviço prestado aos usuários. A alteração na qualidade de vida pode repercutir tanto no processo de trabalho, quanto no desempenho da equipe (MIRANZI et al., 2010).

Neste contexto, pode-se afirmar que a satisfação e/ou insatisfação do trabalho dependem do sucesso ou fracasso dos indivíduos, como também das possibilidades e oportunidades aos trabalhadores da saúde mental. As reflexões sobre satisfação e insatisfação no trabalho e qualidade de vida dos profissionais deveriam ser parte das estratégias de cuidado oferecidas pelos serviços, permeadas não somente por condições para a qualidade do trabalho, mas por

ações e capacitações que possam modificar, melhorar ou implementar condições adequadas e atendimento profissional competente e responsável.

Na análise comparativa verificou-se que no domínio físico houve uma maior discrepância entre os escores das profissionais do sexo feminino que apresentaram menor escore médio (69,94) em relação aos profissionais do sexo masculino (83,48). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os demais domínios e as variáveis. Porém, é importante ressaltar que o acúmulo de tarefas da mulher atual pode influenciar esse resultado, uma vez que este domínio avalia questões relacionadas com dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho.

Fatores como gravidez, parto, amamentação, cuidados domésticos, participação da educação dos filhos, além do próprio trabalho, podem estar associados com menor saúde e qualidade de vida, pois é notável que a mulher na sociedade brasileira ainda desempenha, quase que, exclusivamente, responsabilidades que poderiam ser compartilhadas com seus companheiros. Quando a dupla jornada diária (casa e trabalho), são percebidas no cotidiano da mulher, fatores como lazer e entretenimento passam a não ser tão corriqueiros na vida dessas profissionais.

É importante que as mulheres tenham percepção sobre sua realidade, posição na vida com relação a seus objetivos, expectativas, valores, padrões e preocupações e desenvolvam medidas, individuais e/ou coletivas que possam minimizar a sobrecarga de trabalho e o estresse cotidiano.

Em relação a comparação dos escores do WHOQOL-BREF com a variável TMC, verificou-se que os profissionais que possuem TMC apresentaram menor escore médio nos domínios físico (65,31) e psicológico (60,88) em relação aos que não apresentam TMC, domínios físico (76,78) e psicológico (72,59).

Os resultados encontrados neste estudo corroboram com Fogaça, Carvalho e Nogueira-Martins (2010) que afirmaram que a associação entre adoecimento mental no trabalho e qualidade de vida mostra um grau de comprometimento da qualidade de vida física e psicológica em situações de alta demanda psicológica no trabalho. Ressalta-se um impacto significativo da demanda psicológica do trabalho nas dimensões física, psicológica e meio ambiente da qualidade de vida.

Desse modo, os profissionais dos CAPSad onde o estudo foi realizado, além de apresentarem uma alta prevalência de TMC, apresentam comprometimento na qualidade de vida, devido às características do trabalho a que estão submetidos.

Os TMC podem ser causados por fatores relacionados ao ambiente profissional, como baixo nível de controle sobre o próprio trabalho, elevadas demandas psicológicas e baixo apoio social. Os transtornos mentais relacionados ao trabalho têm sido considerados problema de saúde pública em função de sua alta prevalência em profissionais e de suas consequências, como o absenteísmo, incapacidades para o trabalho e aposentadoria precoce. Apesar de serem prevalentes entre os trabalhadores, não são reconhecidos com frequência nos atendimentos clínicos. Setores em que há demandas psicossociais muito elevadas devido às características estressantes do tipo de trabalho realizado, como na área da saúde, os trabalhadores estão mais vulneráveis ao adoecimento psíquico e sofrimento (CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016).

Borges et al. (2002) alertam para os custos emocionais e as necessidades que envolvem a saúde mental dos trabalhadores da área da saúde. Portanto, para uma instituição atingir seus objetivos no atendimento e qualidade da atenção prestada, é necessário ter profissionais satisfeitos e que gozem de boa qualidade de vida.

De Marco, et al. (2008) observaram escores mais elevados na subescala referente ao impacto emocional, assim como maior presença de TMC nos profissionais de terapia ocupacional e serviço social, além disso, descrevem que os profissionais que trabalham mais de 20 horas semanais apresentam prejuízos na sua qualidade de vida.

Outro aspecto que deve ser considerado na atuação dos trabalhadores dos CAPSad é em relação as responsabilizações do profissional de referência em saúde mental, relatadas como geradores de sofrimento psíquico. Entende-se neste caso a referência como um dos dispositivos clínicos do trabalho em saúde mental, que tem como finalidade o estreitamento do vínculo entre os profissionais e usuários, a interdisciplinaridade e a interlocução e articulação com as redes familiares, sociais, culturais, socioeducacionais, entre outros. Os resultados evidenciaram três categorias relacionadas ao sofrimento psíquico: 1) vínculo com usuário e o sofrimento psíquico do referente; 2) organização do trabalho e o papel do referente e 3) suporte institucional e a dimensão clínica no trabalho do profissional de referência. A atuação do profissional de referência em saúde mental exige uma articulação de vários conhecimentos e de diversos campos relacionais, com múltiplas possibilidades de trocas e conflitos (SILVA; COSTA, 2010).

Em um estudo realizado no Chile sobre os fatores psicossociais de risco no trabalho e na qualidade de vida dos trabalhadores de um centro de reabilitação de saúde mental, especificamente os causadores de estresses, apreendeu-se que 77,8% dos participantes da pesquisa percebem seu trabalho com alta carga de trabalho mental. Em relação à avaliação psicossocial, 78,6% perceberam demandas psicológicas com um elevado nível de risco. Existe

uma grande demanda em relação ao trabalhador de saúde que atende pessoas com transtornos psiquiátricos, a forma como o trabalho é sistematizado e a estrutura organizacional são particularmente relevantes, uma vez que a concepção do local de trabalho, a clareza das funções técnicas e profissionais, a pertinência da informação, da equipe, liderança, motivação dos trabalhadores e do ambiente de trabalho influenciam diretamente no impacto do trabalho e na vida dos trabalhadores e da sua saúde, mas também na qualidade da assistência ao paciente (AGUIRRE MARTÍNEZ, 2010).

Athayde e Hennington (2012) desenvolveram um estudo com o objetivo de analisar situações concretas de trabalho no CAPS, tendo como foco o processo saúde-doença-trabalho dos profissionais de saúde mental. O método escolhido foi o estudo de caso e as discussões se pautaram nos referenciais teóricos da Ergologia e da Psicodinâmica do Trabalho. Os resultados apontaram três categorias analíticas definidas a partir do material produzido por entrevistas: (1) coletivo de trabalho, (2) dinâmica do reconhecimento e (3) sofrimento e defesas. A primeira categoria evidenciou que a atividade cotidiana dos profissionais de saúde mental demanda grande envolvimento subjetivo e revelou-se desgastante, gerando sofrimento e doenças. As condições de trabalho insatisfatórias repercutiram no serviço prestado e na saúde dos trabalhadores. Ainda assim, foi possível identificar potência criativa e aspectos de satisfação pelo trabalho desenvolvido. As principais estratégias utilizadas pelos profissionais para o enfrentamento e a superação das adversidades presentes no trabalho foram o apego aos ideais do SUS e da Reforma Psiquiátrica, o suporte da equipe e o reconhecimento do trabalho realizado (ATHAYDE; HENNINGTON, 2012).

Ao correlacionar os domínios do WHOQOL-BREF com as variáveis idade, escolaridade, tempo de trabalho no CAPSad e tempo que realizou capacitação profissional, verificou-se correlação média para o domínio psicológico com a variável escolaridade. Quanto maior a escolaridade do profissional do CAPSad maior o escore da qualidade de vida.

Esse resultado sugere que, para os profissionais com uma escolaridade mais elevada, o trabalho pode oferecer acesso a diferentes recursos em favor da qualidade de vida, como melhores condições de moradia, acesso ao lazer, a assistência à saúde, educação de qualidade para os filhos, condições de moradia adequadas, entre outros recursos e também proporciona atividades com maior retorno financeiro. Além disso, maiores recursos financeiros consequentes da maior escolaridade propiciam acesso ao lazer que pode fornecer oportunidades de interação social e auxiliar no sentimento de bem-estar e no desenvolvimento do potencial individual, trazendo benefícios para a saúde e para o controle do estresse.

Na correlação dos domínios do WHOQOL-BREF com os fatores da SATIS-BR, observou-se correlação média para os domínios físico, psicológico, social e ambiental com a satisfação em relação à participação no serviço.

A Reforma Psiquiátrica que tem se consolidado no Brasil a partir da década de 1980, tem exigido dos profissionais o protagonismo e participação nas decisões dos serviços substitutivos, como os CAPSad, para a superação do modelo asilar centrado nas rígidas normas institucionais.

Ao verificar neste estudo que os trabalhadores dos CAPSad que apresentam maior satisfação em relação à participação no serviço também apresentam melhor qualidade de vida em todos os domínios do WHOQOL-BREF, essa lógica se faz ainda mais necessária no cotidiano dos serviços de saúde mental.

Essa transformação na forma de cuidar em saúde mental passa pela horizontalidade da equipe em relação aos usuários e seus familiares, aproximando os atores na busca de estratégias que visam promover o bem-estar e a inclusão social. Nessa perspectiva, o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas busca abranger as necessidades do sujeito de acordo com suas características peculiares, de forma ampla e irrestrita, superando o modelo hospitalocêntrico que possuía característica hierárquica em relação aos pacientes internados, que tinha como foco a doença e sua medicalização em detrimento da pessoa.

A participação dos profissionais nas decisões sobre o funcionamento do CAPSad e da assistência desenvolvida exige também uma melhor articulação e mediação em busca da participação dos usuários e de seus familiares nesta gestão.

O modo psicossocial tem buscado modificar o papel dos familiares no tratamento e na reabilitação do indivíduo em sofrimento psíquico. No momento em que as famílias recebem apoio e orientação adequada, podendo compartilhar seus problemas e dificuldades, elas demonstram seu comprometimento com o cuidado ao seu familiar adoecido. É importante, portanto, que a equipe técnica tenha possibilidade de promover espaços de atenção e cuidado à família nos serviços substitutivos de saúde mental, inserindo-a no processo de reabilitação, corresponsabilizando-a pelo cuidado de seu familiar e dando visibilidade à sua ação cuidadora (MIELKE et al., 2010)

Essas implicações da família no tratamento nos CAPSad, transformam-na em elemento fundamental na emancipação, participação e inclusão social dos usuários. Os profissionais passam a ser elos de mediação dessa interação entre os usuários, a família, o serviço e a comunidade. Para que isso ocorra de forma efetiva é necessário que cada equipe tenha autonomia para desenvolver as melhores estratégias que àquele contexto necessita.

Por conseguinte, a qualidade do serviço oferecido depende, entre outros fatores, da interação entre os diversos profissionais da equipe e das relações deles com os usuários, seus familiares e a comunidade, evitando a reprodução de um modelo manicomial caracterizado pelo predomínio do distanciamento e pelas relações hierárquicas (FERREIRA, 2015).

Apesar do estudo ter encontrado essa correlação positiva entre a satisfação em relação à participação no serviço e a qualidade de vida, esse fator do SATIS-BR obteve o penúltimo escore médio, ficando à frente apenas da satisfação quanto à condição de trabalho.

Sendo assim, é necessário que os CAPSad reflitam sobre a efetividade da participação dos profissionais nas tomadas de decisões no serviço.

Houve também correlação média para os domínios psicológico e social com a satisfação quanto à condição de trabalho. Esse resultado indica que os profissionais mais satisfeitos em relação à condição de trabalho também apresentam melhor qualidade de vida nos campos psicológico e das relações sociais, apontando para a significativa relevância da aceitação, satisfação e crenças pessoais, da rede social de apoio, assim como do contexto social do trabalho.

O apoio social pode tanto ser advindo de familiares, amigos ou mesmo dos próprios colegas de trabalho. Conforme apontado anteriormente, tomar medidas de criação de espaços de suporte ao profissional pode ser, então, efetivo tanto para a organização quanto para a sociedade, uma vez que auxilia o trabalhador no enfrentamento de suas dificuldades (SANTOS; CARDOSO, 2010).

Como já apontado por outros estudos (AGUIRRE MARTÍNEZ, 2010; ATHAYDE; HENNINGTON, 2012, 2012; BORGES et al., 2002; DE MARCO et al., 2008) e verificado também nesta pesquisa quanto maior a satisfação dos trabalhadores, melhor é a qualidade de vida. Os trabalhadores podem estar mais ou menos satisfeitos, não apenas com os fatores intrínsecos ao trabalho, mas também com outras questões, como a sua própria capacitação, a relação com os demais membros da equipe, a sua remuneração e recursos materiais e humanos necessários para a realização satisfatória do trabalho no CAPSad. Além disso, há de se considerar as relações extra-institucionais, como sua vida familiar, as oportunidades de participação em atividades culturais, sociais e de lazer, condições de moradia, de transporte, entre outras questões. Esse conjunto de elementos tem um papel relevante na saúde psíquica, na efetividade do trabalho e na qualidade de vida dos trabalhadores de todos os níveis. Portanto, conhecer e intervir no nível de qualidade de vida dos profissionais da saúde mental, especificamente, dos CAPSad, pode modificar o envolvimento dos profissionais no trabalho,

refletindo no bem-estar do usuário e na resolutividade dos problemas demandados por essa população.

A correlação dos domínios do WHOQOL-BREF com os fatores do IMPACTO-BR, verificou que houve correlação forte e inversa para os domínios físico, psicológico e ambiental com a sobrecarga geral, sobrecarga na saúde física e mental, sobrecarga no funcionamento da equipe e sobrecarga sobre as repercussões emocionais. E correlação inversa e moderada para o domínio social com a sobrecarga geral, sobrecarga na saúde física e mental e sobrecarga no funcionamento da equipe.

A partir desses resultados é possível afirmar, portanto, que o trabalhador que vivencia maior sobrecarga no trabalho tem menor qualidade de vida.

A atenção psicossocial, conforme já discutida neste estudo, ampliou o conjunto de cuidados necessários à população com transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, exigindo maior envolvimento dos profissionais com o serviço, com os usuários, seus familiares e a comunidade, o que pode resultar em maior sobrecarga.

A sobrecarga envolve aspectos psicológicos, emocionais e físicos causados por sentimentos de pressão relacionados com demanda excessiva no trabalho, frustração com o trabalho, cansaço, medo de agressão e desejo de mudanças de emprego (ISHARA; BANDEIRA; ZUARDI, 2008). Esses aspectos podem influenciar inversa e diretamente a qualidade de vida dos trabalhadores dos CAPSad.

A avaliação dos riscos psicossociais no trabalho desempenhado nos CAPSad é um dos desafios que pode garantir a segurança, a saúde e a qualidade de vida dos profissionais, a partir do conhecimento dos riscos, é possível propor intervenções nas situações de trabalho para criar condições que permitam melhorias na gestão do serviço, na qualidade do cuidado, na saúde do profissional, assim como na sua qualidade de vida.

Os resultados encontrados nesta pesquisa salientam a necessidade de se alterar aspectos do funcionamento desses serviços, melhoria nas condições de trabalho, implantação de estratégias preventivas de apoio e acompanhamento dos profissionais, por meio da criação e manutenção de espaços para supervisão, tutoria e grupos de reflexão, entre outras ações.

As correlações significativas apreendidas neste estudo para as variáveis satisfação quanto à condição de trabalho, sobrecarga geral e TMC, demonstrou associação entre sobrecarga geral de trabalho e menores escores nos domínios físico, psicológico e ambiental. E a variável satisfação quanto à condição de trabalho esteve associada com elevados escores de qualidade de vida do domínio social, esses achados vão ao encontro das hipóteses analisadas. Pode-se concluir, portanto, que as avaliações formam instrumentos de medida apropriados para

serem utilizados em estimativas do grau de satisfação, sobrecarga, TMC e qualidade de vida dos profissionais dos CAPSad. As escalas utilizadas são multifatoriais e permitiram avaliar, separadamente pelas subescalas e com escores de medida independentes, diferentes dimensões dos serviços.

O amplo conceito de qualidade de vida e suas variáveis possibilitaram elencar e discutir alguns fatores que interferem na qualidade de vida dos trabalhadores da área da saúde, e que podem comprometer o atendimento prestado aos usuários dos serviços. Dentre os fatores ressaltam-se o excesso de trabalho, os altos esforços, o estresse decorrente do ambiente de trabalho e das atividades profissionais, a insegurança no trabalho, as inadequadas condições de trabalho, e a insatisfação com os recursos financeiros. É importante ressaltar que a responsabilidade não é exclusiva do local de trabalho pelos comprometimentos encontrados, já que a qualidade de vida engloba vários aspectos que vão além do trabalho. O conhecimento dos aspectos comprometidos aponta para a necessidade de reflexão e atitudes que possam influenciar positivamente na saúde e qualidade de vida desses profissionais, ajudando-os não somente a sobreviver, e sim a viver com mais qualidade; além de contribuir para implementação de programas voltados para a melhoria das condições de vida e trabalho dos mesmos, o que pode favorecer a instituição e a população por eles assistida, na medida em que esses profissionais possam melhorar sua produtividade e qualidade da assistência (MASCARENHAS et al., 2013).

Deste modo, a qualidade de vida no trabalho nos CAPSad deve ser entendida como um indicador da qualidade da assistência das pessoas que têm problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, está intimamente relacionado à satisfação dos trabalhadores com o ambiente de trabalho; com a valorização da sua capacidade produtiva e remuneração adequada; do respeito às suas opiniões e participações na construção do serviço; nas oportunidades de capacitações profissionais e aprendizagem; na disponibilidade de recursos materiais e humanos.

Sendo assim, é essencial que os aspectos psicossociais desencadeadores de ambientes de trabalho desfavoráveis sejam levados em consideração para que novos projetos e processos de trabalho mais saudáveis sejam pensados. Outro ponto que deve ser ressaltado nos achados deste estudo é a percepção dos profissionais acerca da necessidade permanente da aprendizagem e capacitação profissional como processo fundamental para que a trajetória profissional seja mais bem desenvolvida e para que estejam preparados para as adversidades e para os desafios encontrados cotidianamente nos CAPSad.

A avaliação contínua dos aspectos psicossociais do trabalho junto aos profissionais dos CAPSad, a fim de identificar as dificuldades vivenciadas e os seus recursos potenciais podem

oferecer subsídios para a estruturação de programas de formação continuada que auxiliem na satisfação, na promoção da saúde física e mental, e, na qualidade de vida do trabalhador refletindo em uma boa qualidade da assistência.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo teve como objetivo analisar o perfil dos usuários dos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro do estado de Minas Gerais e os fatores psicossociais do trabalho desenvolvido nestes serviços.

Com relação ao perfil dos usuários, os dados foram coletados nos três CAPSad da Região do Triângulo Mineiro que existiam no momento da coleta dos dados. Apesar de ser uma região com, aproximadamente um milhão de habitantes, só havia o serviço disponibilizado pelo SUS nos dois maiores municípios da região – Uberlândia e Uberaba. Após efetuada a coleta dos dados, foi inaugurado outros dois CAPSad, um no município de Araxá e outro em Sacramento, porém a inclusão dos novos serviços ficou inviabilizada por se distanciar do período da coleta de dados inicial e pela possível falta de experiência com o CAPSad dos profissionais recentemente contratados.

Outra questão relevante foi com relação aos dados coletados a partir de informações produzidas pelos próprios serviços e registradas nos prontuários. Essa foi outra limitação encontrada, que pode, em maior ou menor grau, ter interferido nos resultados alcançados. Houve um índice de dados não preenchidos nos prontuários dos usuários dos três CAPSad. Algumas variáveis apontadas como objetivo no início do estudo tiveram que ser retiradas do instrumento por não haver a informação nos prontuários ou a mesma não estar preenchida em todos os serviços.

O preenchimento e o registro das informações contidas nos prontuários das instituições públicas de saúde devem ser feitos corretamente, para possibilitar as análises epidemiológicas, quando necessárias. Os profissionais dos CAPSad que são responsáveis pelos registros devem preocupar-se no sentido de disponibilizar o maior número de informações sobre o usuário e seu processo terapêutico, viabilizando fontes mais fidedignas para pesquisas futuras que, viabilizarão melhores condições de tratamento à essa população.

Ao considerar as limitações com relação aos fatores psicossociais do trabalho nos CAPSad, é fundamental expor a dificuldade encontrada para sensibilizar os profissionais, as coordenações dos CAPSad e os gestores sobre a importância da participação dos mesmos em pesquisas que tem por objetivo identificar aspectos importantes relacionados ao trabalho cotidiano.

A coleta de dados ocorreu em um momento de crise nos CAPSad, por motivos variados, houve a percepção pelas pesquisadoras do descontentamento dos profissionais, por causa da mudança no funcionamento do serviço, da diminuição da equipe técnica, do atraso no

pagamento dos salários, de mudanças políticas na estrutura hierárquica, entre outras questões, que foram entendidas como limitadoras para maior participação dos profissionais no estudo. Além disso, ressalta-se a falta de tradição da participação dos profissionais no desenvolvimento de pesquisas como prática de rotina nos serviços, o que acarreta receios e descrença quanto à possibilidade de interferir no processo de trabalho.

O número de participantes impede a generalização dos resultados para todos os municípios da Região do Triângulo Mineiro e para o Estado de Minas Gerais, porém, foi possível identificar, nos serviços onde o estudo foi desenvolvido, aspectos geradores de satisfação e sobrecarga experienciados pelos profissionais das equipes dos CAPSad, assim como, conhecer a prevalência de TMC e a qualidade de vida desses profissionais. A partir desses achados, é possível desenvolver estratégias de prevenção e de intervenções que possam minimizar a sobrecarga e ampliar a satisfação e a qualidade de vida.

É importante considerar a possibilidade de que os profissionais menos satisfeitos e, sobretudo, os que sofrem com mais intensidade o impacto de trabalhar nos CAPSad podem fazer parte do grupo de trabalhadores que não aceitou participar do estudo.

7 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa descreveu o perfil dos usuários e os aspectos psicossociais envolvidos no trabalho nos CAPSAd da região do Triângulo Mineiro. Para isso, foi necessária uma breve contextualização da trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil, as transformações na assistência em saúde mental, especialmente o cuidado das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no país e na região estudada.

O conhecimento do perfil das pessoas, tanto as que acessam os CAPSAd, como aquelas que não chegam ao serviço, permite o desenvolvimento de intervenções focadas na realidade e nas demandas dessa população. Apesar de delinear o perfil dos usuários do CAPSAd, ressalta-se que o tratamento em saúde mental requer o conhecimento das peculiaridades dos sujeitos, que vão além dos dados epidemiológicos, é necessário entender os usuários dos CAPSAd com suas dimensões sociais, culturais, econômicas, relacionais, entre outras questões fundamentais para desenvolver o cuidado, que ultrapassa o diagnóstico e os sintomas apresentados.

A atenção psicossocial realizada nos CAPSAd deve ser constantemente avaliada em um contínuo processo de pensar as práticas e recriá-las, a fim de aprimorar as ações, ampliando as atividades clínicas em busca de atender às necessidades, inclusive, das pessoas que ainda não buscam o cuidado nos CAPSAd, como apreendeu-se neste estudo e em outros apontados na literatura, a baixa procura pelo tratamento das mulheres com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

O perfil da maioria dos usuários dos CAPSAd onde o estudo foi realizado é de homens, com idades entre 41 a 60 anos, sem companheiro(a) e desempregados, características sociodemográficas que corroboram outros estudos científicos. Esse panorama reforça a necessidade de resgatar a autonomia desses sujeitos, proporcionando sua reinserção social, através do trabalho com valor social, a busca pelos direitos de cidadania a partir de uma assistência especializada, individualizada e que tragam a melhoria da qualidade de vida da população.

Outra questão importante percebida foi a relevância do uso do álcool pela quase totalidade dos usuários que são atendidos nos CAPSAd, reflexo de uma prática que se insere no contexto sociocultural e que aparenta normalidade, inclusive nos contextos familiares com a aceitação do consumo por adolescentes. Essa realidade se torna complexa, envolvendo além dos aspectos sociais e culturais, os aspectos econômicos que representam uma importante receita para empresas e para o Estado.

As estratégias para a diminuição do consumo abusivo de álcool e outras drogas são fundamentais para minimizar os impactos na saúde no âmbito individual e coletivo, incluindo a redução da sobrecarga no sistema de saúde. Procedimentos que estejam em consonância com os preceitos da RAPS, com práticas intersetoriais disponíveis na comunidade, desenvolvimento de projetos de promoção da saúde física e mental, programas de redução de danos, elaboração de programas de cooperativas sociais de trabalho e inclusão social.

Salienta-se também a importância de desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção do uso problemático de drogas entre as crianças e os adolescentes, realizando ações de prevenção primária, isto é, antes de instalado o problema, com base no referencial teórico da Redução de Danos, que extrapola o modelo tradicional de prevenção alinhado a visão proibicionista, centrado na ilegalidade das drogas, na repressão e na abstinência. Fundamenta-se em uma realidade que se impõe, as drogas existem e sempre existirão, cabe aos adolescentes encontrar formas saudáveis de se relacionar, ou não, com essas substâncias sem tentar negá-las ou modificá-las por discursos impositivos, morais ou éticos. Ao tratar as drogas como reais e que causam efeitos positivos (prazer, pertencimento no grupo, valorização, entre outros) e também causam problemas (dependência, falta de controle, dificuldade para realizar tarefas cotidianas, como o estudo, entre outras) abre-se uma possibilidade de encontro entre o profissional e o adolescente, favorecendo a confiança e o vínculo.

As redes sociais de apoio, a intersetorialidade e a articulação da RAPS devem ser a base de sustentação para que essas questões passem do discurso e se concretizem na prática. Os achados deste estudo evidenciam que os usuários do CAPSad estão inseridos numa rede de serviços de saúde e, mesmo quando procuram o serviço por demanda espontânea, passam a ser incluídos na RAPS, o que implica uma intervenção de maneira mais integral na saúde do usuário, ao contrário da lógica de serviços isolados, como são as comunidades terapêuticas, por exemplo, cuja meta, normalmente é a abstinência, ou seja, a redução da demanda por drogas, e não a saúde integral do usuário. Isso demonstra a importância do CAPSad na RAPS e sua integração no SUS. Para que esse trabalho se desenvolva cotidianamente, é necessário que haja um esforço conjunto dos gestores, profissionais, usuários, família e comunidade para conceber a essas pessoas aquilo que lhe é de direito, começando com a cidadania e indo ao encontro do modelo biopsicossocial de atendimento em saúde.

Os aspectos psicossociais envolvidos no trabalho nos CAPSad foram investigados com os profissionais atuantes de nível médio e superior que concordaram participar da pesquisa. O perfil dos profissionais apreendido neste estudo não difere do que a literatura refere, com maior

percentual de profissionais do sexo feminino, faixa etária de 40 a 49 anos, com pós-graduação *latu sensu*, seguido de ensino superior completo.

Vale ressaltar que a maioria dos profissionais considerou sua formação profissional insuficiente para atuar no CAPSad, sendo, portanto, imprescindível a qualificação profissional, com projetos de educação continuada e permanente. A capacitação profissional deve transpor as temáticas teórico-assistenciais e propiciar formação por meio da criação e manutenção de espaços para supervisão, tutoria e grupos de reflexão que sejam pautados na realidade e nos problemas reais vivenciados pelos profissionais, com o objetivo de contribuir para que os profissionais possam enfrentar as situações estressantes do contexto ocupacional, identificar os aspectos psicossociais que causam repercussões negativas na saúde física, mental e na qualidade de vida, refletindo, por conseguinte, numa boa qualidade da assistência.

Neste estudo foi identificado que os profissionais que atuam nos CAPSad da região do Triângulo Mineiro apresentam prevalência de TMC maior do que os dados que aparecem na literatura. O rastreamento de TMC visa avaliar quatro grupos de sintomas: comportamento ansioso e depressivo; decréscimo de energia; sintomas somáticos e humor depressivo. Conhecer esses sintomas faz parte das estratégias de prevenção de transtornos mentais nos ambientes de trabalho. Os achados deste estudo evidenciam que o trabalho exercido nos CAPSad pode ter características desfavoráveis aos profissionais e ao desempenho das suas funções, o que pode significar, que os profissionais estão submetidos às exigências elevadas no trabalho e fatores de estresse que implicam prevalência elevada de TMC. Há, portanto, necessidade de intervenções no cotidiano do trabalho que visem melhorar as condições gerais de trabalho e possibilitar suporte psicossocial aos trabalhadores.

Apesar da prevalência significativa de TMC nos profissionais dos CAPSad, a satisfação geral em relação ao trabalho é considerada boa por parte dos trabalhadores, principalmente em relação à qualidade dos serviços prestados, as relações estabelecidas com os usuários, o grau de competência profissional da equipe, a compreensão dos profissionais acerca dos problemas e das expectativas dos usuários dos CAPSad. Em contrapartida, percebeu-se a insatisfação com relação às condições de trabalho, o menor escore alcançado, que indica a necessidade de reflexão e modificação em aspectos relacionados às instalações físicas dos serviços, o salário e os benefícios, o conforto, as medidas de segurança e de confidencialidade em vigor e o clima do ambiente de trabalho.

A sobrecarga do trabalho nos CAPSad foi identificada principalmente na dimensão da saúde física e mental. Na comparação dos escores da sobrecarga do trabalho com os TMC, identificou que os profissionais que possuem transtorno mental comum apresentaram maior

escore médio no domínio sobrecarga no funcionamento da equipe, já aqueles que não possuem transtorno mental comum apresentaram maior escore médio no domínio sobrecarga sobre as repercussões emocionais. Quando comparado à satisfação no trabalho os profissionais que têm mais tempo de atuação com pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas possuem maior sobrecarga na saúde física e mental, o que pode sugerir que a constante busca por objetivos que não são alcançados pode gerar descrença quanto à efetividade do seu trabalho e do serviço em que atua.

Apesar desses achados no estudo, de modo geral os profissionais participantes demonstram que o relacionamento interpessoal, as reuniões de equipe, o contato com os usuários e as tarefas técnicas são fatores de satisfação, enquanto as dificuldades e entraves institucionais relacionados principalmente à burocracia da administração pública e à falta de recursos materiais e humanos, baixos salários e a baixa adesão dos usuários ao tratamento são vistos como fatores que geram insatisfação e mais efeitos de sobrecarga aos trabalhadores.

No que se refere à qualidade de vida do trabalhador dos CAPSad, de modo geral, verificou-se que os valores obtidos são elevados, sendo que, o domínio com maior destaque é o domínio físico, seguido do domínio relações sociais. Pode-se, portanto, afirmar que os níveis de qualidade de vida dos profissionais atuantes nos CAPSad da Região do Triângulo Mineiro aparentam ser bastante satisfatórios, o que está alinhado com o fato dos valores obtidos em relação à satisfação e o impacto do trabalho.

A qualidade de vida envolve um nível de complexidade, que extrapola a saúde física e emocional, encontrando ressonâncias em todo ambiente em que o profissional está inserido, tanto no âmbito familiar quanto no social. Isso significa que não depende somente do ambiente físico, mas também da comunicação e das relações interpessoais existentes no ambiente de trabalho e fora dele.

Corroborando com a maior insatisfação em relação as condições de trabalho, o domínio meio-ambiente apresentou o menor escore médio na avaliação da qualidade de vida. Esse domínio verifica a segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação e/ou lazer; ambiente físico como poluição, ruído, trânsito, clima, entre outros; e transporte. Aspectos muito próximos dos avaliados nas condições de trabalho.

Os profissionais que possuem TMC apresentaram menor escore os domínios físico e psicológico para qualidade de vida e os que apresentam maior satisfação em relação à participação no serviço também apresentam melhor qualidade de vida em todos os domínios.

Os instrumentos de medida utilizados nesse estudo mostraram-se apropriados para serem utilizados em estimativas da prevalência de TMC, grau de satisfação, sobrecarga e qualidade de vida dos profissionais dos CAPSad. Essas escalas multifatoriais permitiram avaliar, separadamente pelas subescalas e com escores de medida independentes, diferentes dimensões relacionadas ao trabalho e aos serviços. As escalas de medida validadas são necessárias para avaliar, de maneira padronizada, fazendo com que haja confiabilidade nos dados e comparabilidade entre diferentes achados, o que possibilita, fundamentalmente, intervir nos processos de trabalho, tornando-os melhores para o trabalho e melhores para a assistência em saúde mental.

Portanto, pode-se concluir que o estudo mostrou a importância de identificar, avaliar e discutir estratégias para elevar o nível de satisfação, diminuir a sobrecarga e melhorar a qualidade de vida dos profissionais dos CAPSad. Embora a maior parte dos participantes do estudo apresente um nível intermediário de satisfação, de sobrecarga e da qualidade de vida, este resultado pode indicar uma certa indiferença com o trabalho.

Esses resultados podem também ser utilizados como justificativa no processo de sensibilização dos gestores quanto às mudanças no processo de trabalho, sejam elas administrativas ou operacionais.

Embora o estudo tenha apresentado essas limitações, ter incluído apenas três serviços de dois municípios e a dificuldade de coleta dos dados produzida pela incompletude de algumas informações nos prontuários, esta pesquisa trouxe avanços para o conhecimento do perfil das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas que buscam tratamento nos CAPSad da região do Triângulo Mineiro, com o mapeamento de uma área que ainda não havia sido explorada por outras pesquisas científicas e que pode ser similar a outros contextos. Ademais, o conhecimento do perfil dos usuários dos CAPSad, pode auxiliar na proposição de estratégias de cuidado na RAPS para que a assistência em saúde mental tenha mais qualidade e seja mais efetiva.

Espera-se que outros estudos possam ser realizados ampliando os contextos investigados e complementando o conhecimento acerca dos aspectos psicossociais envolvidos no trabalho dos CAPSad.

REFERÊNCIAS

- ABREU, A. M. M. et al. Profile of consumption of psychoactive substances and its relationship to sociodemographic characteristics: a contribution to a brief intervention in primary health care, Rio de Janeiro, Brazil. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 4, 2016.
- AGUIRRE MARTÍNEZ, R. Evaluación ergonómica de carga mental y factores de riesgo psicosocial del trabajo, en profesionales, técnicos y administrativos de un centro de rehabilitación de salud mental privado. **Rev. chil. ter. ocup**, p. 87–99, 2010.
- ALBUQUERQUE, C. de S.; NÓBREGA, M. do P. S. S. Barreiras e facilidades encontradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas na busca por tratamento especializado. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 12, n. 1, p. 22–29, mar. 2016.
- ALMEIDA, C. S.; LUIS, M. A. V. Características sociodemográficas e padrão de uso de crack e outras drogas em um CAPSad. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 11, n. 4, p. 1716–1723, 2017.
- ALMEIDA, R. A. de; ANJOS, U.U.; VIANNA, R.P.de T.; PEQUENO, G.A. Profile of users of psychoactive substances in João Pessoa. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 526–538, set. 2014.
- ALMEIDA, J. DE C.; CAMPOS, J. A. D. B. Consumo de álcool por adultos brasileiros: uma revisão da literatura. **Ciência et Praxis**, v. 6, 2013.
- ALVES, A. P. et al. Avaliação do impacto do trabalho em profissionais de saúde mental de uma instituição psiquiátrica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 424–433, 2013.
- ALVES, H. M. de C.; DOURADO, L. B. R.; CÔRTEZ, V. da N. Q. A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2965–2975, out. 2013.
- AMARANTE, A. L. et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 85–93, mar. 2011.
- ANDRADE, A. T. de; SOUSA, M. L. T. de; QUINDERÉ, P. H. D. Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas: concepções dos trabalhadores de saúde. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 8, n. 2, p. 166–175, 2013.
- ANDRADE, L. et al. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 37, n. 7, p. 316–325, jul. 2002.
- ANTUNES, L. da C. et al. Correlation of shift work and waist circumference, body mass index, chronotype and depressive symptoms. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 54, n. 7, p. 652–656, out. 2010.

ARANTES, I. da S.; SOUSA, I. F. de; ALMEIDA, R. J. de. Avaliação da satisfação profissional de trabalhadores em saúde mental. **Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 17, n. 1, p. 93–101, 2016.

ARAUJO, N. B.; MARCON, S.R.; SILVA, N.G.; TEMPONI, J.O. Clinical and sociodemographic profile of adolescents who stayed and did not stay in treatment at CAPSad Cuiabá/MT. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 4, p. 227–234, 2012.

ATHAYDE, V.; HENNINGTON, É. A. The mental health of workers in Psychosocial Care Centers. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 983–1001, 2012.

BANDEIRA, M.; ISHARA, S.; ZUARDI, A. W. Satisfaction and burden of mental health professionals: construct validity of the scales SATIS-BR and IMPACTO-BR. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 4, p. 280–286, 2007.

BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. Escalas brasileira de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) das equipes técnica em serviços de saúde mental. **J. bras. psiquiatr**, v. 49, n. 4, p. 105–15, abr. 2000.

BARBOSA, G. C. **Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas do município de Botucatu**. Tese de Doutorado - São Paulo: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem, 2013.

BARROS, M. M. M. DE; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F. Experiências de famílias com usuários atendidos em dispositivos de atenção psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 821–841, set. 2013.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (EDS.). **Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICIT/FIOCRUZ, 2014.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. **Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal**. *Scientia Medica*, v. 17, n. 4, p. 229–232, 2007.

BORGES, L. O.; ARGOLO, J.C.T.; PEREIRA, A.L.S.; MACHADO, E.A.P.; SILVA, W.S. A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 15, n. 1, p. 189–200, 2002.

BRAGA, L. C. de; CARVALHO, L. R. de; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1585–1596, jun. 2010.

BRASIL. Lei no 8.069. **Estatuto da criança e do adolescente**. 13 jul. 1990.

BRASIL. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>

BRASIL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2007.

BRASIL. **Saúde Mental em Dados**. Brasília: Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados, outubro 2015. Disponível em: <<<https://goo.gl/ULv73a>>>. Acesso em: 11 mar. 2017.

BRASIL; Ministério da Saúde. **Portaria 3088**. de dezembro de 2011.

BRASIL; Ministério da Saúde; DIAS, E. C. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

BRASIL; Secretaria de Atenção à Saúde; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF: Editora MS, 2009.

CALUMBI, R. A. et al. Evaluation of the quality of life of anesthesiologists in the city of Recife. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 60, n. 1, p. 42–51, fev. 2010.

CAMILO, C. A. et al. Avaliação da satisfação e sobrecarga em um serviço de saúde mental. **Cad Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 82–92, 2012.

CAMPOS, R. T. O. et al. Evaluation of the network of psychosocial care centers: between collective and mental health. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 16–22, ago. 2009.

CANAVARRO, M. C. et al. Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. **Alicerces**, p. 243–268, abr. 2010.

CARMO, M. B. B. do et al. Screening for common mental disorders using the SRQ-20 in Brazil: what are the alternative strategies for analysis? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 04, n. Epub Sep, p. 1–8, 2017.

CARVALHO, A. C.; LEAL, I. P. Construção e validação de uma escala de representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 7, n. 2, p. 287–297, 2006.

CARVALHO, D. B.; ARAÚJO, T. M.; BERNARDES, K. O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 41, n. 0, 2016.

CARVALHO, M. D. A.; SILVA, H. O.; RODRIGUES, L. V. Perfil epidemiológico dos usuários da Rede de Saúde Mental do Município de Iguatu, CE. SMAD. **Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 6, n. 2, p. 337–349, ago. 2010.

CARVALHO, M. R. DA S. et al. Motivations and repercussions regarding crack consumption: the collective discourse of users of a Psychosocial Care Center. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 3, 2017.

CASTLE, N. G.; DEGENHOLTZ, H.; ROSEN, J. Determinants of staff job satisfaction of caregivers in two nursing homes in Pennsylvania. **BMC Health Services Research**, v. 6, p. 60, 2006.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975–986, dez. 2005.

CLARO, H. G. et al. Drug use, mental health and problems related to crime and violence: cross-sectional study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1173–1180, 2015.

COELHO, F. M. da C. et al. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. **Cadernos De Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 59–67, jan. 2009.

COHEN, J. **Statistical Power analysis for the behavioural sciences**. 2 ed ed. New York: Press, 1988.

CONSTANTINO, P.; BATISTA, L. DE S. S. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas do CAPSad em 2000 e 2009, Campos dos Goytacazes, RJ. **Biológicas & Saúde**, v. 2, n. 7, 2012.

COSTA, A. G. da; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 73–79, fev. 2005.

COSTA, P. H. A. da et al. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 395–406, fev. 2015.

DANIULAITYTE, R.; CARLSON, R. G.; SIEGAL, H. A. “Heavy users,” “controlled users,” and “quitters”: understanding patterns of crack use among women in a midwestern city. **Substance Use & Misuse**, v. 42, n. 1, p. 129–152, 2007.

DANTAS, C. DE R.; ODA, A. M. G. R. Mapping of inquiries in mental health care in Brazil (2004-2013). **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1127–1179, dez. 2014.

DE MARCO, P. F.; CITERO, V.A.; MORAES, E.; NOGUEIRA-MARTINS, L.A. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 3, 2008.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DIAS, G. C.; FUREGATO, A. R. F. Impacto do trabalho e satisfação da equipe multiprofissional de um hospital psiquiátrico. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 1, 12 jul. 2016.

DIDONET, A. C. H.; FONTANA, R. T. O trabalho com dependentes químicos: satisfações e insatisfações. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, 2011 v.12, n. 1: 41-8, 2011.

DILÉLIO, A. S.; FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; SILVA, S.M.; THUMÉ, E.; PICCINI, R.X.; SILVEIRA, D.S.; MAIA, M.F.S.; OSÓRIO, A.; SIQUEIRA, F.V.; JARDIM, V.M.R.; LEMÕES, M.A.M.; BORGES, C.L.S. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em

trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 503–514, mar. 2012.

DOMINGOS, N. A. M.; DOMINGOS, J. C. V. Levantamento sobre o uso de álcool e drogas em universitários. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 1, n. 1, p. 75–82, jun. 2005.

DUARTE, P. DO C. A. V.; STEMPLIUK, V. DE A.; BARROSO, L. P. (EDS.) **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. SENAD, 2009. Acesso em: 10 abr. 2017

EVANS, S. et al. Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, v. 188, p. 75–80, jan. 2006.

FARIA, J. G.; SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 324–333, 2009.

FARIAS, M. D.; ARAÚJO, T. M. de. Common mental disorders among workers in the urban area of Feira de Santana - Bahia-Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 123, p. 25–39, jun. 2011.

FEFFERMANN, M.; FIGUEIREDO, R. Redução de danos como estratégia de prevenção de drogas entre jovens. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 40, p. 37–40, 2006.

FERIGOLLO, J. P.; FEDOSSE, E.; SANTOS, V. A. V. dos. Qualidade de vida de profissionais da saúde pública professional quality of life of public health. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 24, n. 3, p. 497–507, 2016.

FERREIRA, A. P. Satisfação, sobrecarga de trabalho e estresse nos profissionais de serviço de saúde mental. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 13, n. 2, p. 91–9, 2015.

FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (EDS.). **Aconselhamento em Dependência Química**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

FISCHER, F. M. Relevância dos fatores psicossociais do trabalho na saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 401–406, 2012.

FLECK, M. P. de A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178–183, abr. 2000.

FLECK, M. P. (ED.). **Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLECK, M. P. de A.; LEAL, O.F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 19–28, mar. 1999.

FOGAÇA, M. DE C.; CARVALHO, W. B. DE; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 708–712, set. 2010.

FONSECA, J. J. S. da. **Metodologia da Pesquisa Científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FONSECA, R. M. C.; CARLOTTO, M. S. Saúde Mental e Afastamento do Trabalho em Servidores do Judiciário do Estado do Rio Grande do Sul. **Psicologia em Pesquisa**, v. 5, n. 2, p. 117–125, dez. 2011.

FONTANA, R. T. Fatores geradores de (in)satisfação no trabalho do (da) enfermeiro(a): um olhar do estudante de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 3, p. 337–344, 10 dez. 2009.

FREITAS, A. A.; SOUZA, R. C. de. Caracterização clínica e sociodemográfica dos usuários de um centro de atenção psicossocial (CAPS). **Rev. baiana saúde pública**, v. 34, n. 3, p. 0100–0233, 2010.

FREITAS, R. M. DE; SILVA, H. R. R. DA; ARAÚJO, D. S. DE. Resultados do acompanhamento dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (Caps-AD). **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 8, n. 2, p. 56–63, ago. 2012.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país-2001. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. Work as a source of pleasure: evaluating a Psychosocial Care Center team. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 716–721, jun. 2011.

GOLDBERG, D.; GOODYER, I. **As origens e o curso dos transtornos mentais comuns**. Nova York: Routledge, 2005.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock, 1992.

GOMES, M.; SILVA MENDES, E.; FRACOLLI, L. Qualidade de vida dos profissionais que trabalham na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira Ciências da Saúde - USCS**, v. 14, 18 ago. 2016.

GOMES, V. F.; MIGUEL, T.L.B; MIASSO, A.I. Common Mental Disorders: socio-demographic and pharmacotherapy profile. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 6, p. 1203–1211, dez. 2013.

GONÇALVES, R. M. D. de A. **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas do estado de Minas Gerais**. Tese de Doutorado - São Paulo: Universidade de São Paulo, 2016.

GUIMARÃES, J. M. X.; JORGE, M. S. B.; ASSIS, M. M. A. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciência e Saúde Coletiva** v. 16, n. 4, 2011.

HESS, A. R. B.; ALMEIDA, R. M. M. de; MORAES, A. L. Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 1, p. 171–178, 2012.

HORTA, R. L.; HORTA, B.L.; ROSSET, A.P.; HORTA, C.L. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. **Cad. saúde pública**, v. 27, n. 11, p. 2263–2270, 2011.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** - Cidades - Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?codmun=312480>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

ILO WHO. **Psychosocial factors at work: recognition and control**. 1. publ ed. Geneva: OIT, 1986.

ISETT, K. R.; ELLIS, A.R.; TOPPING, S.; MORRISSEY, J.P. Managed care and provider satisfaction in mental health settings. **Community Mental Health Journal**, v. 45, n. 3, p. 209, 1 jun. 2009.

ISHARA, S. **Equipes de Saúde Mental: Avaliação da satisfação e do impacto de trabalho em hospitalização integral e parcial**. Tese de Doutorado - Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2007.

ISHARA, S.; BANDEIRA, M.; ZUARDI, A. W. Public psychiatric services: job satisfaction evaluation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 1, p. 38–41, mar. 2008.

JANSEN, K., MONDIN, T. C.; ORES, L. da C.; SOUZA, L.D., KONRADT, C.E.; PINHEIRO, R.T.; SILVA, R.A. Mental common disorders and quality of life in young adulthoods: a population-based sample in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. **Cadernos De Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 440–448, mar. 2011.

JAPIASSÚ, H. **A interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976.

JERÔNIMO, J. S.; JARDIM, V.M. da R.; KANTORSKI, L.P.; DOMINGUES, M.R. Atividade física em trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil: tendências temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 12, p. 2656–2668, dez. 2014.

JORGE, J. S.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. **Saúde & Transformação Social**. v. 3, n. 1, p. 39–48, 30 jan. 2012.

JORGE, M. S. B. et al. Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1543–1561, 2012.

KANTORSKI, L. P. et al. Contribuições do estudo de avaliação dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 202–211, 2011.

KARASEK, R. El modelo de demandas/control: enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos. In: SAUTER, S. L. ET AL (Ed.).

Factores Psicosociales y de organizacion. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo: Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, 2000.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. et al. Evaluation of overall quality of life of community health agents: the relative contribution of sociodemographic variables and domains of quality of life. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 2, p. 176–183, ago. 2007.

KNUTH, B. S.; SILVA, R.A. da; OSES, J.P.; RADTKE, V.A.; COCCO, R.A.; JANSEN, K. Mental disorders among health workers in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2481–2488, ago. 2015.

LACAZ, F. A. DE C. The Workers' Health field: reclaiming knowledge and practices in the interface between work and health. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 757–766, 2007.

LAPISCHIES, S. R. DA C. et al. Factors associated with satisfaction at work in Psychosocial Care Centers. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 950–958, dez. 2014.

LARA, R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. **Revista Katálysis**, v. 14, n. 1, p. 78–85, 2011.

LARANJEIRA, R. et al. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas.** São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas., 2013. Disponível em: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_PressRelease_Alcohol_RVW.pdf>.

LEAL, R. M. DE A. C.; BANDEIRA, M. B.; AZEVEDO, K. R. N. Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. **Psicologia: teoria e prática**, v. 14, n. 1, p. 15–25, abr. 2012.

LIMA, R. C. et al. Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 715–739, set. 2014.

LOPES, A. O. S.; MACEDO, A. P. B. Avaliação da qualidade de vida de enfermeiros da atenção básica. **Revista InterScientia**, v. 1, n. 3, p. 16–27, 13 dez. 2016.

LOPES, A. P.; REZENDE, M. M. Consumo de substâncias psicoativas em estudantes do ensino médio. **Psicologia: teoria e prática**, v. 16, n. 2, p. 29–40, ago. 2014.

LOPES, G. T. et al. Perceptions of adolescents regarding drug use/addiction: theater as the pedagogical strategy. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, 2014.

LUCCHESI, R.; SOUSA, K.; BONFIN, S.P.; SANTANA, F.R. Prevalence of common mental disorders in primary health care. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 200–207, 2014.

LUDERMIR, A. B.; LEWIS, G. Informal work and common mental disorders. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 38, n. 9, p. 485–489, set. 2003.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. DE. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, abr. 2002.

MACEDO, J. Q. de; Lima H. P.; ALVES, M.D.S.; LUIS, M.A.V.; BRAGA, V.A.B. Practices in mental health services: interface with professionals' satisfaction. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 999–1006, dez. 2013a.

MACEDO, J. P. et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 155–170, mar. 2017.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragments of the history of healthcare for users of alcohol and other drugs in Brazil: from Justice to Public Health. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 14, n. 3, p. 801–821, set. 2007.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Drug policies in Brazil: the harm reduction strategy. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 3, p. 580–595, 2013.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. **Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**, 2010.

MARCELINO FILHO, A.; ARAÚJO, T. M. de. Estresse ocupacional e saúde mental dos profissionais do centro de especialidades MÉDICAS DE ARACAJU. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, p. 177–199, 2015.

MARI, J.; WILLIAMS, P. A. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, n. 148, p. 23–26, 1986.

MARINI, M. **Preditores de adesão ao projeto terapêutico em centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre, 2011.

MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 6, p. 59–78, dez. 2003.

MASCARENHAS, C. H. M. et al. Qualidade de vida em trabalhadores da área de saúde: uma revisão sistemática. **Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 14, n. 1/2, p. 72–81, 2013.

MERHY, E. E. Governing tensions in the health action as a permanent challenge of some managerial strategies. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 305–314, 1999.

MERHY, E. E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Eds.). **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MESSINA, N. et al. A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 38, n. 2, p. 97–107, 1 mar. 2010.

MIELKE, F. B. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 761–5, 31 dez. 2010.

MINAS GERAIS. **Saúde Mental - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - SES**. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/saudemental>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

MINAS GERAIS; SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE. **Apresentação Cartográfica PDR- 2011**. Minas Gerais, 2011.

Disponível em:

<<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/APRESENTACaO%20CARTOGRAFICA%20PDR-2011.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2017

MIRANDA, L.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Analysis of patient referral teams in mental health: a clinical management perspective. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1153–1162, jun. 2010.

MIRANZI, S. de S. C. et al. Qualidade de vida e perfil sociodemográfico de médicos da estratégia de saúde da família. **Revista Médica de Minas Gerais**. v. 20, n. 2, p. 189–197, 2010.

MONTEIRO, C. F. S.; FÉ, L.C.M.; MOREIRA, M.A.C.; ALBUQUERQUE, I.E.M.; SILVA, M.G.; PASSAMANI, M.C. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 90–95, mar. 2011.

MOURA, E. C.; MALTA, D. C. Consumo de bebidas alcoólicas na população adulta brasileira: características sociodemográficas e tendência. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. suppl 1, p. 61–70, 2011.

MOURA, G. A.; RONCALLI, A. G.; NORO, L. R. A. Impacto do Trabalho em Profissionais de Serviços de Saúde Mental em um Município do Nordeste Brasileiro. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 2, p. 401–410, jun. 2016.

MUNHOZ, T. N. et al. Tendências de consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 a 2013: análise das informações do VIGITEL. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, 7 ago. 2017.

NARVAEZ, J. C. M. et al. Childhood trauma, impulsivity, and executive functioning in crack cocaine users. **Comprehensive Psychiatry**, v. 53, n. 3, p. 238–244, 1 abr. 2012.

NIMTZ, M. A. et al. Impactos legais e no trabalho na vida do dependente químico. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 12, n. 2, p. 68–74, jun. 2016.

NUNES, M. F.; FREIRE, M. C. M. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 6, p. 1019–1026, 2006.

NUNES, M. et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 188–196, jan. 2008.

NUNES, M. A. et al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 38, n. 2, p. 91–97, jun. 2016.

OLIVEIRA, M. A. F. DE et al. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 101, 2014.

OLIVIER, M.; PEREZ, C. S.; BEHR, S. da C. F. Workers removed for mental and behavioral disorders: the return to the workplace and its impact on the personal and working life of some bank employees. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, n. 6, p. 993–1015, dez. 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, p. 71–83, mar. 2017.

OPAS. **Regional Status Report on Alcohol and Health in the Americas**. Washington DC: Organização Panamericana de Saúde, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório Mundial sobre Drogas 2013**. Brasília: Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime, 2013.

PAFFER, A. T. de; FERREIRA, H.S.; CABRAL, C.R.J.; MIRANDA, C.T. Prevalence of common mental disorders in mothers in the semiarid region of Alagoas and its relationship with nutritional status. **São Paulo Medical Journal**, v. 130, n. 2, p. 84–91, 2012.

PASCHOA, S.; ZANEI, S. S. V.; WHITAKER, I. Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. 2007; 20(3):305-10. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 3, p. 305–10, 2007.

PAULA, A. **A qualidade de vida dos profissionais de saúde mental**. Instituto Politécnico do Porto. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto. Porto, 2013.

PEIXOTO, C.; PRADO, C.H.de O.; RODRIGUES, C.P.; CHEDA, J.N.D.; MOTA, L.B.T. da; VERAS, A.B. Impact of clinical and socio-demographic profiles in treatment adherence of patients attending a day hospital for alcohol and drug abuse. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, p. 317–321, 2010.

PELISOLI, C. da L.; MOREIRA, Â. K. Epidemiological characterization of the users of Casa Aberta, a psychosocial attention center. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 27, n. 3, p. 270–277, 2005.

PELISOLI, C. da L.; MOREIRA, Â. K. Avaliação de um centro de atenção psicossocial por meio do perfil de seus usuários. **Mental**, v. 5, n. 8, p. 61–75, 2007.

PELISOLI, C.; MOREIRA, Â. K.; KRISTENSEN, C. H. Avaliação da satisfação e do impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais de saúde mental. **Mental**, v. 5, n. 9, p. 63–78, nov. 2007.

PEREIRA, B. C. **A redução de danos no atendimento especializado em álcool e drogas**. Dissertação de Mestrado - Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2014.

- PEREIRA, M. O.; SOUZA, J. de M.; COSTA, A.M.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M.A.F de; MOURA, W. N. Perfil dos usuários de serviços de saúde mental do município de Lorena-São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 48–54, 2012.
- PEREIRA, R. J. et al. Contribution of the physical, social, psychological and environmental domains to overall quality of life of the elderly. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 28, n. 1, p. 27–38, abr. 2006.
- PIMENTA, T. A. M. et al. Health of the professional who works in health area and scientific production in Scielo: integrative review. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 7, n. 7, p. 4884–4891, 2013.
- PINHO, L. B. DE et al. Qualitative evaluation of the work process in a psychosocial care center in Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 30, n. 4, p. 354–360, out. 2011.
- PINHO, P. H. **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas do município de São Paulo**. Tese de Doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2014.
- PORTO, M. F. DE S.; ALMEIDA, G. E. S. de. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 335–347, 2002.
- PRADO, M. A. M.; QUEIROZ, I. S. de. A emergência da politização da intimidade na experiência de mulheres usuárias de drogas. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 2, 2012.
- PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. dos. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 2, n. 2, ago. 2006.
- RAMIRO, F. de S. et al. Crack consumption from the perspective of gender and vulnerability: a review on the phenomenon. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 101, p. 379–392, jun. 2014.
- REBOUÇAS, D.; ABELHA, L.; LEGAY, L.F.; LOVISI, G.M. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 624–632, mar. 2008.
- REBOUÇAS, D.; LEGAY, L. F.; ABELHA, L. Job satisfaction and work impact among providers of a mental health service. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 244–250, abr. 2007.
- REZENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, N. S.; TUNDIS, S. (Eds.). **Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil**. Petropolis: Vozes, 1987.
- RIBEIRO, M.; DUALIBI, L. Avaliação de fatores de proteção e de risco. In: LARANJEIRA, R. (Ed.). **O tratamento do usuário de crack**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. p. 175–186.
- ROCHA, S. V. et al. Prevalence of common mental disorders among the residents of urban areas in Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira De Epidemiologia = Brazilian Journal of Epidemiology**, v. 13, n. 4, p. 630–640, dez. 2010.

ROCHA, W. DA S. et al. Concepções dos usuários de crack sobre os fatores que influenciam o uso e a dependência. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 11, n. 3, p. 129–135, set. 2015.

ROUQUAYROL, Z. M.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M. DE; OLIVEIRA, N. F. DE. [Factor structure and internal consistency of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) in an urban population]. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 214–222, jan. 2009.

SANTOS, A. F. DE O.; CARDOSO, C. L. Profissionais de saúde mental: estresse, enfrentamento e qualidade de vida. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 543–548, 2010.

SANTOS, E. G. dos; SIQUEIRA, M. M. de. Prevalence of mental disorders in the Brazilian adult population: a systematic review from 1997 to 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 238–246, 2010.

SCANLAN, J. N.; STILL, M. Job satisfaction, burnout and turnover intention in occupational therapists working in mental health. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 60, n. 5, p. 310–318, out. 2013.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. DE S. Risk and protective factors and drug use among adolescence. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 707–717, set. 2005.

SCHMIDT, D. R. C.; SPADOTI, R. A. D. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, 2006.

SCHNEIDER, J. F. et al. Care for drug users in the perspective of family health professionals. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 654–661, set. 2013.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Eds.). **Saúde do adulto. Programas e ações na unidade básica**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29–47.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Quality of life and health: conceptual and methodological issues. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580–588, abr. 2004.

SELIGMANN-SILVA, E. et al. The contemporary world of work and workers' mental health. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 187–191, dez. 2010.

SETOYA, Y. Guiding principles for the development of mental health policies in low- and middle- income countries. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, n. 1, p. 6–7, mar. 2011.

SEVERO, A. K. de S.; L'ABBATE, S.; CAMPOS, R. T. O. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 50, p. 545–556, set. 2014.

SILVA, A. T. C. da; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 921–929, out. 2008.

SILVA, E. A.; COSTA, I. I. DA. The reference professional in mental health: from accountabilities to mental suffering. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 13, n. 4, p. 635–647, dez. 2010.

SILVA, E. B. de O.; PEREIRA, A. L. de F. Perfil das mulheres usuárias de cocaína e crack atendidas em Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 2, 19 maio 2015.

SILVA, M. B. B. E. Reform, responsibilities and networks: about mental health care. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 149–158, fev. 2009.

SILVEIRA, D. X. Reflexões sobre a prevenção do uso indevido de drogas. In: SILVEIRA, D. X.; NIEL, M. (Eds.). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo: 2008.

SILVEIRA, S. L. M.; CÂMARA, S. G.; AMAZARRAY, M. R. Burnout predictors in health professionals of primary care of Porto Alegre/RS, Brazil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 386–392, dez. 2014.

SOUZA, A. C. S. de; RIBEIRO, M. C. A interdisciplinaridade em um CAPS: a visão dos trabalhadores. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 21, n. 1, 29 abr. 2013.

SOUZA, J. DE; KANTORSKI, L. P. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 3, n. 2, p. 00–00, ago. 2007.

SPILLER, A. P. M.; DYNIEWICZ, A. M.; SLOMP, M. G. F. S. Qualidade de vida de profissionais da saúde em hospital universitário. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 1, 5 ago. 2008.

TAVARES, J. P.; BECK, C.L.C.; MAGNAGO, T.S.B. de S.; GRECO, P.B.T.; PRESTES, F.C.; SILVA, R.M. Produção científica sobre os distúrbios psíquicos menores a partir do *self report questionnaire*. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 1, p. 113–123, 21 jan. 2011.

TREVISAN, E. R.; CASTRO, S. DE S. Aspectos psicossociais do trabalho em Saúde Mental: uma revisão integrativa. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 12, n. 3, p. 188–197, set. 2016.

VARGENS, R. W.; CRUZ, M. S.; SANTOS, M. A. dos. Comparison between crack and other drugs abusers in a specialized outpatient facility of a university hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. SPE, p. 804–812, jun. 2011.

VASCONCELLOS, V. C. de. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 6, n. 1, p. 1–16, 2010.

VASCONCELLOS, N. de P. C.; COSTA-VAL, R. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa-MG. **Revista de APS**, v. 11, n. 1, 2008.

VASTERS, G.; PILLON, S. C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, 2011.

VIEIRA, M. V. **Esgotamento emocional e sua relação com a satisfação laboral e sobrecarga de trabalho na enfermagem em Saúde mental: Estudo observacional**. Tese de Doutorado - Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2015.

WAGNER, A.; TRONCO, C.; ARMANI, A. B. Os desafios da família contemporânea: revisitando conceitos. In: WAGNER, A. (Ed.). **Desafios psicossociais da família contemporânea: pesquisas e reflexões**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 19-35. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 19–35.

WALDOW, V. R. Caring moment: moment of reflection in action. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 140–145, 2009.

WHO. **World drug report 2016**. Place of publication not identified: United Nations Pubns, 2016.

WHO, O. M. DE S. **Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Divisão da saúde Mental da OMS, 2001.

WHO, W. H. O. **Global status report on alcohol and health, 2014**. Geneva: World Health Organization, 2014.

WHOQOL, G. Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. **International Journal of Mental Health**, v. 23, n. 3, p. 24–56, 1 set. 1994.

YAMAMOTO, C. H. **A demanda por bebidas alcoólicas no Brasil: 2008/2009**. Dissertação de Mestrado - São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2011.

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DOS CAPSAD

Número do CAPS: _____

Prontuário n°: _____

Questionário n°: _____

- 1. Sexo:** 1 () Feminino
2 () Masculino

2. Idade: _____

3. Data da admissão no CAPS ad: ___/___/___

4. Município da residência: _____

5. Bairro: _____

6. Escolaridade (Anos de Estudo)

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1. () Analfabeto | 5. () Ensino Fundamental II completo |
| 2. () Ensino Fundamental I incompleto | 6. () Ensino Médio incompleto |
| 3. () Ensino Fundamental I completo | 7. () Ensino Médio completo |
| 4. () Ensino Fundamental II incompleto | 8. () Ensino Superior incompleto |
| | 9. () Ensino Superior completo |
| | 10. () Pós graduação |

7. Estado civil

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1. () Solteiro | 4. () Viúvo |
| 2. () Casado | 5. () Divorciado |
| 3. () União estável | |

8. Número de filhos

- | | | |
|----------|----------|-------------------|
| 1. () 0 | 4. () 3 | 7. () 6 ou mais. |
| 2. () 1 | 5. () 4 | |
| 3. () 2 | 6. () 5 | |

9. Número de pessoas que moram na casa

- | | | |
|----------|----------|-------------------|
| 1. () 0 | 4. () 3 | 7. () 6 ou mais. |
| 2. () 1 | 5. () 4 | |
| 3. () 2 | 6. () 5 | |

10. Renda familiar total

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| 1. () até 1 salário mínimo | 4. () de 4 a 5 salários mínimos |
| 2. () de 1 a 2 salários mínimos | 5. () mais do que 5 salários mínimos |
| 3. () de 3 a 4 salários mínimos | |

11. Situação de trabalho

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. () Carteira assinada | 4. () Desempregado |
| 2. () Cooperativa | 5. () Aposentado por tempo de trabalho |
| 3. () Autônomo | 6. () Aposentado por invalidez |

12. Demanda de atendimento no CAPSAd

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| 1. () busca espontânea | 4. () busca de amigos |
| 2. () encaminhamento | 5. () ordem judicial |
| 3. () busca da família | 6. () outros _____ |

13. Forma de encaminhamento ao CAPSAd

- | | |
|---|-----------------------|
| 1. () unidade básica de saúde (UBS) | 7. () hospital geral |
| 2. () programa de saúde da família (PSF) | 8. () ordem judicial |
| 3. () unidades de emergência | 9. () outros _____ |
| 4. () CRAS | |
| 5. () grupos de apoio | |
| 6. () hospital psiquiátrico | |

14. Substância(s) psicoativa(s) utilizadas ao longo da vida

- | | | |
|----------------|-------------------------|-------------------------------------|
| 1. () tabaco | 6. () anfetamina | 10. () substâncias
alucinógenas |
| 2. () álcool | 7. () benzodiazepínico | 11. () êxtase (MDMA) |
| 3. () maconha | 8. () solventes | 12. () outras _____ |
| 4. () cocaína | 9. () LSD | |
| 5. () crack | | |

15. Substância(s) Psicoativa(s) utilizadas no último mês

- | | | |
|----------------|-------------------------|-----------------------|
| 1. () tabaco | 6. () anfetamina | alucinógenas |
| 2. () álcool | 7. () benzodiazepínico | 11. () êxtase (MDMA) |
| 3. () maconha | 8. () solventes | 12. () outras _____ |
| 4. () cocaína | 9. () LSD | |
| 5. () crack | 10. () substâncias | |

16. Idade de início de uso das substâncias psicoativas

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. () antes dos 12 anos | 4. () dos 18 anos aos 20 anos |
| 2. () dos 12 anos aos 15 anos | 5. () dos 20 anos aos 25 anos |
| 3. () dos 16 anos aos 18 anos | 6. () acima dos 25 anos |

17. Possui familiares usuários de substâncias psicoativas que compartilham a residência

- | | |
|----------------|---------------------|
| 1. () pai | 5. () irmão |
| 2. () mãe | 6. () tio |
| 3. () cônjuge | 7. () primo |
| 4. () filho | 8. () outros _____ |

18. Já foi internado pelo uso de substâncias psicoativas

1. () Sim
2. () Não

19. Faz uso de medicação

1. () Sim
2. () Não

20. Modalidade de Atendimento

1. () Intensivo
2. () Semi-intensivo
3. () Não intensivo

APÊNDICE II - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO DOS PROFISSIONAIS DOS CAPSAD

Número do CAPS: _____

Questionário nº: _____

1. Sexo: 1 () Feminino

2 () Masculino

2. Idade: _____

3. Escolaridade

1. () Ensino Fundamental I incompleto

2. () Ensino Fundamental I completo

3. () Ensino Fundamental II incompleto

4. () Ensino Fundamental II completo

5. () Ensino Médio incompleto

6. () Ensino Médio completo

7. () Ensino Superior incompleto

8. () Ensino Superior completo

9. () Pós graduação latu-senso

10. () Mestrado

11. () Doutorado

12. () Pós-doutorado

4. Profissão

1. () assistente social

2. () auxiliar de enfermagem

3. () artesão

4. () enfermeiro

5. () educador físico

6. () fisioterapeuta

7. () farmacêutico

8. () fonoaudiólogo

9. () médico

10. () médico psiquiatra

11. () nutricionista

12. () psicólogo

13. () oficineiro

14. () técnico de enfermagem

15. () técnico administrativo

16. () terapeuta ocupacional

17. () outros _____

5. Há quanto tempo trabalha com usuários de álcool e outras drogas

1. () menos de 1 ano

2. () 1 a 2 anos

3. () 2 a 5 anos

4. () 5 a 8 anos

5. () 8 a 10 anos

6. () 10 a 15 anos

7. () 15 a 20 anos

8. () mais de 20 anos

6. Há quanto tempo trabalha no CAPSAd

1. () menos de 1 ano

2. () 1 a 2 anos

3. () 2 a 5 anos

4. () 5 a 8 anos

5. () 8 a 10 anos

6. () 10 a 15 anos

7. () 15 a 20 anos

8. () mais de 20 anos

7. Que tipo de atendimento você desenvolve no CAPSAd

1. () acolhimento

2. () individual

3. () grupal

4. () oficinas terapêuticas

5. () família

6. () outros _____

8. Você considera que teve formação acadêmica (graduação, especialização, mestrado, doutorado) suficiente para trabalhar no CAPS ad?

1. () Sim

2. () Não

9. Há quanto tempo você realizou um curso de capacitação profissional?

1. () há 6 meses

2. () há 1 ano

3. () há 1 ano e 6 meses

4. () há 2 anos

5. () há 3 anos

6. () há mais de 3 anos

10. O CAPS ad que o Sr(a). trabalha realizou algum tipo de capacitação profissional aos seus funcionários?

1. () Sim

2. () Não

11. O Sr(a). sente necessidade de capacitação para atuar nessa área de álcool e drogas?

1. () Sim

2. () Não

**ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA**

 
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
Título da Pesquisa: CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - ÁLCOOL E DROGAS: PERFIL DOS
USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS Pesquisador: Sybelle de Souza Castro Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 45867315.9.0000.5154 Instituição Proponente: Universidade Federal do Triangulo Mineiro Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
DADOS DO PARECER
Número do Parecer: 1.139.451 Data da Relatoria: 01/07/2015 Apresentação do Projeto: Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Trata-se de pendência datada de 12/06/2015, parecer número 1.127.623. Pesquisadores realizaram todas as recomendações feitas pelo Comitê.
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Termos de apresentação obrigatória apresentados.
Recomendações:
Não há.
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e Norma Operacional 001/2013 do CNS, o CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.
O CEP-UFTM informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios anuais, assim como também é obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.
Situação do Parecer:
Aprovado
Necessita Apreciação da CONEP:
Não
Considerações Finais a critério do CEP:
Aprovado em reunião de Colegiado do CEP-UFTM em 03 de julho de 2015.

**ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
ANEXO II**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG
Comitê de Ética em Pesquisa- CEP**

TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas: Perfil dos Usuários e dos Profissionais”

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo “Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas: Perfil dos Usuários e dos Profissionais”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são:

❖ **Objetivo Geral**

- Analisar o perfil dos usuários e dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial - álcool e drogas (CAPSad) da Região do Triângulo Mineiro e Alto do Paranaíba do estado de Minas Gerais.

❖ **Objetivos Específicos**

- Descrever o perfil epidemiológico dos usuários dos CAPSad.
- Descrever os tipos de substâncias psicoativas mais utilizadas pelos usuários do serviço e qual a frequência de consumo.
- Verificar se existe associação entre os tipos de substâncias consumidas com a faixa etária, sexo, escolaridade, idade inicial de uso.
- Conhecer o perfil dos profissionais atuantes nos CAPSad.
- Identificar a prevalência de transtornos mentais leves entre os trabalhadores dos CAPSad.
- Avaliar a satisfação da equipe técnica em relação às condições de trabalho dos CAPSad.
- Avaliar o impacto do trabalho na saúde mental dos trabalhadores dos CAPSad.
- Descrever a qualidade de vida, dos profissionais dos CAPSad.

Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO
(maiores de 21 anos)**

Título do Projeto: “**Perfil dos Usuários e dos Profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas**”

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu trabalho. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador

Telefone de contato dos pesquisadores responsáveis:

Prof^a. Dr^a. Sybelle de Souza Castro (34) 991427305

Prof^a. Erika Renata Trevisan (34) 984060260

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

ANEXO III - SELF REPORT QUESTIONNAIRE - SRQ-20

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Instruções

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

1	Você tem dores de cabeça frequente?	()SIM ()NÃO
2	Tem falta de apetite?	()SIM ()NÃO
3	Dorme mal?	()SIM ()NÃO
4	Assusta-se com facilidade?	()SIM ()NÃO
5	Tem tremores nas mãos?	()SIM ()NÃO
6	Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	()SIM ()NÃO
7	Tem má digestão?	()SIM ()NÃO
8	Tem dificuldades de pensar com clareza?	()SIM ()NÃO
9	Tem se sentido triste ultimamente?	()SIM ()NÃO
10	Tem chorado mais do que costume?	()SIM ()NÃO
11	Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	()SIM ()NÃO
12	Tem dificuldades para tomar decisões?	()SIM ()NÃO
13	Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa- sofrimento?)	()SIM ()NÃO
14	É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	()SIM ()NÃO
15	Tem perdido o interesse pelas coisas?	()SIM ()NÃO
16	Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	()SIM ()NÃO
17	Tem tido idéia de acabar com a vida?	()SIM ()NÃO
18	Sente-se cansado (a) o tempo todo?	()SIM ()NÃO
19	Você se cansa com facilidade?	()SIM ()NÃO
20	Têm sensações desagradáveis no estomago?	()SIM ()NÃO

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

Obrigado por aceitar ser entrevistado neste estudo coordenado pela Prof^a. Dr^a Sybelle de Souza Castro.

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.

SATIS-BR - ESCALA DE AVALIACAO DA SATISFACAO DA EQUIPE EM SERVICOS DE SAUDE MENTAL

Nome (Opcional): _____
 Estado civil: _____
 Sexo: _____
 Nome do serviço: _____
 Data ___/___/___
 Idade: _____
 Escolaridade: _____
 Cargo/função: _____
 Tempo de serviço: _____

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

1. De modo geral, até que ponto você está satisfeito com este serviço?

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

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

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

3. 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

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

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

5. Você se sente satisfeito com o grau de controle dos seus supervisores sobre o seu trabalho?

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

6. 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

7. 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

8. Você se sente satisfeito com o grau de sua participação no processo de tomada de decisões no seu serviço?

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

9. Você se sente satisfeito com sua participação na implementação de programas e/ou atividades novas no serviço?

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

10. Você se sente satisfeito com sua participação no processo de avaliação das

atividades e/ou programas do serviço?

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

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

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

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

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

13. 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

14. 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

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

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

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

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

17. 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

18. 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

19. 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

20. 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

21. 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

22. 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

23. 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

24. 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

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

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

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

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

27. 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

28. 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

29. 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

30. 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

31. 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

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

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

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

Bandeira, M., Pitta, AMF e Mercier, C (2000). Escalas Brasileiras de Avaliação da Satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 49 (4): 105-115.

Obrigado por aceitar ser entrevistado neste estudo coordenado pela Prof^a. Dr^a. Sybelle de Souza Castro. 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 frequência desde que começou a trabalhar no campo da Saúde Mental?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
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

ANEXO VI - WHOQOL-BREF

Instruções					
<p>Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.</p> <p>Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:</p>					
	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1. Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes,	1	2	3	4	5

	conhecidos, colegas)?					
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequente mente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO VII - SINTAXE DO WHOQOL-BREF

Invertendo as questões q3, q4 e q26.

Recode q3 q4 q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

*

*

* (scores based on a 4-20 scale), para que sejam comparáveis com o WHOQoL 100.

compute domfis = (mean.6 (q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18)) * 4.

compute dompsi = (mean.5 (q5, q6, q7, q11, q19, q26)) * 4.

compute domsoc = (mean.2 (q20,q21,q22)) * 4.

compute domamb = (mean.6 (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25)) * 4.

compute overall = (mean.2 (q1, q2)) * 4.

*

*(scores transformed to a 0-100 scale).

compute domfis = (domfis - 4) * (100/16).

compute dompsi = (dompsi - 4) * (100/16).

compute domsoc = (domsoc - 4) * (100/16).

compute domamb = (domamb - 4) * (100/16).

compute q1b = (q1 - 1) * (100/16).

compute q2b = (q2 - 1) * (100/16).

execute.