



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JANAINA MARIA DOS SANTOS FRANCISCO DE PAULA

**Empatia e Fadiga por Compaixão em Trabalhadores de Saúde Mental de um
município do Nordeste Brasileiro**

TERESINA
2021

JANAINA MARIA DOS SANTOS FRANCISCO DE PAULA

**Empatia e Fadiga por Compaixão em Trabalhadores de Saúde Mental de um
município do Nordeste Brasileiro**

Relatório final da Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (PPGENf/UFPI), como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Astrês Fernandes

Área de concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas Socioeducativas em Enfermagem.

TERESINA
2021

JANAINA MARIA DOS SANTOS FRANCISCO DE PAULA

Empatia e Fadiga por Compaixão em Trabalhadores de Saúde Mental de um município do Nordeste Brasileiro

Relatório final de Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (PPGEnf/UFPI), como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em: 09/02/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Márcia Astrês Fernandes
Orientadora/Presidente – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Palucci Marziale – 1^a Examinadora
Universidade de São Paulo (USP)

Prof.^a Dr.^a Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos – 2^a Examinadora
Universidade Federal do Pernambuco (UFPE)

Prof.^a Dr.^a Raquel Pereira Belo – 3^a Examinadora
Examinadora interna (UFDPAr)

Prof.^a Dr.^a Inez Sampaio Nery – 4^a Examinadora
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof.^a Dr.^a Ana Maria Ribeiro dos Santos – 1^a Suplente
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof.^a Dr.^a Benevina Maria Teixeira Vilar Nunes – 2^a Suplente
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do CCS
Serviço de Processamento Técnico

P324e Paula, Janaina Maria dos Santos Francisco de.
Empatia e fadiga por compaixão em trabalhadores de saúde mental
de um município do nordeste brasileiro / Janaina Maria Dos Santos
Francisco De Paula. -- Teresina, 2021.
156 f. : il.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, 2021.
Orientação: Profa. Dra. Márcia Astrês Fernandes.
Bibliografia

1. Assistência à Saúde mental. 2. Carga de Trabalho. 3. Fadiga por
Compaixão. 4. Empatia. 5. Qualidade de Vida. 6. Estresse Ocupacional. I.
Fernandes, Márcia Astrês. II. Título.

CDD 610.73

In memoriam:

Dos amigos que, atuantes na linha de frente, foram recrutados para as trincheiras celestiais em decorrência da COVID-19. Enquanto eu respirar, vou me lembrar de vocês;

Da Professora Maria Inês da Silva, a Inêsquecível, enfermeira e docente da Universidade de Pernambuco, a quem considero a minha primeira orientadora;

Do Professor Roberto Trezena Patu, médico e docente da Universidade de Pernambuco.

Às minhas professoras orientadoras durante a graduação, Phd. Silvana Sidney Costa Santos e Phd. Rita de Cássia do Nascimento Moura.

A todos os que partilharam o mesmo caminho, transformaram tropeços em valsas, fundamentaram as paredes dessa casa térrea, transformaram obstáculos em pontes e me conduziram, quando, por comodismo, eu não percebia estar adiando a construção. Conto com vocês para a construção do teto...

A mim, que “agora quero ir, pra me reconhecer de volta”...

AGRADECIMENTOS

Aviso e comunico que, para compreender a importância das pessoas que compartilharam todo o meu período de formação acadêmica e pessoal, em meus agradecimentos, tomarei a liberdade de transcrever um texto de autoria do escritor Rubem Alves, intitulado “A complicada arte de ver”.

Ele diz o seguinte:

“Ela entrou, deitou-se no divã e disse: ‘Acho que estou ficando louca’. Eu fiquei em silêncio aguardando que ela me revelasse os sinais da sua loucura. ‘Um dos meus prazeres é cozinhar. Vou para a cozinha, corto as cebolas, os tomates, os pimentões – é uma alegria! Entretanto, faz uns dias, eu fui para a cozinha para fazer aquilo que já fizera centenas de vezes: cortar cebolas. Ato banal sem surpresas. Mas, cortada a cebola, eu olhei para ela e tive um susto. Percebi que nunca havia visto uma cebola. Aqueles anéis perfeitamente ajustados, a luz se refletindo neles: tive a impressão de estar vendo a rosácea de um vitral de catedral gótica. De repente, a cebola, de objeto a ser comido, se transformou em obra de arte para ser vista! E o pior é que o mesmo aconteceu quando cortei os tomates, os pimentões... Agora, tudo o que vejo me causa espanto’. Ela se calou, esperando o meu diagnóstico. Eu me levantei, fui à estante de livros e de lá retirei as ‘Odes Elementales’, de Pablo Neruda. Procurei a ‘Ode à Cebola’ e lhe disse: ‘Essa perturbação ocular que a acometeu é comum entre os poetas. Veja o que Neruda disse de uma cebola igual àquela que lhe causou assombro: ‘Rosa de água com escamas de cristal’. Não, você não está louca. Você ganhou olhos de poeta... Os poetas ensinam a ver’. Ver é muito complicado. Isso é estranho porque os olhos, de todos os órgãos dos sentidos, são os de mais fácil compreensão científica. A sua física é idêntica à física óptica de uma máquina fotográfica: o objeto do lado de fora aparece refletido do lado de dentro. Mas existe algo na visão que não pertence à física. William Blake sabia disso e afirmou: ‘A árvore que o sábio vê não é a mesma árvore que o tolo vê’. Sei disso por experiência própria. Quando vejo os ipês floridos, sinto-me como Moisés diante da sarça ardente: ali está uma epifania do sagrado. Mas uma mulher que vivia perto da minha casa decretou a morte de um ipê que florescia à frente de sua casa porque ele sujava o chão, dava muito trabalho para a sua vassoura. Seus olhos não viam a beleza. Só viam o lixo. Adélia Prado disse:

'Deus de vez em quando me tira a poesia. Olho para uma pedra e vejo uma pedra'. Drummond viu uma pedra e não viu uma pedra. A pedra que ele viu virou poema. Há muitas pessoas de visão perfeita que nada veem. 'Não é bastante não ser cego para ver as árvores e as flores. Não basta abrir a janela para ver os campos e os rios', escreveu Alberto Caeiro, heterônimo de Fernando Pessoa. O ato de ver não é coisa natural. Precisa ser aprendido. Nietzsche sabia disso e afirmou que a primeira tarefa da educação é ensinar a ver. O zen-budismo concorda, e toda a sua espiritualidade é uma busca da experiência chamada 'satori', a abertura do 'terceiro olho'. Não sei se Cummings se inspirava no zen-budismo, mas o fato é que escreveu: 'Agora os ouvidos dos meus ouvidos acordaram e agora os olhos dos meus olhos se abriram'. Há um poema no Novo Testamento que relata a caminhada de dois discípulos na companhia de Jesus ressuscitado. Mas eles não o reconheciam. Reconheceram-no subitamente: ao partir do pão, 'seus olhos se abriram'. Vinícius de Moraes adota o mesmo mote em 'Operário em Construção': 'De forma que, certo dia, à mesa ao cortar o pão, o operário foi tomado de uma súbita emoção, ao constatar assombrado que tudo naquela mesa – garrafa, prato, facção – era ele quem fazia. Ele, um humilde operário, um operário em construção'. A diferença se encontra no lugar onde os olhos são guardados. Se os olhos estão na caixa de ferramentas, eles são apenas ferramentas que usamos por sua função prática. Com eles vemos objetos, sinais luminosos, nomes de ruas – e ajustamos a nossa ação. O ver se subordina ao fazer. Isso é necessário. Mas é muito pobre. Os olhos não gozam... Mas, quando os olhos estão na caixa dos brinquedos, eles se transformam em órgãos de prazer: brincam com o que veem, olham pelo prazer de olhar, querem fazer amor com o mundo. Os olhos que moram na caixa de ferramentas são os olhos dos adultos. Os olhos que moram na caixa dos brinquedos, das crianças. Para ter olhos brincalhões, é preciso ter as crianças por nossas mestras. Alberto Caeiro disse haver aprendido a arte de ver com um menino, Jesus Cristo fugido do céu, tornado outra vez criança, eternamente: 'A mim, ensinou-me tudo. Ensinou-me a olhar para as coisas. Apontame todas as coisas que há nas flores. Mostra-me como as pedras são engraçadas quando a gente as tem na mão e olha devagar para elas". Por isso – porque eu acho que a primeira função da educação é ensinar a ver – eu gostaria de sugerir que se criasse um novo tipo de professor, um professor que nada teria a ensinar, mas que se dedicaria a apontar os assombros que crescem nos desvãos da banalidade

cotidiana. Como o Jesus menino do poema de Caeiro. Sua missão seria partear 'olhos vagabundos'..."

Quando achei estar louca...

Aos meus pais (Iris Maria dos Santos Francisco de Paula e Walter Francisco de Paula), irmãos (Jussara Maria dos Santos Francisco de Paula e Walter dos Santos Francisco de Paula), sobrinhas e afilhados;

À Marluce Ferreira Mascarenhas (Mãe Luce) e à Margarida Felinto;

Às minhas famílias – materna, paterna e fraterna (famílias Felinto, Aragão e Almeida, residentes em Floriano-PI; e famílias Dias e Alencar, residentes em Teresina-PI);

Aos educadores da Universidade de Pernambuco (UPE) e às equipes clínicas dos seus complexos hospitalares – Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) e Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco Prof. Luiz Tavares (PROCAPE), Instituto de Ciências Biológicas (ICB), Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG), Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP);

Ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), onde concluí a Especialização em Enfermagem do Trabalho;

Às formadoras em Terapia Comunitária Integrativa – Áurea Silva, Marluce Tavares de Oliveira, Linda SiokMey Tijhio Pestana e Herlinda Borges (Polo Espaço Família); Maria José Mendonça e Maria da Graça Araújo Garcia (Polo Acreditar e Compartilhar) e à turma XI de Terapia Comunitária Integrativa (Polo Espaço Família).

Quando ganhei os olhos de poeta...

Aos Professores: Dr. Mailson Fontes de Carvalho, Dra. Izabel Cristina Falcão Juvenal Barbosa, Dr. Alyson Luiz Santos de Almeida e Dra. Giovanna de Oliveira Libório Dourado;

À Dra. Maria Aurelândia Rocha Leal (Maninha), enfermeira, que me acolheu em 2013 no CAPS AD - Floriano e com quem, convivendo, compreendi as necessidades do usuário e a estabelecer um projeto terapêutico singular compartilhado;

À equipe dos projetos que participo atualmente – ConViver: promoção da saúde mental e bem-estar, COVID-19: cuidando do cuidador em tempos de redes sociais e A pesquisa na Licenciatura: o perfil dos TCCs de Ciências Biológicas em Floriano-PI;

À Professora Dra. Lidya Tolstenko Nogueira, que gentilmente me permitiu o uso compartilhado do gabinete docente, garantindo as condições necessárias (tranquilidade e conforto) primordiais para conclusão das disciplinas do Programa e preparação das aulas da graduação;

Aos servidores técnico-administrativos (efetivos e terceirizados) do Departamento de Enfermagem, pelo constante carinho e pela atenção.

Quando quis olhar pelo prazer de olhar e acabei fazendo amor com o mundo...

À Professora Dra. Shara Jane Holanda Costa Adad e às parceiras de turma (Luciana de Lima Lopes Leite, Letícia Carolina Pereira do Nascimento, Thaysa Tamara Maciel dos Santos, Vanessa Nunes dos Santos), pela oportunidade de ressignificar a minha postura como pesquisadora e conhecer a profundidade da Sociopoética e seus dispositivos;

Aos integrantes do Observatório das Juventudes e Violências na Escola (OBJUVE/CCE) e do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Educação, Gênero e Cidadania (NEPEGECI/NEPEGE);

Aos Professores do Departamento de Enfermagem (DENF/UFPI), com os quais estabeleci relação mais próxima – Rosana dos Santos Costa, Elisiane Gomes Bonfim, Mayara Aguida Porfirio Moura, Augusto Cezar Antunes de Araújo Filho, Maria Zélia de Araújo Madeira, Flávia Dayana Ribeiro da Silveira, Odinéa Maria Amorim Batista, Ana Maria Ribeiro dos Santos, Joelita de Alencar Fonseca Santos, Mariana Barbosa Dias, Fábio Rodrigues Trindade e Lívia Carvalho Pereira.

Quando a pedra que eu vi virou um poema...

A todo o corpo docente, discente e aos servidores técnico-administrativos (efetivos e terceirizados) do *Campus* Amílcar Ferreira Sobral da Universidade Federal do Piauí (CAFS/UFPI), Colégio Técnico de Floriano (CTF/UFPI), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF/UFPI) e Departamento de Nutrição da Universidade Federal do Piauí (CCS/UFPI);

A Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPG/UFPI), na pessoa do Professor Dr. Welter Catanhêde, pelo apoio às demandas administrativas decorrentes do afastamento;

Às instituições participantes e suas equipes gestoras de Saúde Mental: em Teresina (Luanna Bueno, Mayra Melo, Isabel Karine, Maria do Amparo Oliveira, Rosilene Soares), equipe do Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu; e em Floriano (Idalina de França Barros e demais coordenadoras);

À Professora Dra. Marina Bandeira, aos Professores Dr. Kennyston Lago e Dr. Nilton Formiga pela atenção e cordialidade na cessão das escalas usadas na pesquisa;

Aos parceiros de vida acadêmica, Thais Andréa de Oliveira Moura, Filipe Melo da Silva e Glícia Cardoso Nascimento.

Quando abri o terceiro olho...

Às professoras Phd. Rita de Cássia do Nascimento Moura (ICB/UPE), Ma. Maria Inês da Silva (*in memoriam*) (FENSG/UPE) e Phd. Silvana Sidney Costa Santos (FURG);

Às Professoras Dra. Maria Helena Palucci Marziale, Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos, Dra. Raquel Pereira Belo, Dra. Inez Sampaio Nery e Dra. Benevina Maria Teixeira Vilar Nunes;

Ao Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde Mental e Trabalho da Universidade Federal do Piauí (GEPsAMT/UFPI), pela convivência e aprendizado;

A Professora Laís Sá, da Escola de Yoga de Teresina.

Aos meus olhos brincalhões...

Quilombolas Ank;

Alessandro Pereira Georg, Emilly Pereira Georg, Evelliyn Pereira Georg, Bento Luiz Araújo Costa de Almeida, Davi Araújo Felinto, Beatriz Felinto Borges de Sousa, Eloá Mendes de Araújo Felinto, Isabelle de Paula;

Os pets: Vida, Jajá, Gentil, Darly, Billy Júnior, Samsara e Ramona...

Ensinaram-me a olhar para as coisas e me apontaram todas as coisas que há nas flores...

Ao Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP/UFPI);

Aos examinadores da banca de qualificação e defesa da tese pelo aceite, pela presença e pelas contribuições;

A Professora Dra. Márcia Astrês Fernandes, por ter me acolhido em sua linha de pesquisa, apoiado as minhas ideias, pela orientação, paciência e suporte para realização da pesquisa.

Aos que partejam meus "olhos vagabundos"...

Formandos UPE/ FENSG – Julho de 2005 – Quando as diferenças convergem para um único sonho.

Esta tese é fruto de um trabalho coletivo e parceiro.

Eis aqui a NOSSA vitória!

PAULA, J. M. S. F. **Empatia e Fadiga por Compaixão em Trabalhadores de Saúde Mental de um município do Nordeste Brasileiro**. 2021. 156 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2021.

RESUMO

Introdução: no cotidiano do trabalho dos Centros de Atenção Psicossociais, a afetividade, a mobilização da inteligência e a subjetividade correspondem ao trabalho efetivo e coletivo, exigindo o “uso exacerbado de si” em detrimento do outro. Nas relações e mediações, o exercício da subjetividade pode ser fonte de prazer ou sofrimento, afetando a saúde mental dos trabalhadores conforme os pressupostos da Psicodinâmica do Trabalho. **Objetivos:** o estudo teve como objetivo geral avaliar a percepção do Impacto e da Satisfação do Trabalho, da Fadiga por Compaixão e da Empatia junto aos profissionais de saúde mental de um município do nordeste brasileiro; e, como objetivos específicos: identificar a percepção do impacto do serviço dos profissionais de saúde mental; medir a fadiga por compaixão, a qualidade de vida profissional e a satisfação por compaixão dos profissionais de saúde mental; identificar o grau de satisfação da equipe de trabalho em relação aos serviços oferecidos e às condições de trabalho nas instituições; mensurar a empatia individual dos profissionais de saúde mental; verificar a relação entre a empatia e a fadiga por compaixão dos profissionais de saúde mental. **Metodologia:** estudo transversal de natureza quantitativa, analítico, observacional, com amostragem por conveniência, realizado com 26 trabalhadores de saúde mental que atuavam no Centro de Atenção Psicossocial II e no Centro de Atenção Psicossocial III de um município do nordeste brasileiro, com as escalas autoaplicáveis IMPACTO-BR, SATIS-BR, PROQoL-BR (versão IV) e EMRI. Os dados foram analisados com o apoio do *software* SPSS versão 22.0. Para caracterização dos participantes, foram realizadas estatísticas descritivas; nas correlações entre as variáveis quantitativas, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman e Pearson; nas análises, foi adotado o nível de significância de 0,05, sendo considerados estatisticamente significantes os resultados dos testes que apresentaram $p \leq 0,05$. A coleta de dados ocorreu em julho de 2020. Resultados: houve predominância de indivíduos com média de idade de 35,58 anos, do sexo feminino, casados ou vivendo com companheiros (57,7%), possuíam pós-graduação 50%; outras profissões 34,6%; atuação na área da Saúde Mental entre 1 a 6 anos. A satisfação da equipe em relação às próprias condições do trabalho apresentou média de 6,47 ($\pm 1,09$), a Satisfação por Compaixão teve média de 51,31 ($\pm 3,53$), a Fadiga por Compaixão teve média de 17,92 ($\pm 6,70$); nas dimensões da Empatia o escore com maior média foi o de Angústia Pessoal, com 29,24 ($\pm 2,99$); Consideração Empática obteve média de 26,4 ($\pm 3,43$), mediana de 27; Tomada de Perspectiva obteve média de 20,52 ($\pm 4,66$); Fantasia teve média de 19,72 ($\pm 4,53$). Conclusão: o trabalho em saúde mental revelou-se desgastante em razão da satisfação em cuidar, o que exige estratégias defensivas para a minimização dos riscos de transtorno mental relacionado ao trabalho.

Descritores: Assistência à Saúde Mental. Carga de Trabalho. Fadiga por Compaixão. Empatia. Qualidade de Vida. Estresse Ocupacional.

PAULA, J. M. S. F. **Empathy and compassion fatigue in mental health workers in a municipality of Brazilian's northeast.** 2021. 156p. Thesis (Doctoral in Nursing) – Graduate Program in Nursing of Federal University of Piauí, Teresina, 2021.

ABSTRACT

Introduction: in the daily of the duty of the Psychosocial Care Centers, the affectivity, the mobilization of the intelligence and the subjectivity correspond to the effective and collective work, demanding the “exacerbated use of itself” to the detriment of other. In the relationships and mediations, the exercise of the subjectivity can be source of either pleasure or suffering, affecting the mental health of the workers as presupposed of the Psychodynamics of Work. **Aims:** the study had as general aim to evaluate the perception of the Impact and of the Satisfaction of the Work, the Compassion Fatigue and of the Empathy along with the mental health professionals of a municipality of Brazilian's northeast; and, as specific aims: to identify the perception of the job's impact of the mental health professionals, to measure the compassion fatigue, the professional quality of life and the satisfaction by compassion of the mental health professionals; to identify the degree of working team's satisfaction in relation to the offered services and to the working conditions in the institutions; to measure the individual empathy of the mental health professionals; to verify the relation between the empathy and the compassion fatigue of the mental health professionals. **Methodology:** transversal study of quantitative nature, analytical, observational, with convenience sampling, performed with 26 mental health workers who served at the Psychosocial Care Center II and at the Psychosocial Care Center III in a municipality of Brazilian's northeast, with the self-applied scales IMPACTO-BR, SATIS-BR, PROQoL-BR (version IV) and EMRI. The data were analyzed with the support of the software SPSS version 22.0. For characterization of the participants, there were performed descriptive statistics; in the correlation among the quantitative variables, there were used the correlation coefficients of Spearman and of Pearson; in the analyses it was adopted the significance level of 0.05, being considered statistically significant the results of the tests which presented $p \leq 0.05$. The data collection occurred on July 2020. **Results:** there was predominance of individuals with average age of 35.58 years-old, of the female gender, married or living with companion (57.7%), 50% completed some graduate course; another professions 34.6%; 1 to 6 years of actuation in the field of Mental Health. The satisfaction of the team in relation to their own duty conditions presented the average of 6.47 (± 1.09), the Compassion Satisfaction had average 51.31 (± 3.53), the Compassion Fatigue had average of 17,92 ($\pm 6,70$); in the dimensions of Empathy the score with the biggest average it was the Personal Distress, with 29.24 (± 2.99); Empathic Consideration obtained a mean of 26.4 (± 3.43), a median of 27; Perspective Taking obtained an average of 20.52 (± 4.66); Fantasia had an average of 19.72 (± 4.53). **Conclusion:** mental health work proved to be exhausting due to satisfaction in caring, which requires defensive strategies to minimize the risks of work-related mental disorders.

Descriptors: Mental Health Assistance. Workload. Compassion Fatigue. Empathy. Quality of Life. Occupational Stress.

PAULA, J. M. S. F. **Empatía y fatiga por compasión en trabajadores de salud mental en un municipio del nordeste brasileño**. 2021. 156 p. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de PiauÍ, Teresina, 2021.

RESUMEN

Introducción: en el trabajo diario de los Centros de Atención Psicosociales, la afectividad, la movilización de la inteligencia y la subjetividad corresponden al trabajo efectivo y colectivo, requiriendo un “uso exagerado de sí” en detrimento del otro. En las relaciones y mediaciones, el ejercicio de la subjetividad puede ser fuente de placer o sufrimiento, afectando la salud mental de los trabajadores según los supuestos de la Psicodinámica del Trabajo. **Objetivos:** el estudio tuvo como objetivo general evaluar la percepción del Impacto y Satisfacción Laboral, de la Fatiga por Compasión y de la Empatía con los profesionales de la salud mental en un municipio del nordeste brasileño; y, como objetivos específicos: identificar la percepción del impacto del servicio de los profesionales de la salud mental; medir la fatiga por compasión, la calidad de vida profesional y la satisfacción por compasión de los profesionales de la salud mental; identificar el grado de satisfacción del equipo de trabajo en relación a los servicios ofrecidos y las condiciones de trabajo en las instituciones; medir la empatía individual de los profesionales de la salud mental; verificar la relación entre la empatía y la fatiga por compasión de los profesionales de la salud mental. **Metodología:** estudio transversal de carácter cuantitativo, analítico, observacional, con muestreo por conveniencia, realizado con 26 trabajadores de salud mental que laboraban en el Centro de Atención Psicosocial II y en el Centro de Atención Psicosocial III de un municipio del nordeste brasileño, con escalas autoaplicables IMPACTO-BR, SATIS-BR, PROQoL-BR (versión IV) y EMRI. Los datos fueron analizados con el soporte del software SPSS versión 22.0. Se utilizaron estadísticas descriptivas para caracterizar a los participantes; en las correlaciones entre variables cuantitativas fueron utilizadas el coeficiente de correlación de Spearman y Pearson; en los análisis fue adoptado un nivel de significancia de 0.05, considerándose estadísticamente significativos los resultados de las pruebas que presentaron $p \leq 0,05$. La recopilación de datos ocurrió en julio de 2020. **Resultados:** hubo predominio de individuos con edad promedio de 35 a 58 años, del género femenino, casados o convivientes (57,7%), con 50% de posgrado; otras profesiones 34,6%; desempeño en el área de Salud Mental entre 1 a 6 años. La satisfacción del equipo en relación a sus propias condiciones de trabajo mostró un promedio de 6,47 ($\pm 1,09$), la Satisfacción por Compasión tuvo un promedio de 51,31 ($\pm 3,53$), Fatiga por Compasión tuvo un promedio de 17,92 ($\pm 6,70$); en las dimensiones de la Empatía, la puntuación con mayor promedio fue Angustia Personal, con 29,24 ($\pm 2,99$); La Consideración Empática obtuvo una media de 26,4 ($\pm 3,43$), una mediana de 27; la Toma de perspectiva obtuvo una media de 20,52 ($\pm 4,66$); la Fantasía tuvo un promedio de 19,72 ($\pm 4,53$). **Conclusión:** el trabajo en salud mental resultó agotador debido a la satisfacción en el cuidado, lo que requiere estrategias defensivas para minimizar los riesgos de trastornos mentales relacionados con el trabajo.

Descriptor: Asistencia a la Salud Mental. Carga de Trabajo. Desgaste por Empatía. Empatía. Calidad de Vida. Estrés Laboral.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estado do Piauí e localização do município de Floriano e seus bairros em 2010	62
Figura 2 – Cartaz para convocação dos participantes	73
Figura 3 – Atividades oferecidas pelos profissionais de saúde mental no CAPS. Floriano (PI) – 2020.....	81
Figura 4 – Satisfação com o serviço mencionada pelos profissionais de saúde mental. Floriano (PI) – 2020.....	92
Figura 5 – Insatisfação com o serviço mencionada pelos profissionais de saúde mental. Floriano (PI) – 2020.....	93
Figura 6 – Sugestões de melhoria para os serviços, mencionadas pelos profissionais de saúde mental. Floriano (PI) – 2020.	94
Figura 7 – Caracterização da classificação dos domínios da Escala PROQoL-BR. CAPS. Floriano (PI) – 2020. N: 26	104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Definição operacional das variáveis dependentes utilizadas na análise da Escala IMPACTO-BR	70
Quadro 2 – Definição operacional das variáveis dependentes utilizadas na análise da escala PROQoL-BR	71
Quadro 3 – Definição operacional das variáveis dependentes utilizadas na análise da escala EMRI	72
Quadro 4 – Estatística utilizada na análise das variáveis dependentes da Escala IMPACTO-BR e SATIS-BR	75
Quadro 5 – Estatística utilizada na análise das variáveis independentes da Escala IMPACTO-BR.....	76
Quadro 6 – Estatística utilizada na análise das variáveis dependentes da Escala PROQoL-BR.....	76
Quadro 7 – Estatística utilizada na análise das variáveis dependentes da Escala EMRI	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais que trabalham nos CAPS. Floriano (PI) – 2020.	79
Tabela 2 – Caracterização das respostas da Escala IMPACTO-BR. Floriano (PI) – 2020.	82
Tabela 3 – Caracterização da Escala SATIS-BR. Floriano (PI) – 2020.....	86
Tabela 4 – Caracterização dos escores da Escala IMPACTO-BR e SATIS-BR. Floriano (PI) – 2020.....	89
Tabela 5 – Caracterização dos escores da Escala SATIS-BR respondida por profissionais que trabalham no CAPS. Floriano (PI) – 2020.	95
Tabela 6 – Caracterização da Escala PROQoL-BR. Floriano (PI) – 2020.	95
Tabela 7 – Caracterização dos escores da Escala PROQoL-BR. Floriano (PI) – 2020.	98
Tabela 10 – Análise de normalidade dos escores dos domínios das Escalas. Floriano (PI) – 2020.....	101
Tabela 11 – Correlação entre os escores da Escala IMPACTO-BR. Floriano (PI) – 2020.	102
Tabela 12 – Correlação entre os escores dos domínios da Escala SATIS-BR. Floriano (PI) – 2020.....	103
Tabela 13 – Correlação entre os escores dos Domínios da Escala PROQoL-BR. Floriano (PI) – 2020.....	104
Tabela 14 – Correlação entre os escores dos domínios da Escala EMRI. Floriano (PI) – 2020.....	105
Tabela 15 – Análise de normalidade dos escores gerais das Escalas IMPACTO-BR, SATIS-BR, PROQoL-BR, EMRI. Floriano (PI) – 2020.....	105
Tabela 16 – Associação dos domínios da Escala PROQoL e as variáveis sociodemográficas de profissionais que trabalham nos CAPS. Floriano (PI) – 2020.	106
Tabela 17 – Correlação dos escores gerais das Escalas respondidas por profissionais que trabalham nos CAPS. Floriano (PI) – 2020.	107

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRATECOM – Associação Brasileira de Terapia Comunitária

AP – Angústia Pessoal

APA – *American Psychological Association*

APSBRA – Associação Brasileira de Psiquiatria Social

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS AD III – Centro de Atenção Psicossocial tipo III

CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial tipo II

CE – Consideração Empática

CEP/UFPI – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí

Cerest – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

CGC – Comitê Gestor de Crise

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde, décima versão

CNAE – Classificação Nacional de Atividade Econômica

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COVID-19 – Infecção Humana em decorrência do novo Coronavírus

DSM – IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV

EMRI – Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis

ESPIN – Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional

ETS – Estresse Traumático Secundário

FC – Fadiga por Compaixão

FMS – Fundação Municipal de Saúde

FS – Fantasia

HAA – Hospital Areolino de Abreu

HC/UFPE – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco

IMPACTO-BR – Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de

SATIS-BR – Escala de Avaliação da Satisfação de Profissionais em Serviços de Saúde Mental (versão abreviada)

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

LDRT – Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho
LNC – Lista de Doença de Notificação Compulsória
LNCI – Lista de Doença de Notificação Compulsória Imediata
LNCS – Lista de Doença de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas
MPS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MTPS – Ministério de Trabalho e Previdência Social
NTEP – Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
ObservaPICS – Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial de Saúde
PDT – Psicodinâmica do Trabalho
PPGEnf – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PPSUS/PI – Programa Pesquisa de Saúde para o SUS no Piauí
PPT – Psicopatologia do Trabalho
PROQoL-BR – *Professional Quality of Life Scale* versão IV
QVP – Qualidade de Vida Profissional
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SB – Síndrome de Burnout
SC – Satisfação por Compaixão
SESMT – Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho
SGA – Síndrome Geral de Adaptação
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
ST – Saúde do Trabalhador
SUIBE – Sistema Único de Informações de Benefícios
SUS – Sistema Único de Saúde
TCI – Terapia Comunitária Integrativa
TCI on-Line – Terapia Comunitária Integrativa on-Line
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TD9 – Território de Desenvolvimento 9

TMC – Transtornos Mentais e Comportamentais

TMRT – Transtornos Mentais relacionados ao trabalho

TP – Tomada de Perspectiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	21
1 INTRODUÇÃO	27
1.1 Contextualização do problema e construção do objeto de estudo	27
1.2 Objetivos	31
1.2.1 Objetivo geral	31
1.2.2 Objetivos específicos	32
1.3 Justificativa e relevância.....	32
2 REFERENCIAL TEMÁTICO.....	34
2.1 Breve histórico das legislações trabalhistas, da Enfermagem do Trabalho e das contribuições da perspectiva de Christophe Dejours na Psicodinâmica do Trabalho.....	34
2.2 Legislação brasileira sobre a atenção à saúde do trabalhador e o estabelecimento donexo causal.....	41
2.3 Afastamento laboral por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC).....	46
2.4 O trabalho em saúde mental e as relações da empatia, da fadiga por compaixão, da satisfação por compaixão com o estresse	49
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	60
3.1 Tipo de estudo.....	60
3.2 Local do estudo	60
3.3 População e amostra	62
3.4 Critérios de inclusão e exclusão	63
3.5 Instrumentos.....	63
3.6 Definição operacional das variáveis	69
3.7 Coleta de dados	72
3.8 Análise dos dados	74
3.9 Aspectos éticos e legais	77
3.10 Riscos e benefícios	77
4 RESULTADOS	79
4.1 Caracterização dos participantes	79
4.2 Atividades realizadas nos serviços.....	80

4.3 Avaliação pela Escala IMPACTO-BR.....	81
4.4 Avaliação pela Escala SATIS-BR.....	86
4.5 Avaliação pela Escala PROQoL-BR.....	95
4.6 Avaliação pela Escala EMRI	98
4.7 Análise de normalidade das Escalas IMPACTO-BR, SATIS-BR, PROQoL-BR e EMRI.....	101
4.8 Correlação entre os escores da Escala IMPACTO-BR	102
4.9 Correlação entre os escores da Escala SATIS	103
4.10 Correlação entre os escores da Escala PROQoL-BR.....	103
4.11 Classificação dos domínios da Escala PROQoL.....	104
4.12 Correlação entre os escores da Escala EMRI	105
4.13 Domínios da Escala IMPACTO-BR, SATIS-BR, PROQoL-BR e EMRI	105
4.14 Domínios da Escala PROQoL	106
4.15 Correlação entre os escores gerais das Escalas IMPACTO-BR, PROQoL-BR, EMRI, SATIS-BR	107
5 DISCUSSÃO	108
5.1 Caracterização da amostra do estudo e cotidiano de trabalho.....	108
5.2 Análise do contexto do trabalho desenvolvido nos CAPS a partir das Escalas IMPACTO-BR e SATIS-BR.....	111
5.3 Avaliação da equipe aferida através das Escalas PROQoL-BR e EMRI.....	112
5.4 Análise do contexto do trabalho a partir dos relatos pessoais.....	113
6 CONCLUSÃO.....	117
REFERÊNCIAS.....	119

APRESENTAÇÃO

Um aviso aos leitores

“Não sou eu quem me navega/Quem me navega é o mar/ Não sou eu quem me navega/ Quem me navega é o mar/ É ele quem me carrega/ Como nem fosse levar/ É ele quem me carrega/ Como nem fosse levar”.
(Paulinho da Viola, Timoneiro, 1996)

Início, aqui, com uma breve, porém necessária, retrospectiva.

Diante de tantos acontecimentos da banca de defesa de projeto, até a data de “conclusão” muito aconteceu.

Do terreno da minha trajetória profissional, uso a expressão de Gonçalves Dias, “roubartilhada” do poema Juca Pirama:

“Meninos, eu vi!”...

Em 2001, a sanção da Lei Paulo Delgado, que redirecionou a assistência em saúde mental a partir do tratamento em serviços de base comunitária, dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Em 2002, Portaria nº 336, a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, que deveriam ser capacitados para realizar o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

“Meninos, eu vivenciei”...

Em 2003, no primeiro semestre, no Hospital da Tamarineira, em Recife-PE, estágio da disciplina Psiquiatria e Saúde Mental, o primeiro contato com o modelo hospitalocêntrico, e, em 2013, como docente, na disciplina estágio supervisionado em Enfermagem, durante 18 meses de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), junto às equipes do município, o primeiro contato com o modelo substitutivo, como componente da equipe.

Na organização do processo de enfermagem aplicado na assistência ao grupo, diversas atividades de promoção à saúde extramuro foram desencorajadas pelos profissionais da rede acompanhadas, pois o discurso do receio de o usuário

entrar em surto ou sair da atividade para consumir droga era recorrente, portanto, as atividades eram restritas aos espaços intramuros. Ainda assim, conseguimos, aos poucos, realizar sessões de cinema levando os usuários a conhecerem o teatro local (muitos residentes na cidade sequer haviam entrado nele), festas de confraternização, campanhas de arrecadação de roupas, oficinas de pinturas artísticas, atividades musicais. Pouco a pouco, professores, usuários, discentes e equipe de profissionais estabeleceram relação de confiança mútua.

Nesse breve período de atuação, refletindo sobre o que vi em 2001 e 2003, percebi, em 2013, vários profissionais de saúde mental com indícios de estresse. Usuários agitados e agressivos, muitas vezes tratados com hostilidade, remanejamento de profissionais da equipe por desgaste emocional; os discentes tinham alta resistência para realizar as atividades de educação em saúde. Inúmeras vezes os usuários se recusavam a ser atendidos por determinados profissionais por terem adotado, durante a prestação da assistência, conduta agressiva; diante de alguns profissionais, recusavam-se a tomar as medicações ministradas por eles ou faltavam às atividades do Projeto Terapêutico Singular.

No ambiente físico, as equipes trabalhavam em espaço inadequado, sem conforto, sem condições materiais para a realização de atividades administrativas e de atendimento; não reconhecimento do trabalho por parte dos usuários e das pessoas que compartilham do mesmo ofício, vínculo precário e outras situações que geravam tensão, insegurança, medo e discursos de desesperança.

Em 2013, a partir de uma resposta ao edital lançado pelo Ministério da Saúde, o município de Floriano foi contemplado e alguns profissionais foram selecionados para um intercâmbio, junto às equipes de São Bernardo do Campo-SP, custeados pela Prefeitura; esse intercâmbio proporcionou novos olhares para outras experiências.

Essa breve aproximação com a atuação em saúde mental, aliada a minha própria trajetória profissional e acadêmica no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), foram os motivadores para a construção de um projeto, que, por meio de uma pesquisa-intervenção, proporcionasse aos trabalhadores da saúde mental, por intermédio da Terapia Comunitária Integrativa, o protagonismo na produção em saúde nas suas relações de trabalho, traçando uma rede de apoio para minimizar os

impactos que pudessem favorecer a saúde mental e o autocuidado por meio de uma rede colaborativa.

“Meninos, eu vi!”

Trajectoria e planos definidos para 2020, no mês de janeiro; a pandemia causada pela infecção humana em decorrência do novo Coronavírus (COVID-19), quando foi declarada Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (ESPIN) e os países se organizaram para mitigar o agravo.

Pegou a todos pegos de surpresa!

Atordoados, nós, seres vivos do planeta Terra, tivemos que nos submeter às mudanças e nos adaptar a um “novo normal”...

O Brasil iniciou seu plano de mitigação da COVID-19 instituindo a Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, na qual autoridades e gestores se comprometeram com a organização rápida dos serviços de saúde, em seus diferentes níveis de atenção, e adoção de medidas de biossegurança em todo o território nacional.

Nesse contexto, foram mantidos os serviços essenciais. A Organização Mundial de Saúde (OMS) destacou a garantia do calendário de vacinação, dos cuidados durante a gravidez e o parto, do tratamento de doenças infecciosas e não transmissíveis, dos serviços de hemoterapia e dos dispositivos da Rede de Saúde Mental e, por consequência, a manutenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do SUS.

No Piauí, o avanço da pandemia, exigiu que o governador adequasse, urgentemente, a sua rede de serviços, iniciando pela formação do Comitê Gestor de Crise (CGC), pelo Decreto nº 18.884, e estado de calamidade pública, pelo Decreto nº 18.895. As medidas de distanciamento social, adotadas pelas decisões do CGC, coincidiram com a execução da fase de coleta de dados, prevista para os meses de maio a agosto de 2020.

Atendendo, então, à recomendação dos decretos, houve a necessidade de submissão de uma emenda, na proposta original apresentada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP/UFPI), qual seja: (1) foram adaptados os procedimentos de coleta via aplicativo de mensagens e as sessões de Terapia Comunitária Integrativa (TCI), que seriam realizadas de forma presencial, tiveram que ser adaptadas para acontecer por aplicativo de videoconferência; e (2) inclusão do município de Floriano-PI, com o início da coleta no mês de julho.

Ainda assim, apesar da emenda, para a minimização dos riscos inerentes à fase de abordagem dos participantes, a Gestão de Saúde Mental da Fundação Municipal de Saúde (FMS) exigiu que se postergasse a produção de dados para o período posterior à pandemia, em um pedido encaminhado por meio de correspondência eletrônica. No Hospital Areolino de Abreu (HAA), apesar de toda a cordialidade do setor de Recursos Humanos e da direção, a coleta por meio de formulário eletrônico foi prejudicada pela inexistência de contatos telefônicos e de e-mail de todos os profissionais. A lista nominal dos profissionais do quadro foi cedida com onze endereços eletrônicos e três números de contato telefônico. Encaminhou-se o formulário eletrônico e somente dois profissionais o responderam.

Essa breve explicação se faz necessária, já que esse relatório pretendia trazer os resultados da proposta cujo objetivo geral seria avaliar a percepção do Impacto e da Satisfação do Trabalho, da Fadiga por Compaixão e da Empatia junto aos profissionais de saúde mental que atuavam nos CAPS e em hospital psiquiátrico e realizar uma intervenção em Terapia Comunitária, avaliando esses índices antes e depois das rodas.

Enquanto aguardava a liberação do CEP/UFPI, no mês de abril, iniciei a participação voluntária de apoio à Saúde Mental aos trabalhadores de saúde e comunidade, no contexto da pandemia de Covid-19. Em uma ação conjunta, o Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde (ObservaPICS), a Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM), Associação Brasileira de Psiquiatria Social (APSBRA) e os Polos Formadores em Terapia Comunitária Integrativa, assim como a criação da Rede Cuidar Enfermagem, oferecerem, gratuitamente e a distância, escuta psicológica e orientação para práticas integrativas e complementares em saúde voltadas para o gerenciamento do estresse e a redução do sofrimento físico, mental e emocional causado pela vivência durante a pandemia.

Os motivos que me impulsionaram são muito simples: curiosidade e obstinação. Avaliei que precisava me autodesprender para ouvir os outros, nesse caso, assimilar o que me convinha conhecer.

Essa participação, muito importante na trajetória desta tese, expandiu o meu território de atuação para além da formação em TCI. Conheci outros profissionais de saúde em sofrimento mental provocado por todo o contexto de crise pandêmica,

outros terapeutas e suas práticas integrativas; pude participar da adaptação do aplicativo SisRodas para consolidação das rodas. Esse aplicativo tem viabilizado a alimentação de um banco de dados das rodas de Terapia Comunitária Integrativa on-Line (TCI on-Line) desde março de 2020.

As rodas de TCI, respeitando as recomendações do distanciamento social, têm ocorrido semanalmente, através das plataformas Zoom® e Teams®, no Brasil. Os terapeutas comunitários da iniciativa foram treinados para o manuseio das plataformas e digitação das informações das rodas, que, periodicamente, são enviadas à ABRATECOM e ao OBSERVAPICS para realização de estudos avaliativos sistemáticos.

O custeio da plataforma, assumido pela ABRATECOM, em alguns polos brasileiros, permitiu que as rodas acontecessem em dias e horários pré-agendados e que fossem divulgadas em lista de transmissão mediada por aplicativo, aos participantes. Em Pernambuco, as rodas do Espaço Família, responsável pela minha formação, aconteciam sempre às terças-feiras, às 19h, e às quintas-feiras, às 13h30min, o mesmo horário em que ocorriam no espaço físico da escola e no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE). As rodas de TCI on-line são gravadas e armazenadas no disco virtual da ABRATECOM, sendo excluídas automaticamente após o período de três meses.

Após a liberação do parecer do CEP/UFPI, retomei, então, o contato com as instituições participantes – Serviço de Recursos Humanos do HAA, Gerência de Saúde Mental da Fundação Municipal de Saúde (FMS) e Secretaria Municipal de Saúde de Floriano (SMS). Na semana de 8 a 12 de maio de 2020, obtive os contatos telefônicos dos funcionários e iniciei o envio dos formulários do HAA. A FMS optou pela suspensão da pesquisa e a SMS autorizou que a coleta fosse realizada de forma presencial, pois estavam no período de convocação e admissão dos profissionais aprovados em processo seletivo. Em Floriano, na época, as medidas de distanciamento social, determinadas pelo Comitê Gestor de Crise local, estavam permitindo o atendimento dos usuários nos CAPS, somente em um turno. Esse período coincidiu com a admissão de novos profissionais e a reorganização da equipe de novos servidores.

Em relação ao retorno das respostas, no HAA, obteve-se o retorno de dois entrevistados e, em Floriano, 26 trabalhadores da saúde mental responderam ao questionário.

A partir da coleta dos dados e da tabulação, os trabalhadores da saúde mental da SMS foram convidados para integrar o grupo de TCI por videoconferência, porém não houve a adesão. As sessões seriam conduzidas como roda temática para garantia da escuta dos trabalhadores da rede. Poucos trabalhadores compareceram às sessões virtuais, motivo pelo qual não foi possível garantir a continuidade do atendimento (para fins do estudo), de modo a contemplar o objetivo geral. A partir da flexibilização das medidas de distanciamento social no município de Floriano, pretendi realizar as rodas presenciais nos CAPS do município e retornar às instituições participantes na cidade de Teresina para a realização da coleta e a inserção dos profissionais para continuidade em outras pesquisas com foco na intervenção por meio de Terapias Complementares e Integrativas.

Concluo, “roubartilhando” as palavras do ilustre Fernando Sabino:

De tudo ficaram três coisas:
a certeza de que estamos começando,
a certeza de que era preciso continuar e
a certeza de seria interrompido antes de terminar.
Fazer da interrupção um caminho novo.
Fazer da queda, um passo de dança,
do medo, uma escada,
do sono, uma ponte,
da procura, um encontro.
(SABINO, 1981, p. 106).

Com o propósito de cumprir os objetivos do estudo, a opção foi por estruturar a tese em seis capítulos, incluindo a introdução, como primeiro capítulo, que se une aos demais no conjunto do relatório final.

E, no encontro, desejo-lhes ótima leitura!

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema e construção do objeto de estudo

A relação entre saúde mental e trabalho é tão complexa quanto estabelecer a contribuição que o trabalho exerce para o sofrimento psíquico do trabalhador; uma vez que o trabalho tende a ocupar dimensão central na vida de um sujeito, outros aspectos, como família, doença, interação entre si, numa dinâmica que varia para cada indivíduo e a sua história de vida, na medida em que cada um irá atribuir um significado pessoal à dimensão e à importância do trabalho (ZAGO, 1988; VASCONCELOS; FARIA, 2008).

No Brasil, o campo da Saúde do Trabalhador emerge como sendo de práticas teóricas e/ou político-ideológicas no contexto do ressurgimento do movimento sindical, no final da década de 1970. Constituído pelos vetores da produção acadêmica, da programação em saúde na rede pública e pelo movimento dos trabalhadores, busca compreender a determinação do processo saúde – doença, privilegiando o trabalho, a partir do entendimento da relação saúde – doença e trabalho, nas quais o trabalhador comparece como sujeito, ao lado de saberes acadêmicos e de profissionais da saúde, na luta pela transformação dos processos de trabalho, "[...] visando resgatar o real *ethos* do trabalho: libertário e emancipador" (SATO; BERNARDO, 2005; PAPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011).

Para contextualizar o problema e a construção do objeto de estudo, recorre-se a um breve panorama conceitual e metodológico sobre a Psicodinâmica do Trabalho e a Psicossociologia.

A Psicodinâmica do Trabalho começou a ser definida por Christophe Dejours, na década de 1980, a partir da influência da Psicopatologia do Trabalho. As contribuições de Sivadon e Le Guillant permitiram o entendimento da relação trabalho/doença e Dejours, na década de 1990, substituiu o termo Psicopatologia do Trabalho, estimulado pela proximidade de seus estudos com a Psicanálise e a Ergonomia. Voltando o enfoque para a relação homem/trabalho, o homem, para a Psicodinâmica, é o sujeito do sofrimento, enquanto o trabalho é o principal mediador entre as instâncias psíquica e social dele (aspecto privilegiado da relação entre a esfera inconsciente e a esfera social). No desenvolvimento dessa teoria, é a organização do trabalho que causa o adoecimento (SOLDERA, 2016).

No entendimento do mesmo autor, as bases teóricas da Psicossociologia estiveram vinculadas à Psicanálise e à Sociologia; interessando-se pelo sujeito e seu meio ambiente, o trabalho, entendido como essencial na e para a sociedade, é um elemento constituinte do drama humano e, apenas recentemente, a Psicossociologia tem dado mais foco aos estudos vinculados ao trabalho. Nela, a experiência dos trabalhadores na compreensão e elaboração de conhecimentos de seu desenvolvimento nos processos coletivos é respeitada, na medida em que, tendendo às transformações sociais e ao remanejamento psíquico, as modificações devem ser acompanhadas por mudanças no psiquismo do ator, assim como por mudanças no modo de funcionamento dos grupos.

Os transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT) e a falta de enfrentamento, determinam o processo de adoecimento físico e mental nos trabalhadores, oriundo das formas de organização financeira e produtiva, dos mecanismos de gestão e da maneira como as avançadas tecnologias são utilizadas, exigindo maior envolvimento da subjetividade dos trabalhadores. Nesse contexto, o cotidiano laboral vem se caracterizando pela contradição entre discursos gerenciais sedutores e práticas exigentes que tendem a enfraquecer a organização coletiva e a saúde mental (VASCONCELOS, FARIA, 2008; SILVA, BERNARDO, SOUZA, 2016).

Na opinião de Paparelli, Sato e Oliveira (2011), apesar de alguns profissionais de saúde descreverem que o adoecimento psíquico causado pelas formas de organização do trabalho contribui para o aumento das notificações de acidentes de trabalho e do absenteísmo (pela necessidade de afastamento para tratamento de saúde), gera a exclusão dos serviços por incapacidade e altos custos econômicos e sociais que repercutem nas estatísticas do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPS). Os dados revelam a alta incidência de doenças psíquicas entre a população em idade produtiva, representando a terceira maior causa de afastamento do trabalho no país (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014; BRASIL, 2016; BRASIL, 2017; BRASIL, 2019).

Muitos desses transtornos não são reconhecidos com frequência nos atendimentos clínicos e, por isso, são subdimensionados. Refletindo sobre os profissionais de saúde mental e o autocuidado, Silva e Costa (2008), em um estudo direcionado a profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na cidade de Goiânia, mencionaram existir uma lacuna nas ações voltadas à atenção à saúde dos

próprios profissionais; referiram que momentos de autocuidado em saúde mental eram esporádicos e a equipe reconhecia a necessidade de se cuidar para cuidar melhor do outro e melhorar a atuação.

Os estudos de Soares, Sousa, Tabosa e Queiroz (2015) e de Santos, Coimbra, Kantorski, Pinho, Andrade e Eslabão (2018) afirmam que, no campo da Saúde Mental, a exigência da inserção de outros deveres e a presença de outros profissionais, a partir da Reforma Psiquiátrica, trouxeram profundas mudanças na assistência às pessoas com transtorno mental e de comportamento. Pela necessidade de expansão gradual dos CAPS, seus modos de gestão das equipes e a produção do cuidado, pautado na atenção psicossocial, algumas equipes buscaram instituir e fortalecer processos nos quais a subjetividade profissional fosse centrada no compartilhamento e na corresponsabilização de todos (família – equipe – usuário) e na capacidade de assumir compromissos com os usuários, em espaços de encontros regulares, discussões e trabalho em comum, que proporcionassem a gestão coletiva da clínica.

A partir do processo de desinstitucionalização e de nova prática de cuidados em saúde mental, o CAPS se constitui como importante estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica, inserido na Rede de Atenção. O princípio precípua é o acolhimento de pessoas com transtornos mentais, integrando-as em um ambiente social, cultural e familiar, apoiando as suas iniciativas e autonomias, oferecendo-lhes cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando internações e favorecendo o exercício da cidadania dos usuários e seus familiares.

Em se tratando do contexto do trabalho em equipe, na atenção em saúde mental, no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), além de os serviços precisarem se organizar de forma harmônica, o processo de trabalho, a missão e a filosofia privilegiam o protagonismo do usuário, os diferentes saberes dos profissionais envolvidos na assistência. Além disso, atendem às demandas para o desenvolvimento dos pacientes, principalmente as de cunho emocional, no qual o constante envolvimento afetivo dos trabalhadores com os usuários do serviço e com outros, que nem sempre compartilham dos mesmos ideais em relação à atenção qualificada, pode gerar sofrimento mental, interferindo diretamente na qualidade do trabalho e na prestação de cuidados, fato que exigirá desses trabalhadores mecanismos para se adaptarem às variadas circunstâncias estressantes

(BERNARDO; NOGUEIRA; BÜLL, 2011; AVELINO; SILVA; COSTA; AZEVEDO; SARAIVA; FERREIRA FILHA, 2015; BARBOSA; MARTINHAGO; HOEPFNER; DARÉ; CAPONI, 2016).

Embora cada CAPS seja um CAPS, como afirmam Ramminger e Brito (2011), o que os une é a produção de saúde no encontro entre diferentes vontades, sujeitos, necessidades e nas diferentes atividades de cada profissional de saúde mental. Nessa ponte de acesso aos serviços do CAPS, ocorrem negociações realizadas para atenção ao usuário e relações de poder/saber estabelecidas que influenciam diretamente nas decisões, fazendo dessa gestão de múltiplas gestões um campo de conflitos acirrados.

Vivenciei, como pesquisadora, essa gestão de múltiplas gestões, durante o exercício da supervisão com graduandos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, em 2013, na cidade de Floriano; ao acompanhar a equipe no planejamento das ações, convivi e escutei (dos discentes e profissionais) os desafios, as fragilidades e a existência de dificuldades extrínsecas e intrínsecas que prejudicavam a qualidade dos atendimentos. Experenciei situações de cansaço, tristeza, esgotamento e conflito que se repetiam e “contaminavam” o ânimo dos discentes nas atividades curriculares.

Discursos de cunho negativo sobre o cotidiano do trabalho eram atravessados por discursos de prazer e satisfação. Os usuários referiam que os discentes traziam propostas de atividade que lhes permitiam a expressão artística (descobriu-se artistas plásticos, músicos e cantores esquecidos na vivência do transtorno mental); e alguns dos discentes eram considerados “profissionais de referência”. Porém, as relações desarmoniosas entre a equipe, as reuniões burocráticas e improdutivas por dificuldades de comunicação, ocasionavam a fragmentação das práticas de cuidado. Enfim, a situação foi parcialmente contornada pela gestão, após a realização de um intercâmbio no qual os profissionais vivenciaram o cotidiano e as práticas de um Serviço de Saúde Mental em outro estado, retornando com novas práticas e trabalho compartilhado.

Dessa vivência e da curiosidade para “ouvir” esse trabalhador, surgiu o objeto de investigação desta tese: a relação entre o prazer e sofrimento dos trabalhadores dos CAPS, a partir de construção dialógica e colaborativa no cotidiano e na convivência com o usuário no trabalho, para o trabalho e com o trabalho junto

aos outros (colegas, serviço, usuário e território), do ponto de vista da Psicodinâmica do Trabalho, a partir dos pressupostos de Christophe Dejours.

No processo dependente do trabalho vivo, que acontece no ato do encontro e no uso das diferentes tecnologias de cuidado, romper a lógica anterior (hospitalocêntrica) e organizar o trabalho na lógica de desinstitucionalização (ambulatorial) requer a mobilização de recursos emocionais e desafios que, tanto podem estimular os potenciais criativos, as habilidades e as competências individuais e coletivas, quanto podem gerar o desgaste emocional, que pode trazer, como consequência, o sofrimento, a sobrecarga e a insatisfação com/no trabalho (GAULEJAC, 2007; BERNARDO, 2009; SELIGMANN-SILVA, 2011; PRAUN, 2016).

A partir da hipótese de que o excessivo envolvimento emocional e empático dos profissionais da saúde mental, durante a assistência aos usuários, possa determinar o adoecimento mental, tendo como nexos causais a prática assistencial que lhes causa satisfação, a questão da tese é: por se dedicar de forma tão empática ao outro, o profissional de saúde mental desenvolve a Fadiga por Compaixão (FC)?

Diante deste cenário preocupante em relação aos transtornos mentais relacionados ao trabalho que causam o adoecimento mental dos trabalhadores de saúde em geral e diante do envolvimento emocional durante o cenário de atuação nos CAPS, traz-se, como hipóteses, que: (1) o profissional de saúde mental sofre por Fadiga por Compaixão (FC) ou de que (2) o profissional de saúde mental apresenta Satisfação por Compaixão (SC), que se trata do senso de gratidão que se tem ao proporcionar o alívio do sofrimento do usuário.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Avaliar a percepção do Impacto e da Satisfação do Trabalho, da Fadiga por Compaixão e da Empatia junto aos profissionais de saúde mental de um município do nordeste brasileiro.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Identificar a percepção do impacto do serviço dos profissionais de saúde mental;
2. Medir a Fadiga por Compaixão, a Qualidade de Vida Profissional (QVP) e a Satisfação por Compaixão dos profissionais de saúde mental;
3. Identificar o grau de satisfação da equipe de trabalho em relação aos serviços oferecidos e às condições de trabalho nas instituições;
4. Mensurar a Empatia individual dos profissionais de saúde mental;
5. Verificar a relação entre a Empatia individual e a Fadiga por Compaixão dos profissionais de saúde mental.

1.3 Justificativa e relevância

A definição do tema apresenta relevância para a saúde do trabalhador, sobretudo para a saúde mental. Os CAPS, desde 2002, configuram-se como serviços comunitários que assumem o papel de articulador de uma rede de saúde e constituem-se como campo interdisciplinar de saberes e práticas; devem promover clínica ampliada, centrada no sujeito, buscando garantir o acesso, o que torna o serviço extremamente complexo.

O modelo assistencial dos CAPS valoriza o trabalho interdisciplinar em que cada profissional, em uma ação dialógica, proporcione intervenções que contemplem as dimensões biológica, psicológica e social. O engajamento, a motivação e a subjetividade do profissional de saúde mental se inserem no cuidado aos usuários, fatores que, no contexto laboral, exigem altas demandas emocionais. No entendimento de Costa, Silveira, Vianna e Silva-Kurimoto (2012), um ato cuidador, que faz emergir a capacidade criadora existente em cada um, aponta para a disponibilidade em se lançar, em criar maneiras de conviver com o outro em suas diferenças, que visam a sua reabilitação psicossocial e envolvem a família e a sociedade; e a reabilitação psicossocial é o centro do cuidado, visando a autonomia e a cidadania das pessoas (MIELKE; KANTORSKI; JARDIM; OLSCHOWSKY; MACHADO, 2009).

A inovação da proposta foi evidenciada pela revisão bibliométrica realizada para a redação do projeto de submissão à banca de pré-qualificação.

A busca dos estudos primários, tendo como ponto de referência o contexto da saúde mental, relacionando o adoecimento dos trabalhadores de saúde mental, em publicações no período de 2002 a 2019, a partir da consulta nas bases de informação da Biblioteca Virtual em Saúde, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, *Web of Science*, Scopus e Pubmed, retornaram poucas produções voltadas para o impacto e a satisfação do trabalho (PELISOLI; MOREIRA; KRISTENSEN, 2007; DE MARCO; CITERO; MORAES; NOGUEIRA-MARTINS, 2008; REBOUCAS; ABELHA; LEGAY; LOVISI, 2008; LEAL; BANDEIRA, AZEVEDO, 2012; MOURA; RONCALLI; NORO, 2016; CLODOALDO; BARBOSA; OLIVEIRA, 2017), fadiga por compaixão (LAGO; CODO, 2013, BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014; SOUZA; BENUTE; MORETTO; LEVIN, ASSIS; PADOVEZE; LOBO, 2019) e empatia (KOLLER; CAMINO; RIBEIRO, 2001; FORMIGA, 2012; FORMIGA; ROCHA; PINTO; REIS; COSTA; LEIME, 2013; FORMIGA; ROCHA; SOUZA; STEVAM; FLEURY, 2014).

A proposta é relevante por: (1) estar inserida no eixo temático da Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde do Programa de Pesquisa de Saúde para o SUS no Piauí – 2020 (PPSUS/PI); (2) proporcionar a discussão sobre as interações do trabalhador em saúde mental com seus objetos de trabalho (usuários e equipe) para o real da atividade realizada; (3) a partir da incorporação na linha de pesquisa Políticas e Práticas Socioeducativas em Enfermagem, priorizar a análise de modelos e arranjos de gestão do trabalho (valorização, vínculo, remuneração, adoecimento, satisfação, condições de trabalho) no contexto dos CAPS; (4) por possibilitar que, por meio da avaliação do serviço pelos trabalhadores, a gestão estabeleça estratégias para a construção de um ambiente de trabalho saudável que promova qualidade de vida por meio da valorização da saúde mental de seus colaboradores e melhoria da assistência percebida pelo usuário e equipe.

A partir dos resultados apresentados, espera-se que a gestão reveja alguns pontos da sua administração com a finalidade de proporcionar melhores condições de trabalho para a equipe e de permitir a participação mais efetiva desses profissionais no processo de trabalho.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Breve histórico das legislações trabalhistas, da Enfermagem do Trabalho e das contribuições da perspectiva de Christophe Dejours na Psicodinâmica do Trabalho

A primeira república brasileira, nas décadas de 1918 a 1930, marca as ações de discussão de uma legislação voltada para a saúde do trabalhador e de um Código de Trabalho, a partir da aprovação do projeto de criação do Departamento Nacional do Trabalho, que, apesar de nunca ter sido implantado, foi proposto como núcleo do futuro Ministério do Trabalho, instituído pelo Decreto n.º 3.550, de 16 de outubro de 1918. A aprovação da Lei de Acidentes de Trabalho, pioneira na área da legislação trabalhista, pelo Decreto n.º 3.724, de 15 de janeiro de 1919, já mencionava o princípio do risco profissional e garantia aos trabalhadores um direito indiscutível cujo ônus recaía sobre o patrão (GOMES, 2007).

Nos anos seguintes, houve uma cronologia de legislações voltadas para a proteção do trabalhador brasileiro: a criação da Comissão Especial de Legislação Social na Câmara dos Deputados (1920); a aprovação da Lei Eloi Chaves e do Conselho Nacional do Trabalho (1923); a instituição do feriado de 1º de maio e a participação na Liga das Nações – na Conferência Internacional do Trabalho e Lei de Férias (1925); a aprovação do Código de Menores (1926); a aprovação da Lei Celerada (1927); a reorganização do Conselho Nacional do Trabalho (1928); a criação da Confederação Geral do Trabalho (1929) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) (GOMES, 2007, p. 10-30).

Despontando na Inglaterra, ao final do século XIX, a Enfermagem do Trabalho começou com a atuação na área industrial, prestando cuidados centrados na prevenção e no tratamento de doenças e lesões relacionadas à atividade laboral nos serviços de saúde das empresas, assistência de saúde à família dos trabalhadores e à comunidade; no Brasil, o enfermeiro passa a integrar os Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) a partir da década de 1972 com a inserção do auxiliar de enfermagem e, depois (em 1974), com a inclusão dos enfermeiros na equipe dos SESMT, sendo, então, iniciado o primeiro curso de especialização na área, ainda na década de 1974, no estado do Rio de Janeiro

(MAURO, 1998; DURAN; ROBAZZI; MARZIALE, 2007; SILVA; SECCO; DALRI; ARAÚJO; ROMANO; SILVEIRA, 2011).

Se na época o enfermeiro do trabalho voltava a sua assistência para a prevenção aos acidentes de trabalho (higiene industrial) e a saúde do trabalhador em relação à sua ocupação (saúde ocupacional), hoje ele é responsável por assistir os trabalhadores, promover e zelar pela saúde e contribuir para melhorar as condições de trabalho para que os trabalhadores alcancem uma qualidade de vida. Suas ações devem ser balizadas por meio da Resolução n.º 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que trata da Sistematização da Assistência de Enfermagem e da implementação do Processo de Enfermagem em todas as suas etapas (histórico, diagnóstico, planejamento, intervenção e avaliação, específicas da saúde do trabalhador – medidas de prevenção, proteção e reabilitação), fundamentadas por uma Teoria de Enfermagem durante a investigação das reais e/ou potenciais necessidades de saúde dos trabalhadores.

Para abranger as dimensões psicossociais do trabalho, o enfermeiro especialista precisa compreender que o ofício do trabalho tem consequências sobre a saúde mental dos trabalhadores, independentemente de onde eles atuem. Uma abordagem que pode aprofundar essa compreensão, das relações existentes entre trabalho e adoecimento mental, é a Psicodinâmica do Trabalho (PDT). Seu estudo foi iniciado na França, logo após a II Guerra Mundial, a partir das contribuições de Paul Sivadon e Louis Le Guillant, e versa sobre os impactos do trabalho no psiquismo humano, tentando compreender as relações entre alienação mental e alienação social, vinculando-se às teorias que tentam captar os determinantes sociais da doença mental, sem perder de vista a dimensão psicológica, buscando a origem das doenças (LIMA, 1988). Dessa forma, ao utilizar a abordagem da PDT, vinculando a história de vida dos trabalhadores ao contexto do trabalho no centro da realidade social, o enfermeiro terá uma abordagem psicossociológica da doença mental e estudará o sofrimento no trabalho, as psicopatologias relacionadas a ele e o papel potencializador de saúde e prazer que o trabalho pode proporcionar a partir de uma escuta qualificada e que proporcione orientação e mobilização na estrutura da organização do trabalho, além de poder atender e acompanhar trabalhadores cujos transtornos mentais podem ser relacionados ao trabalho.

Mendes (2007) divide a trajetória da PDT no Brasil em três fases, delimitadas por publicações do médico Christophe Dejours no país, a partir da década de 1980. A primeira fase corresponde ao lançamento do livro Dejours: *“Travail, usure mentale – De la psychopathologie à la psychodynamique du travail”*. Ele é traduzido para a Língua Portuguesa do Brasil como “A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho” (1980), na qual a Psicodinâmica do Trabalho, ainda sob a denominação de Psicopatologia do Trabalho (PPT), centrava seus estudos na origem do confronto do sujeito-trabalhador com a organização do trabalho em relação à compreensão do sofrimento e das estratégias defensivas individuais ou coletivas para superar o sofrimento gerado (DEJOURS, 1992).

A segunda fase decorre do lançamento do *“Le Facteur Humain”*, traduzido na década de 1999, no português do Brasil, como “O Fator Humano”, e da 12ª edição do *“Travail, usure mentale – De la psychopathologie à la psychodynamique du travail”*, traduzido na década de 2004, no português do Brasil, como “Christophe Dejours: da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho”. O enfoque, nos estudos do médico, permanece na compreensão das estratégias defensivas no confronto da organização do trabalho para a manutenção da saúde, buscando evitar o adoecimento e aumentar a produtividade e, ao mesmo tempo, focar as experiências de prazer e de sofrimento como ações dialéticas e inerentes ao contexto do trabalho. Nessa perspectiva, esse autor afirma que, para sofrer em um trabalho prazeroso, a organização do trabalho precisa assegurar ao trabalhador liberdade para que, engajando-se no coletivo, identifique ações capazes de proporcionar vivências de prazer (DEJOURS, 2005; ATHAYDE, 2005).

A terceira fase se refere ao final da década de 1990 até os dias atuais, na divulgação da abordagem capaz de explicar os efeitos do trabalho sobre o processo de subjetivação, as patologias sociopsíquicas e a saúde dos trabalhadores; foi marcada pela publicação da obra *“Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale”*, traduzida na década de 1999, no português do Brasil, como “A banalização da justiça social”, pela 13ª edição do *“Travail, usure mentale – De la psychopathologie à la psychodynamique du travail”* e pelos adendos *“Nouvelles formes D'organisation du travail et Lésions par Efforts Répétitifs (LER): approche par la psychodynamique du travail”* (publicado na década de 2000) e *“L'évaluation du*

travail à l'épreuve du réel; Critique des fondements de l'évaluation" (publicado no ano de 2003) (MENDES, 2007).

As obras escritas por Dejours incorporaram categorias da Psicologia, da Psicanálise, da Ergonomia e da Sociologia do Trabalho, possibilitando a reflexão do trabalho como constituinte na construção do (difícil) equilíbrio psíquico que os trabalhadores deviam estabelecer para se manterem saudáveis em ambientes hostis para além das relações restritas aos enfoques da Psiquiatria e da Psicologia do Trabalho.

A PDT pode ser utilizada como arcabouço teórico, filosofia e método. Como arcabouço teórico, ela pode subsidiar a abordagem de várias temáticas direcionadas ao trabalho (vivências de prazer e sofrimento, organização, reflexões teóricas, segurança, vivências, estratégias defensivas, intervenções, subjetividade/sentidos no trabalho, terceirização, reabilitação e reinserção) (GIONGO; MONTEIRO; SOBROSA, 2015). Como filosofia, permite a análise e a compreensão de aspectos relacionados à saúde mental e ao trabalho, por meio de discussões teóricas ou da aplicação de conceitos para delinear ou interpretar dados de pesquisa empírica. Já enquanto método, ela propõe etapas de pesquisa (pré-enquete; enquete; análise da demanda; análise do material da enquete; observação clínica; interpretação; validação e refutação; e validação ampliada, tendo como aspecto fundamental a escuta clínica, realizada mediante um espaço compartilhado por um grupo de trabalhadores), em que o pesquisador favorece a circulação da fala e a escuta das vivências intersubjetivas sobre o trabalho, visando à ressignificação do sofrimento no trabalho, o que a caracteriza como uma pesquisa-ação, pois, por meio desse espaço público, da elaboração e da perlaboração do que é dito, poderá acontecer uma ação que venha a modificar o sentido real do trabalho (MERLO; MENDES, 2009).

No Brasil, a criação dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST), na década de 1983, trouxe as discussões da saúde mental do trabalhador a partir da publicação do Programa de "*Salud de los Trabajadores*" e de um seminário, realizado em 1984, em Campinas. Durante o seminário, a partir da discussão da necessidade de substituir o conceito de saúde ocupacional para o de saúde do trabalhador, com vistas a enfrentar a problemática saúde que envolve saúde e trabalho como um todo, em uma conjugação de fatores econômicos, culturais e individuais, percebeu-se a necessidade da incorporação da PDT nos delineamentos

da pesquisa e da intervenção, o que foi iniciado em 1986, com a publicação do artigo “Crise econômica, trabalho e saúde mental”, de autoria de Edith Seligmann-Silva, no qual se apresentam esse novo campo e, em seu interior, a Psicopatologia do Trabalho (PPT) (SOUZA; ATHAYDE, 2006).

Em paralelo a esses acontecimentos, o debate da saúde do trabalhador no Brasil se intensifica na década de 1993, quando, no mesmo laboratório dirigido por Dejours, surge a corrente da Clínica do Trabalho, liderada por Yves Clot.

Autodenominada de Clínica da Atividade (ou Clínica do Trabalho e dos Meios de Trabalho), critica em Dejours o que seria uma despotencialização da saúde e uma valorização da normalidade, assim como considera equivocada a proposição de que o objeto da psicodinâmica do trabalho seria não o trabalho, mas uma psicologia do sujeito, preocupada com a análise dos processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho. Para Clot, são as relações entre atividade e subjetividade que devem estar no centro da análise. O trabalho é visto por ele não apenas como trabalho psíquico, mas como atividade concreta e irreduzível, continente oculto da subjetividade no trabalho (ATHAYDE, 2005).

De fato, Dejours já havia apontado isso em seus estudos, ao observar que os trabalhadores não se revelavam passivos frente aos constrangimentos organizacionais e desenvolviam sistemas defensivos coletivos (estratégicos e ideológicos) para se proteger desses constrangimentos e dos riscos de adoecerem – daí, seu foco deixou de ser a busca pela detecção das doenças mentais ocasionadas pelo trabalho e passou a ser o sofrimento e as defesas contra o sofrimento no trabalho ou, ainda, a normalidade, e não a doença mental. Aos poucos, ele inverteu a pergunta-chave da Psicopatologia do Trabalho, questionando-se não mais sobre como o trabalho “enlouquece” os trabalhadores, mas sobre como os trabalhadores, mesmo quando sujeitos às mais diversas pressões patogênicas no trabalho, conseguem evitar a doença mental e a loucura.

O sofrimento psíquico no ambiente do trabalho surge quando a organização não é possível de ser modificada e a energia pulsional não encontra meios de ser descarregada na execução do trabalho, gerando a tensão e o desprazer, atravessados pela subjetividade do trabalhador e pela sua história de vida, constituindo um fenômeno singular e não generalizável, interagindo com a organização do trabalho (DEJOURS, 1994). Quando a organização é rígida e o

trabalhador não expressa a sua subjetividade e a sua criatividade e nem modifica a forma como a tarefa é executada, o sofrimento psíquico se instala, havendo com ele “um estado de luta”, no qual o sujeito buscará estratégias defensivas individuais ou coletivas, de modo que, quando utilizadas de forma intensa, esse sofrimento passa a dialogar com a patologia, estabelecendo-se o processo de adoecimento (RODRIGUES; CALHEIROS, 2019).

Para a Psicodinâmica do Trabalho, a normalidade, como capacidade de conciliar o sofrimento ocasionado pelo trabalho com as estratégias defensivas, emerge como enigma na relação entre saúde e trabalho. Isso se dá tanto com a normalidade, resultado do compromisso entre o sofrimento e as defesas elaboradas para suportá-lo, as estratégias de defesas individuais e coletivas, a inteligência no trabalho, a coordenação, a cooperação, a divisão sexual do trabalho, organizada pelo princípio da separação (entre trabalhos de homens e trabalhos de mulheres), como o princípio da hierarquia, um trabalho de homem tem mais 'valor' que um trabalho de mulher.

A partir do diálogo com a Psicanálise, Silva e Ramminger (2014) salientam que Dejours colaborou para a luta pela saúde do trabalhador, propondo a definição de trabalho como a atividade manifestada por homens e mulheres para realizarem o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho, e que este, visto como produto da dinâmica entre o trabalhador e a organização do trabalho, influencia na construção da vida psíquica desses sujeitos e em seus processos de subjetivação, podendo representar tanto uma fonte de prazer como de sofrimento. O sofrimento é um possível desencadeador de doenças, mas não um gerador ou produtor exclusivo e imediato delas.

A partir da concepção psicanalítica de sexualidade, não haveria uma simples e direta conexão entre o adoecimento psíquico e o trabalho propriamente dito, uma vez que a sexualidade atravessaria essa relação. A organização do trabalho é produto das relações dos trabalhadores, tanto intersubjetivas quanto sociais, com as organizações. Caracteriza-se praticamente pela divisão das tarefas e dos modos operatórios, atuando no nível do funcionamento psíquico. O sofrimento, inseparável do trabalho, tem sua raiz na história de vida dos sujeitos e na vivência de cada trabalhador (CONDE; CARDOSO; KLIPAN, 2019).

Dejours (1999) chega a nomear as patologias oriundas do uso exagerado das estratégias defensivas de patologias sociais, que fazem parte da organização perversa do trabalho, sendo um comportamento naturalizado pelo grupo de trabalho, resultando na falta de empatia diante do sofrimento do outro.

Mendes (2007) descreve como as patologias sociais: a sobrecarga, servidão voluntária e violência.

A sobrecarga está relacionada às seguintes situações: (1) exigências desproporcionais à capacidade do trabalhador, nas quais, à medida que ele supera o seu desempenho e aumenta a sua produção, maior será a recompensa por parte da empresa; (2) quando o trabalho é a garantia de sobrevivência ou um meio para a realização e o reconhecimento, exigindo do sujeito uma competência que demasiadamente extrapole seus limites físicos, sociais e psicológicos; (3) autoaceleração dos movimentos para execução das tarefas, decorrente de execução de tarefas repetitivas, monótonas, sem sentido e com pressão de tempo. A autoaceleração, uma defesa diante das pressões por produtividade, surge a partir da precarização das condições de trabalho, da falta de autonomia, da competitividade e da deterioração das relações de trabalho com a chefia ou os colegas. Reduzindo o tempo da execução das tarefas, o indivíduo obterá prazer por meio do reconhecimento.

Na servidão voluntária, a submissão sem protestos à organização do trabalho, pelo consentimento de práticas que geram sofrimento e uso constante de defesas, está relacionada à necessidade do emprego e de conforto. Ela estimula o cumprimento de metas e produtividade, de modo que o trabalhador nega sua subjetividade, conformando-se, mostrando-se adaptado, integrado e eficaz, como estratégia para ascensão.

As patologias da violência repercutem diante da fragilidade das relações, da escassez da solidariedade e do aumento do individualismo e da competitividade entre os pares. A origem dessa patologia se encontra na degradação das relações no ambiente de trabalho, na perda de sentido e no sofrimento no trabalho que passa a interferir de forma grave na família e no âmbito social, tendo a violência como bases a solidão afetiva, o abandono e a desolação relacionados ao trabalho.

É importante ressaltar que as relações interpessoais no ambiente do emprego podem contribuir tanto para o prazer quanto para o sofrimento no trabalho.

Mas se destaca que as atuais estruturas administrativas das instituições públicas estimulam a competição entre os trabalhadores, fragmentando, assim, os laços de cooperação e da construção do coletivo. E é no coletivo de trabalho que os sujeitos, enquanto trabalhadores, reafirmam sua identidade; é nele que se conhecem o estilo pessoal na realização da tarefa e o reconhecimento por parte dos colegas (MOREIRA, 2018).

A saúde mental na abordagem da PDT é composta por mecanismos (as estratégias defensivas, os relacionamentos interpessoais e o reconhecimento) necessários para manter o sujeito saudável frente aos percalços que podem fragilizar o trabalhador por meio das sobrecargas de trabalho e/ou da invasão do tempo de lazer (DEJOURS, 1992).

As relações interpessoais e a dinâmica estabelecida no contexto laboral fazem parte da avaliação da Psicodinâmica do Trabalho. No entendimento da autora referenciada, essas avaliações, sejam elas de forma sistemática (por meio das avaliações de desempenho) ou de forma assistemática (quando se trata de reconhecimento nas relações que se estabelecem com os demais trabalhadores, para utilizar ou não a cooperação), devem ter uma proposta política de sugerir mudanças no reconhecimento do real sentido do trabalho, já que a maneira como o trabalhador estabelece sua relação com o emprego pode se tornar fonte de sofrimento ou fonte de prazer.

2.2 Legislação brasileira sobre a atenção à saúde do trabalhador e o estabelecimento do nexa causal

A legislação brasileira sobre a atenção à saúde do trabalhador (ST) traz, em suas redações e atualizações, o foco à saúde mental, abrangendo beneficiários e dependentes (BRASIL, 1999a; BRASIL, 1999b; BRASIL, 2004; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011; BRASIL, 2020):

Em relação aos transtornos mentais relacionados ao trabalho e à notificação de agravos, a Portaria n.º 1.339, de 18 de novembro de 1999 (BRASIL, 1999), incluiu o *Burnout* entre os transtornos mentais e do comportamento, associando-o ao ritmo de trabalho penoso e a outras dificuldades físicas e mentais; a Portaria n.º 777, de 28 de abril de 2004, trouxe a notificação compulsória na rede de serviços

sentinela específica no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).

Os princípios, as diretrizes e as ações em saúde mental foram instituídas por meio da Portaria n.º 1.261, de 5 de maio de 2010, para serem adotados como referência nos procedimentos em saúde mental na Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional.

A Portaria n.º 104, de 25 de janeiro de 2011, ampliou o escopo das doenças de notificação compulsória, definiu as terminologias adotadas em legislação nacional, estabeleceu fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e aos serviços de saúde, incluindo uma Lista de Doença de Notificação Compulsória (LNC), uma Lista de Doença de Notificação Compulsória Imediata (LNCI) e uma Lista de Doença de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas (LNCS).

Os direitos aos dependentes de deficiência intelectual, mental ou grave e a concessão de auxílio por incapacidade temporária e de aposentadoria por incapacidade permanente ao segurado que adoeça por alienação mental foram alterados pelo Decreto n.º 10.410, de 30 de junho de 2020, que modificou aspectos concernentes ao Decreto n.º 3.048, de 6 de maio de 1999, ampliando os benefícios.

A promulgação das Portarias e dos Decretos supracitados, instrumentos de tutela à saúde dos trabalhadores, permitiu a compreensão de que o processo que envolve saúde e doença e a sua relação direta com o trabalho são determinantes da saúde mental desses sujeitos e que a proteção à saúde é um direito fundamental.

Ainda, segundo os autores Gomez, Vasconcellos e Machado (2018), no Brasil, o entendimento do modo de vivências nas condições, nos processos e nos ambientes de trabalho ampliaram o escopo da saúde do trabalhador, resultante de um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos interdisciplinares (técnicos, sociais, políticos, humanos, multiprofissionais e interinstitucionais), voltados para analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos; um patrimônio acumulado no âmbito da saúde coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social latino-americana e com influência significativa da experiência operária italiana.

Embora a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) seja a principal estratégia da organização da ST no SUS, no atendimento

ao trabalhador vítima de doença ou de acidente relacionado ao trabalho, e conte com serviços especializados de vigilância sanitária e epidemiológica, há a necessidade de se romper com as ações focais e fragmentadas na assistência à saúde do trabalhador e de se avançar na construção de informações fidedignas para subsidiar ações mais amplas, já que o novo modelo de gestão do trabalho, com uma influência muito grande na mudança das legislações trabalhistas, vem ocasionando uma precarização nas relações nos ambientes, o que gera violência psicológica predispondo ao sofrimento mental.

No âmbito do SUS, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) são os serviços responsáveis por garantir a atenção integral à saúde dos trabalhadores, articulando ações intra e intersetoriais e oferecendo suporte técnico aos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em ações e projetos que visem à promoção, à vigilância e à assistência aos trabalhadores que sofrem de agravos ocupacionais, estabelecendo o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação desses agravos conforme o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde do sujeito em cada região.

Sobre o Cerest, Vasconcelos e Aguiar, em um ensaio reflexivo (2017, p. 615), ponderam que não se observam

[...] indícios operacionais de atendimento às necessidades de ST. Se as esferas decisórias de gestão do SUS exigem apenas a notificação de agravos relacionados ao trabalho, sem exigências de intervenção sobre suas causas, ficam inviabilizados o controle e a prevenção desses agravos, perpetuando o ciclo de doenças e mortes dos trabalhadores brasileiros. Se os profissionais de ST, especialmente nos Cerest, são convocados pela gestão apenas a notificar agravos, acabam por negligenciar a execução de ações que possam, efetivamente, mudar o panorama da relação saúde-trabalho no país.

Ainda sobre a execução de ações, Bernardo e Garbin (2011) revelam a necessidade da garantia de políticas públicas para articular as ações em saúde mental relacionadas ao trabalho em todos os níveis de atenção do SUS, além do fortalecimento das ações intersetoriais entre eles e a Rede de Atenção Psicossocial, das ações na rede básica, da integração entre serviços especializados de saúde mental e de saúde do trabalhador para estabelecer onexo causal, dos eventos sentinelas e da necessidade da notificação dos agravos à saúde mental relacionados ao trabalho.

Apesar de se ter bem estabelecida na legislação a relação entre a saúde mental e o trabalhador, o estabelecimento donexo causal entre sofrimento mental e trabalho se constitui como um grande desafio, por causa da notificação em si e do estigma da culpabilização do indivíduo (SILVA; BERNARDO; SOUZA, 2016). Ademais, um problema de causa social, como o sofrimento mental, ao ser encarado como algo individual, acentua o desgaste mental dos trabalhadores, o que pode ser verificado nas estatísticas oficiais, como as da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Previdência Social (MPS), conforme é apontado nos estudos de Fernandes e Marziale (2014); Fernandes, Ribeiro, Santos, Monteiro, Costa e Soares (2018); e Fernandes, Sales, Feitosa, Costa, Vieira e Silva (2019).

Além do uso correto da legislação, que facilita o estabelecimento do elo entre o acidente e o trabalho, alguns elementos são essenciais à definição donexo causal (liame causal): 1) o diagnóstico do agravo à saúde, da doença ou da seqüela com dano físico ou mental; 2) a presença no ambiente de trabalho de riscos ocupacionais capazes de causar o agravo à saúde; 3) o estabelecimento da relação entre o agravo apresentado e o ambiente de trabalho, ou seja, onexo causal (CABRAL; SOLER; WYSOCKI, 2018).

Para o trabalhador, ao ser estabelecido onexo causal, permitem-se o diagnóstico correto, a condução terapêutica adequada e a preservação dos direitos sociais, a citar a estabilidade econômica pelo período de um ano após o retorno ao trabalho da licença por incapacidade laboral na Previdência Social, conforme o artigo 118 da Lei nº 8.213/91 (BRASIL, 1991). Em nível coletivo, a visibilidade desse problema favorece a elaboração de ações de vigilância em saúde e, conseqüentemente, a melhoria das condições de trabalho, além da prevenção a novos adoecimentos.

Para fins previdenciários no Brasil, a relação entre o adoecimento incapacitante e as condições de trabalho é determinada pela aplicação donexo técnico previdenciário. Cabe ao perito médico do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) analisar a plausibilidade das relações entre ambiente e condições de trabalho como causa ou causa concomitante de adoecimento incapacitante.

Conforme Silva-Junior e Fischer (2019), a caracterização do benefício do auxílio-doença, como sendo da espécie acidentária (B91), ocorre por três possibilidades:

1. Nexu técnico profissional ou do trabalho: fundamentado nas associações entre patologias e exposições ocupacionais de acordo com a profissiografia do segurado, descrita nas listas A e B do anexo II do Decreto n.º 3.048/99;
2. Nexu técnico por doença equiparada a acidente de trabalho ou nexu técnico individual: decorrente de acidentes de trabalho típicos ou de trajeto, bem como de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele relacionadas diretamente, nos termos do § 2º do art. 20 da Lei n.º 8.213/91;
3. Nexu Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP): aplicável quando houver significância estatística da associação entre o adoecimento incapacitante (conforme Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª versão (CID-10)) e a atividade econômica da empresa (conforme Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE)) na qual o segurado é vinculado. Essas relações constam na lista C do anexo II do Decreto n.º 3.048/99, alterado pelo Decreto n.º 6.042/2007.

Torna-se importante mencionar que os mesmos autores ressaltam que a relação do adoecimento mental, ocasionado pelo exercício do trabalho, deverá ser estabelecida por meio de uma perícia psiquiátrica que investigará a cronologia dos sintomas, a predisposição genética para doenças mentais, a história pessoal e a personalidade.

Embora o direito fundamental à saúde do trabalhador esteja relacionado à qualidade de vida no ambiente de trabalho, o Ministério da Saúde revogou a atualização da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT), por meio da Portaria n.º 2.345, publicada em 2 de setembro de 2020. Dessa maneira, prejudicaram-se as ações de atenção integral à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras na rede de serviços de saúde, as ações de vigilância e promoção da saúde em nível individual e coletivo e de promoção da integridade psicológica e física dos trabalhadores.

2.3 Afastamento laboral por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC)

Diversas situações vivenciadas durante a jornada de trabalho podem ser consideradas traumáticas, trazendo impactos na saúde física e mental dos trabalhadores e exigindo afastamento laboral. Nesse sentido, Senço, Venezian, Abduch, Cordeiro e Gouvêa (2015) afirmam que os TMC se constituem uma das maiores causas de afastamento das atividades laborais e como motivo de concessão de benefício auxílio-doença por incapacidade laborativa no Brasil. Dos mais de 203 mil novos benefícios, concedidos de 2008 a 2011, 6,25% foram considerados pela perícia previdenciária como relacionados ao trabalho.

No campo de saúde mental e trabalho, a produção de conhecimento científico sobre TMC tem sido crescente no que se refere à relação do sujeito com o trabalho (as teorias do estresse, o desgaste mental no trabalho, a psicodinâmica do trabalho e a clínica da atividade) (RODRIGUES, CALHEIROS, 2019).

Sobre a definição de TMC, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da *American Psychological Association* (APA), de acordo com objetivos clínicos, de pesquisa e de saúde, informa que se trata de

Uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. [...] estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. (APA, 2013).

A cada ano, surgem 160 milhões de novos casos de doenças relacionadas ao trabalho. Além disso, dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT) revelam que quase dois milhões de pessoas morrem por causa de tais doenças, que 358 mil pessoas morrem por acidentes relacionados ao trabalho e que os TMC se configuram entre as principais causas de perdas de dias no trabalho devido aos quadros frequentes e incapacitantes, evoluindo com absenteísmo do trabalhador (pela doença) e redução de produtividade (SENÇO; VENEZIAN; ABDUCH; CORDEIRO; GOUVÊA, 2015).

Os mesmos autores salientam que, dos 203 mil novos benefícios de auxílio-doença por incapacidade laboral concedidos por ano, 6,25% foram considerados pela perícia previdenciária como relacionados ao trabalho. A informação corrobora

com as estatísticas do Anuário Estatístico de Acidente de Trabalho divulgado pelo Ministério de Trabalho e Previdência Social (MTPS). As reações ao *stress* grave e aos transtornos de adaptação (CID F-43) aparecem, nos anos de 2013 a 2017, com maior expressividade na Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), vindo, em seguida, o transtorno depressivo recorrente (CID F-33) nos anos de 2013 a 2017 e outros transtornos ansiosos (CID F-33) nos anos de 2013, 2015, 2016 e 2017 (MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2013; MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2015; MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2016; MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2017; MINISTÉRIO DA ECONOMIA, 2019).

Os casos leves causam perdas anuais médias de quatro dias de trabalho, enquanto os graves trazem perda de cerca de 200 dias de trabalho. Esses quadros são frequentes e comumente incapacitantes, evoluindo ao absenteísmo pela doença e ao presenteísmo, com redução de produtividade (THE WHO WORLD MENTAL HEALTH SURVEY CONSORTIUM, 2004; NIEUWENHUIJSEN; VERBEEK; BOER; BLONK; VAN DIJK, 2006).

No estudo de Macedo e Silva (2018), os dados secundários extraídos do Sistema Único de Informações de Benefícios (SUIBE) do INSS para identificar os benefícios de espécies previdenciárias no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2016 indicaram que, no período analisado, o benefício mais concedido foi o auxílio-doença. Os TMC apareceram como a terceira maior causa de afastamentos do trabalho no Brasil, com o número de benefícios relacionados aos transtornos de humor (CID F30 – F39).

Do ponto de vista epidemiológico, os dados das pesquisas realizadas localmente corroboram com essas afirmações. Estudando os afastamentos por repercussões psíquicas, Fernandes, Sales, Feitosa, Costa, Vieira e Silva (2019), por meio dos dados de 1.473 trabalhadores, obtidos na base do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) no município de Teresina, Piauí, verificaram que 47,7% dos trabalhadores, no ano de 2014, foram afastados pelo transtorno de humor e que 25,5% foram afastados por esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes. No biênio de 2015 e 2016, analisando os dados de 2.449 trabalhadores, 43,3% foram afastados devido aos transtornos de humor e 21,3% por esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes. Ainda sobre 2016, houve uma

prevalência do transtorno misto ansioso e depressivo, seguido de ansiedade generalizada, transtorno de pânico e “outros transtornos ansiosos”. A faixa etária de 22 a 45 anos foi prevalente no grupo de indivíduos, com duração de afastamento maior ou igual a 41 dias, havendo associação estatisticamente significativa entre a atividade e o tempo de afastamento (FERNANDES; RIBEIRO; SANTOS; MONTEIRO; COSTA; SOARES, 2018).

Outro estudo epidemiológico transversal conduzido juntamente a profissionais da equipe multidisciplinar de saúde mental, atuante em um hospital psiquiátrico, nos anos de 2010 a 2012, apontou que, no grupo afastado para licença para tratamento de saúde, de 270 diagnósticos médicos registrados, somente 62 (23,33%) deles integravam a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho do Ministério da Saúde e que 208 (77,03%) diagnósticos não a integravam, tendo verificado uma associação estatisticamente significativa entre os problemas de saúde dos trabalhadores do hospital psiquiátrico e os riscos químico e psicossocial (FERNANDES; MARZIALLE, 2014).

As dificuldades em esclarecer o nexos causal entre doença mental e estressores ocupacionais ocorrem por causa da padronização de laudos, do pouco preparo dos profissionais valorizarem os aspectos relativos à saúde mental e que trazem repercussão sobre o trabalho, de uma análise diagnóstica (verificação da existência ou não do transtorno) sem uma avaliação aprofundada das condições de trabalho e subjetividade do indivíduo (AMBRÓSIO, 2019).

Os profissionais de saúde não pensam em si como pessoas que também necessitam de cuidados (SILVA; COSTA, 2008). Em se tratando do trabalhador que atua na saúde mental, Oliveira, Leme e Godoy (2009) e Macedo e Dimenstein (2012) chamam a atenção para a natureza desse trabalho marcado por apresentar (em seu exercício profissional) um tipo particular de vulnerabilidade devido ao constante envolvimento afetivo com os usuários e com os outros profissionais que exigem uma alta demanda de recursos afetivos, posturas profissionais, habilidades e competências (capacidade de comunicação, cooperação, liderança e resolução de conflitos interpessoais), em uma relação bastante delicada. Ao mesmo tempo em que essa relação poderá ser geradora de sofrimento psíquico, ela poderá ser encarada como uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e psicossocial para alguns profissionais.

Nessa relação do processo de trabalho do profissional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ele pode se sentir desmotivado no desempenho de suas tarefas e nas próprias relações interpessoais, dando origem a transtornos mentais que, quando não são diagnosticados efetivamente, podem contribuir para o sofrimento mental e o afastamento do trabalho.

2.4 O trabalho em saúde mental e as relações da empatia, da fadiga por compaixão, da satisfação por compaixão com o estresse

A integralidade do cuidado é um dos princípios doutrinários do sistema de saúde brasileiro, sendo a sua prática discutida por diversos autores da área da saúde como uma estratégia para a concretização de uma assistência voltada para as reais necessidades da população.

A partir dessa necessidade, o Conselho Nacional de Saúde, por meio das Resoluções n.º 218/97 e n.º 287/98, reconheceu como profissões da saúde as seguintes categorias: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de Educação Física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (VIEIRA; MOYSES, 2017).

Ao se referir aos processos de regulamentação das ocupações e das profissões diante das carências do setor da saúde, o relatório da pesquisa “Novas profissões e ocupações em saúde frente às necessidades dos serviços de saúde no Brasil”, organizado por Castro e Rodrigues (2016), cujo objetivo foi analisar as ocupações em saúde em processo de regulamentação no Congresso Nacional Brasileiro, 43 ocupações foram listadas como pertencentes à saúde, das quais 14 são de nível superior; 14, de nível técnico; oito em que uma habilitação seria exigível; e uma em que não há qualquer habilitação (motorista de ambulância).¹

Nos últimos 20 anos, com o movimento de antigos paradigmas (e novas realidades), surgiram novos serviços e outras categorias profissionais que foram

¹ O relatório da pesquisa “Novas profissões e ocupações frente às necessidades de saúde do Brasil”, coordenada por Janete Lima de Castro (Observatório RH/UFRN) em parceria com Valdemar Almeida Rodrigues (ObservaRH/NESP/CEAM/UnB), teve como objetivo problematizar os processos de regulamentação das profissões e das ocupações do setor da saúde. Disponível em: <http://www.observatoriorh.ufrn.br/uploads/5e3b6252d0ffdd906d07b1599af8771e.pdf>. Acesso em: 30 de novembro de 2020.

incorporadas a cuidado do indivíduo em sofrimento mental, no cotidiano da comunidade, conforme a publicação da Nota Técnica n.º 11, de 2019, do Ministério da Saúde (MS), que traz em seu teor esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, alterando as Portarias de Consolidação n.º 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a RAPS, delineando novas diretrizes de ações propostas de forma conjunta pela União, pelos estados e pelos municípios para o fortalecimento da RAPS; por meio de tais dispositivos, a RAPS passa a ser composta pelos CAPS (em suas diferentes modalidades), pelo Serviço Residencial Terapêutico (SRT), pela unidade de acolhimento (adulto e infanto-juvenil), pelas enfermarias especializadas em hospital geral, hospital psiquiátrico, hospital-dia, atenção básica, urgência e emergência, comunidade terapêutica e ambulatório multiprofissional de saúde mental (unidades ambulatoriais especializadas) fortalecendo essa inserção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; BRASIL, 2019).

Diante do exercício cotidiano das profissões da área de saúde para a atuação na RAPS, estudos apontam algumas competências específicas que deveriam ser desenvolvidas ainda na formação para que o profissional executasse as suas atividades em conjunto com a equipe multiprofissional, tais como a ênfase na abordagem na clínica ampliada, a escuta sensível, a comunicação terapêutica, o trabalho em equipe (no que tange ao processo de trabalho das diversas categorias profissionais), o autoconhecimento, o conhecimento da reforma psiquiátrica, uma atenção voltada à família (do usuário), conhecimentos da sistematização da assistência (no caso da Enfermagem), a capacidade de lidar com as inovações, de saber lidar com a diferença e os estigmas, de desenvolver a própria personalidade e as habilidades de comunicação e empatia (RODRIGUES; ROCHA, 2016).

O fato de o ingresso inicial de algumas categorias de profissionais na área da saúde mental, em certas situações, ocorrer sem o preparo e o treinamento formal de que a especialidade necessita, aliada à percepção de um aprendizado insatisfatório na área acadêmica, do déficit tanto na atividade prática quanto na teoria e nos estágios com preceitos hospitalocêntricos, a ausência durante a formação (na abordagem dos modelos da psiquiatria biológica e da atenção psicossocial no processo de formação acadêmica dos profissionais) tem contribuído para uma prática voltada à intervenção mais nas doenças do que no atendimento

integral ao sofrimento psíquico das pessoas com ou sem transtornos mentais. Esses fatores contribuem para a necessidade do exercício profissional em atividades não prescritas, conforme o que é detalhado em alguns estudos (SILVA; COSTA, 2008; DIMENSTEIN, 2012; COUTINHO; SANTOS, 2016; MACEDO; FURTADO; NETO; RIOS; MARTINEZ; OLIVEIRA, 2016; FURTADO; AZEVEDO; NEVES; VIEIRA, 2018). Essa desvinculação pode ocorrer porque os profissionais devem atuar em todas as dimensões da RAPS, e não apenas naquilo que é característico das respectivas profissões, o que faz com que o processo de trabalho seja permeado por ações que extrapolam as identidades profissionais.

A ampliação dos cuidados necessários aos pacientes psiquiátricos e a incorporação de outras categorias profissionais junto aos cuidados resulta em um maior envolvimento e, conseqüentemente, em uma sobrecarga no trabalho. 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. Trata-se de um elemento importante a ser aferido no processo avaliativo de um serviço de saúde mental, por se relacionar inversamente com a satisfação no serviço. No trabalho de profissionais da saúde, sobrecarga e estresse acarretam repercussões pessoais, clínicas e organizacionais que afetam a saúde geral do trabalhador e a sua saúde mental, acarretando danos não só em sua vida profissional, mas também nos aspectos sociais e comportamentais, o que resulta em absenteísmo, rotatividade e estresse, que podem comprometer a qualidade do atendimento prestado (LEAL; BANDEIRA; AZEVEDO, 2012).

Na RAPS, a prática do cuidado em saúde mental ocorre, ao mesmo tempo, dentro e fora das unidades de saúde, no território geográfico e no território existencial, no domicílio e nos serviços. Como afirma Lancetti (2007, p.15) apud Londero e Paulon (2012), a clínica se faz em suas andanças, é “peripatética” ao “passear, ir e vir conversando” e se criando em seu caminhar sempre em composição. Nessa andança, para Dejours (1992), o essencial do trabalho não pertence ao mundo visível e à parte materializada da produção, mas é o afetivo, a mobilização da inteligência e a subjetividade, que se apresentam no mundo invisível do trabalho e que respondem ao cerne do trabalho efetivo. Desse modo, as questões centrais para a psicodinâmica do trabalho e a sua clínica partem da

observação de que a compreensão do trabalho não pode pertencer somente ao mundo visível, mas, sobretudo, à apreensão do trabalho vivo e às relações e às mediações entre os sujeitos e o sentido real do trabalho (LAMPERT; SCORTEGAGNA, 2015).

Sznelwar, Uchida e Lancman (2011) versam sobre o invisível como real no trabalho do cuidado ao enfatizarem que, nessa atividade, é impossível apenas cumprir procedimentos sem o olhar para o outro com o engajamento da subjetividade. Na compreensão de Lampert e Scortegagna (2015), o trabalho do cuidado transcende ao técnico e ao prescrito, implicando o afeto, a inteligência e a subjetividade do trabalhador. Nele, a atitude empática aparece como constituinte do imaterial dessa atividade, de modo que por isso é importante que se diferenciem a empatia dos construtos, a simpatia, o altruísmo, a compaixão e a autocompaixão.

Na compreensão de Marchetti, Bertolino, Schiavon, Gurgel, Kato, Menezes e Reppold (2018), a simpatia se refere a uma posição de concordância com a perspectiva e com as interpretações do outro frente a seu sofrimento. No altruísmo, uma ação que beneficia outra pessoa pode (ou não) estar acompanhada de (ou ser motivada por) empatia ou compaixão.

A autocompaixão envolve o próprio sofrimento, nas capacidades de ser amável e compreensivo consigo mesmo e entender a própria experiência como parte de uma experiência humana maior, bem como a *mindfulness* (atenção plena) enquanto habilidade de ter maior consciência e aceitação dos próprios sentimentos e pensamentos (GERMER; NEFF, 2013).

A propósito disso, a empatia, palavra de origem grega (*empathia*), significa sofrer por dentro. Para Larson e Yao (2005), ela é um símbolo das profissões que cuidam da saúde, não estando limitada somente aos profissionais do contato diário, como os enfermeiros, mas englobando, sobretudo, os profissionais que diagnosticam ou tratam.

Azevedo, Mota e Mettrau (2018) ponderam, em uma perspectiva histórica, que, na segunda metade do século XX, a Psicologia Social e a Psicologia do Desenvolvimento incluíram a empatia como parte de seus temas de interesse. A primeira vinculou a empatia a comportamentos pró-sociais, enquanto a segunda estudou-a sob o enfoque da tomada de perspectiva, isto é, quanto ao modo como as crianças veem como os outros sentem e como elas reconhecem as emoções do

outro. Até a década de 1940, poucas foram as investigações empíricas, quando, então a partir da década de 1950, Rogers abordou a relação empática na prática terapêutica. Para ele, a empatia consistia em ter consideração empática, ou seja, conseguir sentir o que o outro sente e aceitar incondicionalmente o outro, em uma abordagem intitulada por ele como Abordagem Centrada na Pessoa. No final do século XX, Hoffman a definiu como uma resposta afetiva vicária a outra pessoa (ela se exerce por meio do outro, relacionando-se à situação do outro, e não à sua própria situação, sendo tal resposta humana universal e corroborada fisiologicamente).

Segundo Hoffman, a empatia evoca dois tipos de ativação: (1) a imitação de outras pessoas com movimentos de postura e de expressão facial que, quando realizados, produzem na pessoa, por meio de indicadores internos, uma reação que contribui para compreender e sentir a emoção na própria pessoa; (2) indicadores de dor ou prazer do outro, que experimentam associações com sensações já vivenciadas pelo observador, o que resulta em uma reação afetiva empática, na qual a atitude de ajudar evoca uma resposta empática de aflição, a qual favorece o comportamento de ajuda de um modo involuntário e praticamente automático.

Vista como um conceito multidimensional, uma vez que diferentes emoções são vivenciadas quando se diz que alguém tem empatia, esse comportamento leva a pessoa a ajudar o outro. Durante a ajuda, a angústia pessoal se torna um sentimento negativo, gerado pelo ato de se sentir como o outro e de levar o sujeito a agir no sentido de ajudar a outra pessoa para aplacar a sua própria angústia. Esse é um sentimento egoísta, mas que leva a comportamentos pró-sociais.

Os trabalhadores da saúde mental, por lidarem constantemente com o cuidado ao outro, podem ser contagiados pela dor e pelo sofrimento. Desse modo, não é possível pensar nessa condição sem levar em consideração o cuidado e a compaixão como objetos de trabalho.

Nesse sentido, Heidegger afirma que o cuidado é próprio da existência humana em todas as suas dimensões, compreendendo todas as possibilidades da existência vinculadas às coisas e aos homens. Acrescenta que o cuidado apresenta três dimensões: *sorge* (cuidar de si), *fürsorge* (cuidar de alguém) e *besorgen* (cuidar de algo). Ainda segundo o filósofo, cuidado é sempre cuidado de algo ou alguém, podendo-se afirmar que há nele certa intencionalidade, algo que parte do eu em

direção ao outro, de forma que, enquanto o cuidar de algo remeteria a uma tarefa e a um trabalho, o cuidar de uma pessoa significaria, por exemplo, preocupação, interesse, solicitude (ALMEIDA; JÚNIOR, 2010).

A Fadiga por Compaixão (FC) foi inicialmente citada por Carla Joinson, no ano de 1992, em uma pesquisa sobre *Burnout* em enfermeiras, na qual foi levantada a possibilidade de elas terem adquirido o agravo devido ao dispêndio constante de cuidado e compaixão a pacientes em sofrimento. Em 1995, Figley, que vinha estudando o Estresse Traumático (primário e secundário), refletiu sobre a possibilidade de a FC ser um novo fenômeno que agrega tanto sintomatologias presentes no *Burnout* quanto no Estresse Traumático Secundário (ETS).

A complexidade que envolve os constructos *Burnout* e ETS conduz para que as definições desses dois termos ainda permaneçam confusas e imprecisas na literatura. Assim, o modelo de Qualidade de Vida Profissional (QVP) formulado por Figley (1995) e Stamm (2002) propõe a substituição de ambos os termos por FC, argumentando que esse último reúne características tanto do *Burnout* quanto do ETS e que possui a vantagem de ser menos patologizante. Partindo de uma concepção mais abrangente de QVP, eles refletiram que o ato de ajudar traz desconforto, mas traz, também, alegria e prazer (SMART; ENGLISH; JAMES; WILSON; DARATHA; CHILDERS; MAGERA, 2014; KELLY; RUNGE; SPENCER, 2015; HUNT, DENIEFFE; GOONEY, 2019).

Dessa maneira, o modelo de QVP foi reformulado passando a possuir dois polos: um positivo, denominado Satisfação por Compaixão (SC), que corresponde aos sentimentos de alegria e prazer em ajudar alguém; e outro negativo, denominado FC, que se refere aos sentimentos de esgotamento emocional e frustração no trabalho. Esse último polo (negativo) se divide em duas partes: 1) *Burnout* e 2) ETS; a angústia como elo que aproxima essas duas partes está presente em ambas; enquanto o medo que as diferencia está presente apenas no ETS, e não na Síndrome de *Burnout* (SB).

Com a finalidade de medir os aspectos positivos da QVP, Stamm (2002) reformulou a escala *Compassion Fatigue Self Test*, elaborada por Figley (1995), que avaliava somente a FC, incluindo itens relativos à SC. Essa escala, validada no Brasil por Lago e Codo (2013), passou a se chamar Escala PROQoL-IV.

A FC pode ser compreendida como um processo no qual o profissional ligado ao atendimento de uma clientela que tem como demanda o sofrimento se torna fatigado, exausto física e mentalmente, devido ao constante contato com o estresse provocado pela compaixão (FIGLEY, 1995). Está passível a isso qualquer profissional que tenha como parte do seu ofício o contato com a dor e o sofrimento. A FC acontece quando ele não consegue mais lidar de uma forma saudável com os sentimentos negativos que emergem do sofrimento de quem ele atende. Em decorrência disso, os profissionais começam a apresentar respostas somáticas e/ou defensivas em relação ao seu trabalho. Como o próprio nome denota, a Fadiga por Compaixão tem como base a experiência da compaixão, definida como sendo um estado de preocupação, de aflição pelo bem-estar de outrem, tendo em vista o estresse e o desconforto que o sofrimento alheio causa (LAGO; CODO, 2010; BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014).

Os pesquisadores Figley (1995) e Stamm (2002) afirmam que a FC apresenta sintomas bastante parecidos com o *Burnout* e com o ETS, mas que decorre da constante compaixão e do cuidado a outrem, causando aos profissionais, ao longo do tempo, um declínio em sua habilidade de experimentar alegria ou sentir preocupação com alguém.

Dependendo das exigências profissionais, as pressões e a resolutividade dos sistemas de saúde, na busca pela qualidade do serviço prestado ao usuário dos serviços de saúde proporcionam o estresse e a exaustão nos profissionais, causando cefaleia, sensação de fadiga, dores nas pernas e taquicardia, *Burnout*, depressão, ansiedade, distúrbio do sono, sonolência extrema, acidente perto do local de trabalho, insatisfação, uso de álcool e medicamentos para dormir, além do consumo de cafeína (BENETTI; STUMM; WEILLER; BATISTA; LOPES; GUIDO, 2015; FERREIRA; NETO; KILIMNIK; SANTOS, 2016) problemas que são aliados a uma série de fatores. Para compreender os sintomas da síndrome, é preciso apreender o conceito de QVP desenvolvido por Figley (1995) e Stamm (2002), segundo os quais diz respeito, nas ocupações assistenciais, ao quanto o indivíduo se sente bem por poder ajudar pessoas ou animais, comunidade ou nação em situação de risco, dor, crise ou sofrimento. Na maioria das circunstâncias, ações que expressam compaixão e empatia geram custos psicológicos, que, em alguns casos, podem levar o indivíduo ao esgotamento, devido à gradual redução na sua

capacidade de suportar a dor e a aflição alheia. Assim, aspectos positivos e negativos exercem forte influência na qualidade de vida dos profissionais cuidadores. Com base nesse raciocínio, os autores formularam um modelo teórico de dois polos, um positivo e outro negativo, relacionados e complementares.

Sobre trabalho e cuidado, Lago (2013) afirma que não é possível entender o trabalho do profissional de saúde sem compreender o que é compaixão, já que ela é uma atitude desejável, um valor moral, um comportamento almejado socialmente e resultado de uma resposta fisiológica natural de todos os seres vivos gregários. Ela está presente nos meios de expressão artística e em estudos de diversas áreas do conhecimento quando há atividades que envolvem a prestação de cuidado. No entendimento de Haslam (2015), o cuidado compassivo prestado no âmbito da produção de saúde engloba como qualidades primordiais a empatia, a compreensão e a benevolência no provimento das necessidades do paciente.

Dessa maneira, o conceito de compaixão pode se referir ao estresse empático, pode ser encarada como uma variação ou uma mistura de emoções básicas como a tristeza e o amor ou pode fazer referência a um estado afetivo distinto.

A primeira abordagem considera a compaixão como estresse empático, tendo-a apenas como outra forma de se referir ao estresse empático. É um rótulo normalmente aplicado quando se pretende fazer referência às experiências vicariantes de estresse resultantes do testemunho do sofrimento alheio. A segunda abordagem, que considera a compaixão como uma variação ou uma mistura de emoções básicas como tristeza e amor, encontra suporte em investigações lexicais com falantes da língua inglesa. Já a terceira abordagem, que compreende a compaixão como um estado afetivo distinto e que tem um perfil de resposta diverso de outros estados afetivos (estresse, tristeza, amor, pena e simpatia), entende-a partindo da perspectiva evolucionista, na qual tem a função de reduzir o sofrimento de um indivíduo que necessita de ajuda – distinta de outros estados emocionais, ela rivaliza com o estresse empático (HASLAM, 2015).

A palavra “estresse” é derivada do latim “*istringerei*” e foi empregada popularmente, no século XVII, com o significado de fadiga, cansaço. Nos séculos XVIII e XIX, essa expressão se relacionou com os termos “força”, “esforço” e “tensão” (SANTOS; SANTOS, 2005). Atualmente, o estresse é uma síndrome

específica de fatos biológicos, apresentando-se como uma resposta inespecífica do corpo diante de exigências às quais está sendo submetido – manifesta-se de forma positiva (eustresse), que motiva e provoca a resposta adequada aos estímulos estressores ou negativa (distresse), que intimida o indivíduo diante de situação ameaçadora, com predominância de emoções, de ansiedade, medo, tristeza e raiva (FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999; DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019).

Ao discorrer sobre as abordagens teórico-metodológicas em saúde e estresse, podem-se identificar os seguintes modelos: a perspectiva baseada na resposta, cujo interesse está na repercussão biológica do fenômeno; a perspectiva baseada no estímulo, que se volta para a análise dos eventos psicossociais e sociais que deflagram as respostas neurofisiológicas do estresse; e a perspectiva cognitivista, que assume o estresse como uma relação particular entre o indivíduo e o meio (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; SANTOS; CASTRO, 1998; FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999; MARGIS; PICON; COSNER; SILVEIRA, 2003; SOUSA; MENDONÇA; ZANINI; NAZARENO, 2009; FARO; PEREIRA, 2013).

O primeiro estudioso a discutir o estresse a partir da perspectiva baseada na resposta e na sua dimensão biológica foi Hans Selye, no ano de 1959. De acordo com o autor, o estresse é um elemento inerente a toda doença, o qual produz certas modificações na estrutura e na composição química do corpo. Ainda segundo o estudioso, essas mudanças podem ser observadas e mensuradas e se manifestam por meio da Síndrome Geral de Adaptação (SGA), cujos efeitos sobre o indivíduo, ao longo do tempo, compõem um substrato fisiopatológico das doenças psicossomáticas, que são determinadas ou agravadas por motivos emocionais. O estresse apresenta três fases distintas na sintomatologia física e psicológica vivenciadas: alarme, resistência e exaustão. Na fase de alarme, o organismo se prepara para a reação de luta ou fuga; na fase de resistência, manifestam-se sintomas de desgaste e cansaço; e, na fase de exaustão, o organismo demonstra a perda da homeostase, manifestando várias doenças (FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999; SANTOS; SANTOS, 2005; CHAVES; SOUZA; SILVA; OLIVEIRA; LIPP, 2016).

Posteriormente, em 2000, Lipp descreve uma quarta fase, denominada de "quase exaustão", que está entre as fases de resistência e exaustão, dando origem ao Modelo Quadrifásico. Na fase de quase exaustão, o organismo sofre enfraquecimento geral e perde a capacidade de se adaptar e resistir ao fator

estressante, dando lugar ao desencadeamento de doenças geneticamente programadas ou oportunistas. Do ponto de vista fisiológico, mediante marcadores bioquímicos, no sangue, na urina ou na saliva, pode-se inferir, por meio de sua medida, a probabilidade para o adoecimento físico ou mental de indivíduos e coletividades.

Para Santos e Santos (2005), o estudo do estresse para os domínios da Psicologia prefaciou o desenvolvimento da perspectiva cognitiva por meio do viés baseado nos estímulos, classificando os eventos vitais estressores de acordo com a intensidade (macroestressores e microestressores), o tempo de exposição (agudos, em série, crônicos intermitentes e crônicos que atuam por longos períodos da vida) e a valoração da experiência (eventos positivos ou negativos). O estresse, no contexto do exercício do cuidado na produção de saúde, pode ser um indicador de que o indivíduo que testemunha o sofrimento do outro não tem recursos para se engajar em um comportamento de ajuda, devendo, então, deixar de focar no sofrimento do outro e focar no seu próprio sofrimento (LAGO, 2013).

O estresse laboral se refere aos estímulos do ambiente de trabalho que exigem resposta. A caracterização desse fenômeno depende da percepção do indivíduo em avaliar os eventos como estressores, de modo que, portanto, o aspecto cognitivo tem papel importante no processo que ocorre entre os estímulos potencialmente estressores e as respostas do indivíduo (PRADO, 2016).

Sobre o estresse no mundo do trabalho, a professora Christina Maslach é considerada uma das líderes da pesquisa sobre uma síndrome identificada como Síndrome de *Burnout* (SB) em 1981. Essa síndrome resulta de tentativas de lidar com determinadas condições de estresse, sem sucesso, que como um quadro clínico psicológico extremo relacionado ao estresse ocupacional, se desenvolve em resposta a fontes de estresses ocupacionais contínuos que se acumulam. Tal problema é caracterizado pelas seguintes dimensões: sentimentos de exaustão ou esgotamento de energia; aumento do distanciamento mental do próprio trabalho ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao próprio trabalho; e redução da eficácia profissional (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2009; SILVA; NUNES; SANTANA; REIS; NETO; LIMA, 2015; CARVALHO; OLIVEIRA; PINTO, 2018; AZEVEDO; FERRAZ; FERREIRA; LIRA; AZEVEDO; AMORIM; 2019; VELOSO).

A sua incidência tem aumentado significativamente nos últimos anos em diversos países e se manifesta com implicações nas saúdes física e mental, prejudicando a qualidade de vida no ambiente profissional e trazendo sintomas físicos (fadiga constante e progressiva, dores musculares ou osteomusculares, distúrbios do sono e do sistema respiratório, cefaleias/enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, disfunções sexuais e alterações menstruais em mulheres); sintomas psíquicos (falta de atenção/concentração; alterações da memória; lentificação do pensamento; sentimento de alienação, de solidão e de impotência; impaciência; labilidade emocional; dificuldade de autoaceitação/baixa autoestima; astenia/desânimo/disforia/depressão; desconfiança/paranoia); sintomas comportamentais (negligência/escrúpulo excessivo, irritabilidade, incremento da agressividade, incapacidade para relaxar, dificuldade na aceitação de mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias, comportamento de alto risco, suicídio); e sintomas defensivos (tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, perda do interesse pelo trabalho ou até pelo lazer, absenteísmo, ímpetos de abandono do trabalho, ironia/cinismo) (SILVEIRA; COLLETA; ONO; WOITAS; SOARES; ANDRADE; ARAÚJO, 2016).

Os teóricos Folkman, Lazarus, Gruen e DeLongis, por meio da perspectiva cognitiva, trazem em seus estudos a subjetividade do estresse, ao afirmarem que os processos psicológicos interferem na relação entre o ambiente e o organismo, atrelando a investigação dos processos psicológicos à interpretação dos estressores e permitindo a estruturação de modelos explicativos da Psicologia voltados para a relação entre antecedentes, variáveis processuais e resultados que afetam o desempenho do indivíduo (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019).

Empatia, fadiga por compaixão, satisfação por compaixão e estresse se relacionam por trazerem, do ponto de vista da saúde laboral, uma gama de reações físicas e psíquicas condicionadas à vivência de condições adversas no ambiente organizacional, relacionadas à sua subjetividade, a exposição continuada às condições deflagradoras do processo de estresse, a apresentar sofrimentos ligados às condições precárias de organização do trabalho, que vão desde a baixa valorização e remuneração e o descompasso entre tarefas prescritas e realizadas até a escassez severa de recursos e os problemas de infraestrutura.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Estudo transversal, de natureza quantitativa, analítico, observacional, com amostragem por conveniência.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e no Centro de Atenção Psicossocial III – Álcool e Drogas (CAPS AD III), do município de Floriano, distante 244 km de Teresina, capital do Estado do Piauí.

Localizado à margem direita do Rio Parnaíba, na divisa com o estado do Maranhão, a cidade é um importante polo comercial, educacional e de saúde da região sul do Piauí, por se localizar no entroncamento rodoviário do estado.

Segundo a Lei Complementar nº 87, de 22/08/2007, que estabeleceu a divisão territorial do estado do Piauí, o município de Floriano está localizado na macrorregião 4, denominada Cerrados, no Território de Desenvolvimento 9 (TD9) definido como vales dos rios Piauí e Itaueira. Essa divisão compreende parte da zona fisiográfica do Médio Parnaíba: a cidade situa-se à margem direita do Rio Parnaíba, em frente à cidade de Barão de Grajaú, Maranhão.

O município tem área territorial de 3.409,649 km² e tinha uma população censitária em população de 59.935 habitantes em 2019, predominantemente urbana (IBGE, 2019).

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), atualizado no dia 9 de dezembro de 2020, informa que a zona urbana de Floriano dispõe de 38 estabelecimentos de saúde vinculados à gestão municipal. Desses, 23 são Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dois são Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).²

O CAPS II, cadastrado em maio de 2006, dispõe da seguinte equipe profissional: 3 médicos (clínico geral, neurologista, psiquiatra); 4 enfermeiros (1

² As informações do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) foram acessadas no dia 15 de dezembro de 2020, através do link <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>.

especialista em Psiquiatria); 5 técnicos de enfermagem; 1 auxiliar de enfermagem; nutricionista, profissional de educação física, artesão, pedagogo, assistente social, farmacêutico, diretor administrativo, gerente administrativo, assistente administrativo e fisioterapeuta geral (1 de cada categoria); psicólogos clínicos, vigias, cozinheiros gerais, trabalhadores de serviços de limpeza e conservação de áreas públicas (2 de cada categoria). Desses, dois são servidores do quadro efetivo. Considerando os procedimentos ambulatoriais prestados, as atividades mais frequentemente realizadas, no período de 2016 a 2019, foram os acolhimentos, que resultaram em 1.708 consultas, 13.994 atendimentos individuais multiprofissionais, 6.876 atendimentos grupais e 6.280 consultas psiquiátricas.

O CAPS AD III, cadastrado em março de 2012, dispõe da seguinte equipe profissional: 1 médico psiquiatra; 2 enfermeiros; 7 técnicos de enfermagem; assistente social, cuidador em saúde, trabalhador de serviços de limpeza e conservação de áreas públicas e fisioterapeuta geral (1 de cada categoria); 2 cozinheiros gerais; e 3 vigias. Desses, quatro profissionais são servidores efetivos. Em relação aos procedimentos ambulatoriais prestados no período de 2016 a 2019, foram realizados 404 acolhimentos, que culminaram em 6.437 consultas no atendimento individual multiprofissional, 2.954 atendimentos grupais e 2.895 consultas psiquiátricas.³

A Figura 1 mostra a localização do Município de Floriano, seus bairros e sua inserção no espaço geográfico do Piauí e do Brasil.

³ Nota da autora: Informações cedidas pela Coordenação de Saúde Mental do município solicitadas por correspondência pessoal.

Figura 1 – Estado do Piauí e localização do município de Floriano e seus bairros em 2010



Fonte: IBGE (2016).

3.3 População e amostra

Foi prevista a população inicial de 49 servidores. A intenção do estudo era realizar a coleta censitária, porém a amostra contou com a participação de 26 servidores, justificada pela adoção das medidas de distanciamento social e afastamento dos servidores com critérios de risco, durante o quadro de emergência de saúde pública causado pela COVID-19, que levou os gestores a remanejarem profissionais para apoiar a atenção básica, restringindo o atendimento ao público

para o período da manhã, suspendendo as atividades coletivas, justificando a redução do quantitativo inicial.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos os profissionais de saúde mental que possuíam, no mínimo, 6 meses na assistência direta aos usuários. Foram excluídos aqueles trabalhadores que estavam em afastamento das funções assistenciais, por qualquer motivo previsto em lei (férias, licença-prêmio, afastamento para cursos de qualificação, pós-graduação *strictu* ou *latu sensu*).

3.5 Instrumentos

A Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental (IMPACTO-BR), a Escala de Avaliação da Satisfação de Profissionais em Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR versão abreviada), a *Professional Quality of Life Scale* (PROQoL-BR) e Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis (EMRI) foram organizadas em um caderno de pesquisa para facilitar o preenchimento pelos participantes.

A IMPACTO-BR (Anexo B) é composta por 34 itens e três questões descritivas complementares. As respostas para os itens são dispostas em uma escala ordinal (tipo Likert) de cinco pontos descritos como: (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 (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000; BANDEIRA; ISHARA; ZUARDI, 2007).

A escala brasileira avalia três fatores (BANDEIRA; PITTA; MERCIER; 2000; BANDEIRA; ISHARA; ZUARDI, 2007), explicitados a seguir. O primeiro é relativo aos efeitos do impacto do trabalho sobre a saúde física e mental da equipe e é composto por 5 itens que se referem 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 com

que ele toma medicamentos, os efeitos do trabalho sobre a sua estabilidade emocional e sobre sua necessidade de procurar ajuda profissional em consequência desses 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 a 0,77, indicando que as questões contribuem para o construto de sobrecarga da equipe no contexto brasileiro.

O segundo fator, por sua vez, avalia os efeitos no funcionamento da equipe no que se refere ao impacto da sobrecarga ressentida no trabalho sobre a atividade dos profissionais. Este fator contém 6 itens que se referem a: (1) frequência com que o profissional pensa em mudar de campo de trabalho; (2) frequência com que ele pensa que outro tipo de trabalho o faria se sentir mais saudável; (3) afastamentos por doença devido ao estresse no trabalho; (4) grau que o profissional tem receio de ser agredido no trabalho; (5) efeito do trabalho na qualidade do sono; e (6) efeito do trabalho na sua saúde em geral. Este fator apresenta também 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.

E, por fim, o terceiro fator avalia o sentimento de estar sendo sobrecarregado e contém 5 itens que avaliam os efeitos do trabalho no estado emocional do profissional, que abordam os seguintes aspectos da sobrecarga: (1) sentir-se frustrado com os resultados do trabalho; (2) sentir-se sobrecarregado pelo contato constante com os pacientes, sentir-se cansado após o trabalho; (3) sentir-se deprimido por trabalhar com pessoas com distúrbios mentais, (4) sentir-se estressado por trabalhar com doença mental. A consistência interna deste fator foi considerada adequada, uma vez que o valor de alfa obtido ($\alpha = 0,70$) se situou dentro da faixa considerada ideal. As correlações item-total variaram de 0,32 a 0,68.

A escala global contém 18 itens quantitativos que incluem as questões dos três fatores descritos acima 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 descritos acima, 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, através do coeficiente alfa de Cronbach, indicam 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 a 0,70 (BANDEIRA; PITTA; MERCIER; 2000; BANDEIRA; ISHARA; ZUARDI, 2007).

A Escala de Avaliação da Satisfação de Profissionais em Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR) (Anexo C) dispõe de duas versões que avaliam o grau de satisfação em serviços de saúde mental: uma versão nas quais a avaliação é feita do ponto de vista do profissional (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000; BANDEIRA; ZUARDI, 2008; RESENDE; BANDEIRA; OLIVEIRA, 2016; RESENDE; BANDEIRA; OLIVEIRA, 2019) e outra específica para a avaliação pelos usuários dos serviços de saúde mental (BANDEIRA; SILVA, 2012).

Foi utilizada a versão abreviada para avaliação pelos profissionais; nela, o questionário abreviado contém questões, dispostas em escala ordinal tipo Likert de 5 pontos, na qual o valor 1 indica o menor grau de satisfação e o valor 5 indica o maior grau de satisfação com o serviço.

Os fatores contribuem para a avaliação do construto de satisfação da equipe e se referem a relações da equipe com os pacientes, participação da equipe nas decisões, condições do trabalho e relações com os colegas. Há ainda três questões abertas de cunho qualitativo que tratam: 1) do que mais gosta no serviço; 2) os aspectos de que não gosta no serviço; 3) o que poderia ser melhorado no serviço.

A escala brasileira possui quatro fatores, tal como o questionário original canadense, que se referem a relações da equipe com os pacientes, participação da equipe nas decisões, condições do trabalho e relações com os colegas.

O primeiro fator da escala (qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes) avalia o grau de satisfação da equipe com relação à qualidade do serviço oferecido aos pacientes tem consistência interna elevada ($\alpha = 0,83$) que se situa no extremo limite da faixa considerada como ideal. As correlações item-total variam de 0,36 a 0,73. O segundo fator (participação da equipe no serviço) avalia o grau de satisfação da equipe com relação à sua participação no serviço e apresenta também uma elevada consistência interna ($\alpha = 0,72$) se situa dentro da faixa considerada ideal. As correlações item-total para este segundo fator variam de 0,17 a 0,70. O terceiro fator

(condições de trabalho) avalia o grau de satisfação da equipe com relação às condições gerais 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 a 0,56. O quarto fator (relacionamento no serviço) avalia o grau de satisfação do profissional a respeito do seu relacionamento com os colegas de trabalho, com os seus superiores e a satisfação quanto ao grau de sua autonomia em relação às outras pessoas no serviço. Tem consistência interna moderada, o valor de alfa ($\alpha = 0,63$) estando acima do critério estabelecido para uma escala de 3 itens (critério = 0,42), estando abaixo da faixa considerada ideal (0,70 a 0,85). As correlações item-total deste fator variam entre 0,36 e 0,53.

A Escala Global avalia o grau de satisfação geral da equipe técnica com os serviços de saúde mental e conta com 32 itens quantitativos. Dentre esses, incluem-se os 30 itens que se aglutinam em torno dos fatores descritos acima, assim como duas questões adicionais que contribuiram para o construto de satisfação da equipe, uma vez que apresentavam correlações item-total superiores ao critério estabelecido, de 0,20. Essas 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. O valor de alfa ($\alpha = 0,89$) se situa no limite extremo da faixa considerada ideal para este tipo de avaliação. Os resultados indicam que os itens dessa escala apresentam alta homogeneidade e que a escala brasileira de satisfação da equipe de profissionais possui boa precisão ou fidedignidade. As correlações item-total variam entre 0,24 e 0,74 (BANDEIRA; ISHARA; ZUARDI, 2007).

O uso das versões das Escalas IMPACTO-BR e SATIS-BR nos foi concedida pela professora Dra. Marina Bandeira, líder do Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental, da Universidade Federal de São João del-Rei, via correspondência eletrônica.

A PROQoL-BR (Anexo D) foi elaborada considerando os aspectos positivos e negativos das profissões assistenciais, a partir da reformulação da Escala *Compassion Fatigue Self Test*, por Figley (1995) e por Stamm (2005), que incluiu o fator Satisfação por Compaixão (SC) para avaliar a qualidade de vida dos grupos ocupacionais que exercem trabalhos de ajuda individual ou comunitária a pessoas

ou animais em situação de sofrimento (LAGO, 2008; LAGO; CODO, 2010; LAGO; CODO, 2013).

O conceito de qualidade de vida usado pelos autores integra dois aspectos: o positivo – Satisfação por Compaixão (SC) –, que ocorre quando o profissional experimenta alegria por ajudar outrem; e o negativo – Fadiga por Compaixão (FC) –, que envolve sentimentos de esgotamento emocional e frustração com o trabalho, típicos de Burnout, como também traumas relacionados ao trabalho, típicos do estresse traumático secundário. A versão em língua portuguesa falada no Brasil contém 30 itens e não é indicada como teste de diagnóstico, visto que a fadiga por compaixão não consta oficialmente no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM – IV).

O instrumento é recomendado para fins de pesquisa, cujos resultados devem ser interpretados como reflexos de que há compromisso e empenho profissional quando as pontuações de satisfação por compaixão forem altas, e de que há prenúncios de desequilíbrio emocional entre indivíduo/organização quando as pontuações de fadiga por compaixão forem altas, sendo que tal desequilíbrio não é de natureza patológica (LAGO, 2008; LAGO; CODO, 2010; LAGO; CODO, 2013).

Na avaliação psicométrica, o instrumento foi dividido em fatores, nos quais os 5 primeiros itens (fator 1) referem-se aos benefícios do trabalho ligado à ajuda. Eles se relacionam ao orgulho, ao sentimento de “poder fazer a diferença”, ao entusiasmo e à satisfação produzida por essa atividade e representam o SC conforme descrito por Stamm, obtendo 0,811 como índice α de Cronbach.

No fator 2, os três primeiros itens referem-se a um estado de tensão, de estresse, uma situação que chega a invadir a vida privada do profissional. Os três itens seguintes dizem respeito a fatores negativos relacionados à atividade profissional. Os demais itens abordam questões ligadas ao “contágio emocional” relacionada ao trabalho com pessoas em sofrimento. Julgou-se que esse fator represente o que Figley (1995) e Stamm (2005) definiram como sendo a fadiga por compaixão (FC), isto é, os efeitos nocivos da exposição secundária a eventos altamente estressantes, obtendo 0,838 como índice α de Cronbach.

O fator 3 refere-se aos aspectos ligados à exaustão emocional, sentimentos de falta de energia, de desânimo. Uma sensação que faz com que as atividades figurem ser tão grandes e tão difíceis que levam o indivíduo à exaustão. Esse fator

aproxima-se da interpretação que Figley (1995) e outros fizeram acerca da síndrome de Burnout, obtendo 0,769 como índice α de Cronbach.

O uso da versão brasileira da Escala PROQoL- IV BR nos foi concedido pelo professor Dr. Kennyston Lago, via correspondência eletrônica.

A EMRI (Anexo E) validada, na realidade brasileira, por Koller, Camino e Ribeiro (2001), apresenta 3 subescalas que descrevem comportamentos, sentimentos e características relacionadas à empatia: angústia pessoal, consideração empática e a tomada de perspectiva que mede a capacidade cognitiva do indivíduo de se colocar no lugar de outras pessoas, reconhecendo e inferindo o que elas pensam e sentem (KOLLER; CAMINO; RIBEIRO, 2001; FORMIGA; GALVÃO; SANTOS; CAMINO, 2012; FORMIGA, 2012; FORMIGA; GALVÃO; SANTOS; CAMINO, 2012; FORMIGA, 2013a; FORMIGA, 2013b; FORMIGA; ROCHA; PINTO; REIS; COSTA; LEIME, 2013; FORMIGA; TAVARES; VASCONCELOS, 2013; FORMIGA; ROCHA; SOUZA; STEVAM; FLURY; 2014; FORMIGA; SAMPAIO; GUIMARÃES, 2015).

As dimensões da empatia avaliadas nessa escala são: “Angústia Pessoal” (AP), que são sensações afetivas de desconforto, incômodo e desprazer dirigidas para o *self*, quando o indivíduo imagina o sofrimento de outrem (por exemplo: perco o controle quando vejo alguém que esteja precisando de muita ajuda; fico apreensivo em situações emergenciais, etc.); “Consideração Empática” (CE), que se relaciona aos sentimentos dirigidos ao outro e à motivação para ajudar pessoas em necessidade, perigo ou desvantagem (por exemplo: sinto compaixão quando alguém é tratado injustamente; quando vejo que se aproveitam de alguém, sinto necessidade de protegê-lo, etc.); e “Tomada de Perspectiva” (TP), que mede a capacidade cognitiva de o indivíduo se colocar no lugar de outras pessoas, reconhecendo e inferindo o que elas pensam e sentem (por exemplo: como as pessoas se sentem quando as critico; tento compreender meus amigos imaginando como eles veem as coisas, etc.).

Em relação aos escores mais altos, esses indicam níveis mais elevados em cada uma dessas dimensões e a soma dos escores de todas as subescalas é utilizada para calcular o nível global de empatia. O item 2 (sou neutro quando vejo filmes) deve ter sua pontuação invertida, pois foi elaborado na direção contrária à dos demais itens da escala. O α de Cronbach do EMRI na validação brasileira foi de

$\alpha = 0,72$ para a escala total; $\alpha = 0,63$ para a tomada de perspectiva; $\alpha = 0,67$ para a consideração empática; $\alpha = 0,54$ para a angústia pessoal (KOLLER; CAMINO; RIBEIRO, 2001; FORMIGA, 2012; FORMIGA; ROCHA; PINTO; REIS; COSTA; LEIME, 2013; FORMIGA; TAVARES, VASCONCELOS, 2013; FORMIGA; ROCHA; SOUZA; STEVAM; FLEURY, LUIS, 2014).

O uso da versão da brasileira da Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal nos foi concedida pelo professor Dr. Nilton Soares Formiga, via correspondência eletrônica.

3.6 Definição operacional das variáveis

A seguir, serão apresentadas as definições operacionais das variáveis dependentes e independentes que foram adotadas para as Escalas IMPACTO-BR, SATIS-BR, PROQoL-BR e EMRI.

As definições operacionais das variáveis das Escalas IMPACTO-BR e SATIS-BR estão retratadas nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1 – Definição operacional das variáveis dependentes utilizadas na análise da Escala IMPACTO-BR

Nome	Descrição
<p>Grau de sobrecarga na equipe no serviço de saúde mental calculada pela média das questões 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 23, 24, 25 e 28.</p>	<p>Carga psíquica que engloba aspectos afetivos e emocionais (FRUTUOSO; CRUZ, 2005).</p>
<p>Repercussões do trabalho em relação a um aspecto específico do serviço calculada pelas médias das questões 10, 11, 12, 15 e 20.</p>	<p>Precariedade subjetiva, que Linhart <i>apud</i> Bernardo, Nogueira e Bull (2015) define como: "[...] o sentimento de não estar 'em casa' no trabalho, de não poder se fiar em suas rotinas profissionais, em suas redes, nos saberes e habilidades acumulados graças à experiência ou transmitidos pelos mais antigos; é o sentimento de não dominar seu trabalho e de precisar permanentemente desenvolver esforços para se adaptar, para cumprir os objetivos fixados, para não se arriscar, nem fisicamente, nem moralmente (no caso de interações com usuários ou clientes)".</p>
<p>Grau de sobrecarga com relação ao impacto do trabalho sobre o funcionamento da equipe calculada pelas médias das questões 7, 9, 14, 16, 23 e 24.</p>	<p>Fatores psicossociais que envolvem o trabalho em equipe (interações profissionais, estilos gerenciais, processos de comunicação) (FRUTUOSO; CRUZ, 2005).</p>
<p>Repercussões emocionais da sobrecarga sentida pela equipe, calculada pelas médias das questões 5, 6, 13, 17 e 19.</p>	<p>Sistemas ágeis de processamento de informação, que auxiliam o indivíduo a iniciar ações evolutivamente selecionadas; com um mínimo de controle consciente, de modo imediato, involuntário, transitório e rápido; em função da avaliação/reconhecimento de uma variação no ambiente que tenha implicações para o bem-estar do organismo e requeiram uma resposta imediata e episódica, que surge da modificação da cognição, da fisiologia, das respostas motoras e comportamentais do indivíduo; sendo as mudanças nas expressões faciais as mais visíveis (RODRIGUES; ROCHA, 2015).</p>

Nome	Descrição
Grau de satisfação da equipe com relação à qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes (subescala ou fator 1) sentida pela equipe e calculada pela média das questões 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 28.	“Conjunto de sentimentos que uma pessoa possui com relação ao seu trabalho”. Significa estar contente com o trabalho que está realizando, com os colegas que tem, com sua remuneração, entre outros fatores (SANTOS; BERTOLLA; TEIXEIRA; POLACINSKI; PATIAS, 2017).
Grau de satisfação da equipe com relação à sua participação no serviço (subescala ou fator 2) e calculada pela média das questões 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11.	
Grau de satisfação da equipe em relação às condições de trabalho (subescala ou fator 3) e calculada pela média das questões 12, 13, 15, 25, 26, 29, 30, 31, 32.	
Grau de satisfação da equipe a respeito do seu relacionamento no serviço (subescala ou fator 4): média das respostas obtidas nas seguintes questões 4, 5, 6.	

Fonte: Dados da pesquisa.

Na escala SATIS-BR, como variáveis independentes, foram utilizadas as respostas das questões subjetivas dos trabalhadores, que versavam sobre do que mais gostavam em seu serviço, quais eram, particularmente, os aspectos de que não gostavam, se achavam que o serviço poderia ser melhorado e, em caso positivo, de que maneira (itens 33, 34 e 35).

As definições operacionais das variáveis da escala PROQoL-BR estão retratadas nos Quadro 2.

Quadro 2 – Definição operacional das variáveis dependentes utilizadas na análise da escala PROQoL-BR

Nome	Descrição
Satisfação por Compaixão	Benefícios do trabalho ligados à ajuda, referindo-se, no instrumento, às questões 1, 2, 3, 4, 6, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 24, 27 e 30.
Fadiga por Compaixão	Fatores negativos relacionados à atividade profissional e a questões ligadas ao “contágio emocional” relacionadas ao trabalho com pessoas em sofrimento, referindo-se, no instrumento, às questões 8, 9, 10, 11, 13, 14, 23 e 25
Burnout	Fatores ligados à exaustão emocional, sentimentos de falta de energia, de desânimo, referindo-se, no instrumento, às questões 19, 21 e 26.

Fonte: Dados da pesquisa.

As definições operacionais das variáveis dependentes utilizadas na escala EMRI, descritas por Formiga, Tavares e Vasconcelos (2013), estão retratadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Definição operacional das variáveis dependentes utilizadas na análise da escala EMRI

Nome	Descrição
Angústia Pessoal	Sensações afetivas de desconforto, incômodo e desprazer dirigidas para o <i>self</i> , quando o indivíduo imagina o sofrimento de outrem.
Consideração Empática	Sentimentos dirigidos ao outro e à motivação para ajudar pessoas em necessidade, perigo ou desvantagem.
Tomada de Perspectiva	Capacidade cognitiva de o indivíduo se colocar no lugar de outras pessoas, reconhecendo e inferindo o que elas pensam e sentem.
Fantasia	Habilidade de se colocar no lugar de outrem, tomando as perspectivas e imaginando o que elas pensam ou sentem; a subescala de fantasia avalia a tendência de transpor a si mesmo imaginativamente, colocando-se no lugar de personagens de filmes e/ou livros.

Fonte: Dados da pesquisa.

3.7 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu de 14 a 22 de julho de 2020, após anuência da gestão, encaminhada no dia 17 de junho de 2020 (Anexo A).

Os procedimentos de pesquisa obedeceram às seguintes etapas:

- 1- A pesquisadora principal adquiriu Equipamentos de Proteção Individual (capacete facial, máscaras descartáveis, álcool em gel e luvas descartáveis) e submeteu-se à coleta de exames laboratoriais para testagem da COVID-19;
- 2- A pesquisadora foi submetida à avaliação de saúde e liberada para iniciar a coleta dos dados sendo realizada uma webconferência para explicitação da pesquisa às coordenadoras locais;
- 3- A Figura 2 mostra o cartaz para divulgação da pesquisa encaminhado às gestoras para afixação nos postos de trabalho e/ou transmissão via aplicativo de mensagens;

Figura 2 – Cartaz para convocação dos participantes

CONVITE



Trabalhadores da Saúde Mental do Município de Floriano contamos com a sua participação na pesquisa On Line!

EMPATIA E FADIGA POR COMPAIXÃO EM TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL

SUA VOZ IRÁ FAZER DIFERENÇA EM AÇÕES FUTURAS PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR.

Clique [AQUI](#) para responder

Pesquisadoras: Professoras Me. Janaina de Paula (UFPI/CAFS) e Professora Dra. Márcia Astrês. (PPGENF/UFPI).

Fonte: Elaborado pela autora.

4- Diante da flexibilização das atividades e alteração do horário de trabalho e organização da equipe, respeitando-se o distanciamento social, optou-se pela coleta de forma presencial. Os CAPS foram visitados no dia anterior à coleta (13 de julho de 2020) para conhecimento prévio da estrutura física disponível e das supervisoras, que ajudaram na abordagem aos participantes;

5- Todos foram informados sobre os propósitos da pesquisa e, ao aceitarem, foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A);

6- Ao receberem os instrumentos, foram-lhes esclarecidas as dúvidas sobre o preenchimento, após a leitura conjunta com a pesquisadora principal;

7- A pesquisadora permaneceu no serviço, durante a coleta, para resgatar os instrumentos preenchidos;

8- Resgatado o instrumento, cada participante ficou com uma via do TCLE, e, durante o resgate dos instrumentos, ainda na presença deles, atribuiu-se

um código numérico (P1 até P26) e a segunda via recolhida, junto ao instrumento, para proceder à digitação do banco de dados.

3.8 Análise dos dados

Os dados foram codificados para a elaboração do banco. Em seguida, transcritos com o processo de dupla digitação, por meio de planilhas do aplicativo Microsoft Excel®, versão de 2016. Posteriormente, foram exportados e submetidos ao processamento estatístico no *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22.0.

Os dados qualitativos, obtidos pelo preenchimento dos profissionais, a partir das escalas IMPACTO-BR e SATIS-BR foram transcritos com o programa Wordclouds® para possibilitar a construção de uma nuvem com as palavras mais frequentes e classificadas em categorias temáticas para registro dos achados. Os quadros 4 a 7 retratam a estatística utilizada na análise das variáveis de cada Escala.

Quadro 4 – Estatística utilizada na análise das variáveis dependentes da Escala IMPACTO-BR e SATIS-BR

Nome I	Estatística utilizada	
IMPACTO-BR		
Grau de sobrecarga na equipe no serviço de saúde mental calculada pela média das questões 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 23, 24, 25, e 28.	Descritiva/Média, Mínimo, Máximo e desvio. Inferencial/ Teste de Comparação de Grupos Quantitativos e Coeficiente de Correlação de Pearson e Sperman.	
Repercussões do trabalho em relação a um aspecto específico do serviço calculada pelas médias das questões 10, 11, 12, 15 e 20.		
Grau de sobrecarga com relação ao impacto do trabalho sobre o funcionamento da equipe calculada pelas médias das questões 7, 9, 14, 16, 23 e 24.		
Repercussões emocionais da sobrecarga sentida pela equipe, calculada pelas médias das questões 5, 6, 13, 17 e 19.		
SATIS-BR		
Grau de satisfação da equipe com relação à qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes (subescala ou fator 1) sentida pela equipe, calculada pela média das questões 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 28.		
Grau de satisfação da equipe com relação à sua participação no serviço (subescala ou fator 2), calculada pela média das questões 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11.		
Grau de satisfação da equipe em relação às condições de trabalho (subescala ou fator 3), calculada pela média das questões 12, 13, 15, 25, 26, 29, 30, 31, 32.		
Grau de satisfação da equipe a respeito do seu relacionamento no serviço (subescala ou fator 4): média das respostas obtidas nas seguintes questões 4, 5, 6.		

Fonte: Dados da pesquisa.

Quadro 5 – Estatística utilizada na análise das variáveis independentes da Escala IMPACTO-BR

Nome I	Estatística utilizada
Quanto tempo passa, por semana, com portadores de transtorno mental	Descritiva/ Frequência Absoluta e relativa. Inferencial/Teste de associação com as classificações dos questionários.
Principal atividade junto aos pacientes Psicoterapia Individual/Psicoterapia de Grupo/Psicoterapia Familiar/ Terapia Farmacológica/ Atividades de Reabilitação/ Aconselhamento/ Cuidados Físicos de Saúde/ Cuidados gerais/ Outro (especificar)	
Local de trabalho	
Horário de trabalho	
Idade em anos	
Sexo Masculino/ Feminino	
Estado civil	Descritiva/ Frequência Absoluta e relativa. Inferencial/Teste de associação com as classificações dos questionários.
Último nível de escolaridade	
Profissão	
Tempo de trabalho em Saúde Mental	

Fonte: Dados da pesquisa.

Quadro 6 – Estatística utilizada na análise das variáveis dependentes da Escala PROQoL-BR

Nome I	Estatística utilizada
Satisfação por Compaixão	Mínimo, Máximo e desvio. Inferencial/ Teste de Comparação de Grupos Quantitativos e Coeficiente de Correlação de Pearson para a FC.
Fadiga por compaixão	
Burnout	

Fonte: Dados da pesquisa.

Quadro 7 – Estatística utilizada na análise das variáveis dependentes da Escala EMRI

Nome I	Estatística utilizada
Angústia Pessoal	Descritiva/Média, Mínimo, Máximo e desvio. Inferencial/ Teste de Comparação de Grupos Quantitativos e Coeficiente de Correlação de Pearson.
Consideração Empática	
Tomada de Perspectiva	
Fantasia	

Fonte: Dados da pesquisa.

Para caracterização dos participantes, foram realizadas estatísticas descritivas; para o estudo das correlações entre as variáveis quantitativas, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman e Pearson. Nas demais análises realizadas, adotou-se o nível de significância de 0,05, sendo considerados estatisticamente significantes os resultados dos testes que apresentaram $p \leq 0,05$.

Os resultados foram apresentados por meio de tabelas, gráficos e figuras para, posteriormente, serem analisados com base na literatura.

3.9 Aspectos éticos e legais

O projeto de pesquisa foi aprovado na reunião de 1 de junho de 2020, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP/ UFPI), sob o parecer nº 4.062.784; à versão foram acrescentadas as medidas de biossegurança adotadas durante o distanciamento social impostos pela pandemia e a carta de anuência institucional do município de Floriano.

3.10 Riscos e benefícios

Os participantes foram informados quanto aos possíveis riscos e benefícios do estudo, conforme preconiza a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os riscos considerados médios (constrangimento, medo e desconforto em revelar conteúdos pessoais, receio de julgamentos e perda de sigilo dos conteúdos revelados) foram contornados a partir da entrega dos instrumentos aos trabalhadores e do preenchimento em local seguro, no próprio serviço, que assegurou conforto e segurança ao participante; não delimitação do tempo de

duração mínima; e ao receberem os instrumentos eram avisados pela pesquisadora que ela permaneceria durante os dois turnos nos locais; por causa da demanda do serviço (ocorrências não previstas como reuniões ou busca ativa, para alguns participantes foi combinado o resgate do instrumento no dia imediatamente posterior à coleta, dessa maneira, não houve relato de exaustão). O risco considerado alto (contágio por COVID-19) foi contornado a partir da adoção de equipamentos de proteção individual pela pesquisadora principal (máscara facial, luvas de procedimento, capacete facial e realização de exame sorológico antes da abordagem e uso de álcool em gel para higienização das mãos); as canetas utilizadas para o preenchimento foram as dos próprios trabalhadores ou canetas entregues para eles e não resgatadas, para minimização dos riscos de transmissão.

A proposta traz como benefícios, a partir da avaliação proporcionada pela consolidação dos instrumentos: (1) um diagnóstico organizacional que permitirá compreender a relação saúde, trabalho e qualidade de vida, levando em consideração os aspectos negativos da organização do trabalho apontados pelos servidores e que possam desencadear transtornos mentais e comportamentais que adoecem o trabalhador e comprometem a qualidade do trabalho; (2) a discussão dos achados, a partir da Psicodinâmica do Trabalho, contribuirá para a proposição de ações coletivas que promovam a saúde dos servidores e favoreçam os espaços de convivência e de produção da saúde.

Para atendimento à Resolução Nº 580, de 22 de março de 2018, os resultados serão apresentados à gestão municipal e aos trabalhadores dos CAPS, o relatório final da pesquisa será apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf), ao CEP-UFPI, aos gestores e demais interessados.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos participantes

A Tabela 1 ilustra a caracterização dos profissionais que trabalham nos CAPS do município de Florianópolis; para descrição da amostra dos mesmos, foram utilizadas as perguntas de informação geral que compõem a Escala IMPACTO-BR e que correspondem aos itens 1 a 5.

Os participantes foram indivíduos com média de idade de 35,58 anos, predominantemente do sexo feminino (80,8%), casados ou vivendo com companheiros (57,7%). A respeito do último nível de escolaridade concluído, 50,0% possuíam a pós-graduação; 34,6% possuíam outras profissões e a maioria possuía atuação na área da Saúde Mental entre 1 a 6 anos (57,7%).

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais que trabalham nos CAPS. Florianópolis (PI) – 2020.

Itens da Escala	N (%)	Média ± Dp
1. Quantos anos você tem?	35,58	35,58±8,92
2. Qual o seu sexo?		
Masculino	5(19,2)	
Feminino	21(80,8)	
3. Qual é o seu estado civil atualmente?		
Solteiro	11(42,3)	
Casado ou vive com um companheiro	15(57,7)	
Separado	0(0,0)	
Divorciado	0(0,0)	
Viúvo	0(0,0)	
Outro	0(0,0)	
4. Qual foi o último nível de escolaridade que você concluiu?		
Sem escolaridade	0(0,0)	
Escola elementar (1º grau)	2(3,8)	
Escola secundária (2º grau)	2(3,8)	
Curso técnico	3(11,5)	
Universidade	6(23,1)	
Pós-graduação	13(50,0)	
Outro	0(0,0)	

Itens da Escala	N (%)	Média ± Dp
5. Qual é a sua profissão?		
Psiquiatra	0(0,0)	
Psicólogo	6(23,1)	
Assistente social	2(7,7)	
Médico geral	0(0,0)	
Enfermeiro Psiquiátrico	5(19,2)	
Terapeuta Ocupacional	4(15,4)	
Outro	9(34,6)	
6. Há quanto tempo você trabalha em Saúde Mental?		
Mais de 10 anos	4(15,4)	
Entre 6 – 10 anos	2(7,7)	
Entre 1 – < 6 anos	15(57,7)	
Menos de 1 ano	5(19,2)	

Fonte: Dados da pesquisa.

Observou-se que 69,2% dos profissionais relataram o cumprimento de carga horária compreendida entre 21 a 30 horas semanais, nas quais desenvolviam como principal atividade a psicoterapia individual e cuidados gerais junto aos pacientes (26,9%), enquanto 50,0% relataram a ocorrência de outras atividades.

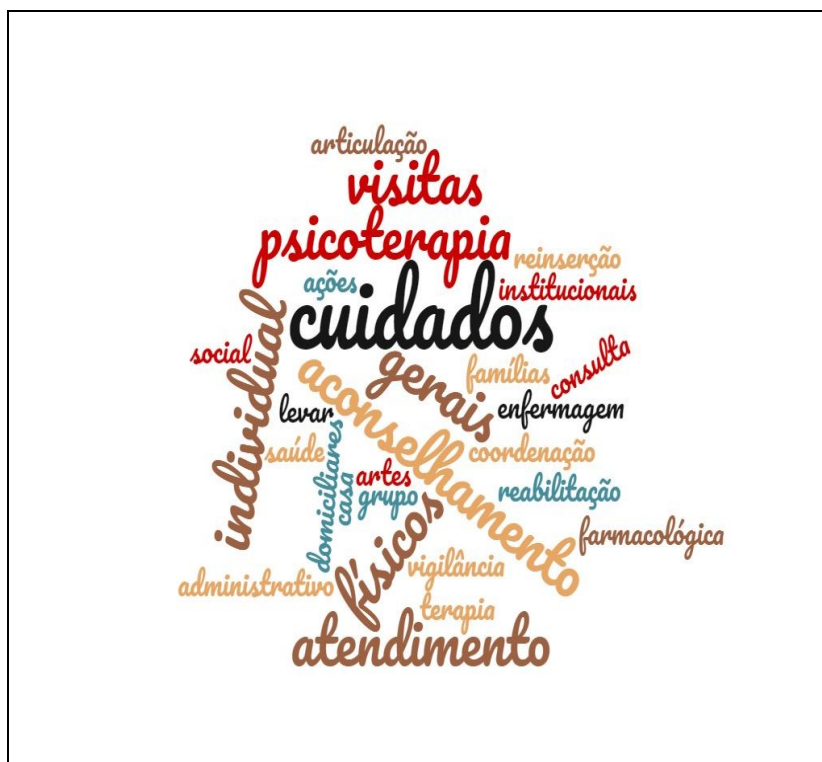
Questionados sobre qual seria o seu principal local de exercício do trabalho, 50,0% dos profissionais relataram que atuavam em outros locais, estando a equipe concentrada no turno da manhã (96,2%).

4.2 Atividades realizadas nos serviços

A escala IMPACTO-BR faz menção a algumas atividades realizadas na saúde mental (psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, psicoterapia familiar, terapia farmacológica, atividades de reabilitação, aconselhamento, cuidados físicos de saúde, cuidados gerais), e, na opção “outros,” pode ser preenchida de próprio punho. A autoaplicação da escala proporcionou a privacidade aos profissionais de saúde mental, que se sentiram à vontade para assinalar alternativas e se expressarem de diversas formas, ora marcando mais de uma alternativa, ora preenchendo, no item outros, as atividades exercidas.

O relato dessas atividades está ilustrado na Figura 3, sobre a principal atividade exercida pelos profissionais de saúde mental nos CAPS que, transcritas as respostas, na nuvem de palavras, a expressão “Cuidado” foi a mais frequente mencionada.

Figura 3 – Atividades oferecidas pelos profissionais de saúde mental no CAPS. Floriano (PI) – 2020.



Fonte: Dados da pesquisa.

Sobre o cotidiano do trabalho, foi possível perceber que, nos serviços, há a ocorrência de atividades variadas, muitas vezes inesperadas, relacionadas às demandas do usuário. Essas atividades são sempre mobilizadoras para as equipes exigindo a gestão da atividade coletiva no atendimento aos usuários, familiares e outros serviços municipais ou estaduais, sejam da saúde – Estratégia de Saúde da Família (ESF), Hospital Geral, Clínicas – ou não – Assistência Social, Educação, Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Vara Criminal, Ministério Público, entre outros –, exigindo equilíbrio emocional para as escolhas, tomando decisões e inventando formas de lidar com tantas variabilidades. Ao descrevê-las, os entrevistados utilizaram com muita frequência a palavra “Cuidado”.

4.3 Avaliação pela Escala IMPACTO-BR

A Tabela 2 ilustra a porcentagem de respostas da Escala IMPACTO-BR, considerando o percentual obtido pela escala ordinal (tipo Likert) de cinco pontos e descritas como: (1) de forma alguma; (2) não muito; (3) mais ou menos; (4) muito; (5) extremamente, de acordo os itens apresentados.

Analisando os itens 2, 3 e 4 descritos na escala, por resposta mencionada isoladamente, o item 13 apresentou a maior frequência (80,7%) entre todas, correspondendo a se sentir fisicamente cansado ao término da jornada.

Tabela 2 – Caracterização das respostas da Escala IMPACTO-BR. Florianópolis (PI) – 2020.

Itens da Escala	N (%)	Média ± Dp
5. Quando você pensa nos resultados de seu trabalho com as pessoas com transtorno mental, você se sente frustrado?		
De forma alguma	7(26,9)	
Não muito	7(26,9)	
Mais ou menos	9(34,6)	
Muito	3(11,5)	
Extremamente	0(0,0)	
6. Você se sente sobrecarregado(a) tendo que lidar com portadores de transtornos mentais todo o tempo?		
De forma alguma	5(19,2)	
Não muito	3(11,5)	
Mais ou menos	12(46,2)	
Muito	4(15,4)	
Extremamente	2(7,7)	
7. Você tem receio da possibilidade de ser fisicamente agredido(a) por um paciente?		
De forma alguma	5(19,2)	
Não muito	9(34,6)	
Mais ou menos	7(26,9)	
Muito	4(15,4)	
Extremamente	1(3,8)	
8. De forma geral, até que ponto você diria que trabalhar no campo da Saúde Mental é satisfatório para você?		
Extremamente	5(19,2)	
Muito	11(42,3)	
Mais ou menos	5(19,2)	
Não muito	3(11,5)	
De forma alguma	2(7,7)	
9. Você acha que o seu trabalho com portadores de transtorno mental está afetando o seu estado geral de saúde física?		
De forma alguma	10(38,5)	
Não muito	6(23,1)	
Mais ou menos	5(19,2)	

Itens da Escala	N (%)	Média ± Dp
Muito	4(15,4)	
Extremamente	1(3,8)	
10. Você está tendo mais problemas ou queixas físicas desde que começou a trabalhar no campo da Saúde Mental?		
Nunca	7(26,9)	
Raramente	11(42,3)	
Mais ou menos	2(7,7)	
Frequentemente	6(23,1)	
Sempre	0(0,0)	
11. Você sente necessidade de procurar médicos com mais frequência desde que começou a trabalhar no campo da Saúde Mental?		
De forma alguma	15(57,7)	
Não muito	5(19,2)	
Mais ou menos	3(11,5)	
Muito	3(11,5)	
Extremamente	0(0,0)	
12. Você toma mais medicações desde que está neste emprego?		
De forma alguma	13(50,0)	
Não muito	11(42,3)	
Mais ou menos	1(3,8)	
Muito	1(3,8)	
Extremamente	0(0,0)	
13. Você se sente fisicamente cansado quando termina de trabalhar?		
De forma alguma	1(3,8)	
Não muito	6(23,1)	
Mais ou menos	9(34,6)	
Muito	6(23,1)	
Extremamente	4(15,4)	
14. Até que ponto seus períodos de afastamento por doença estão relacionados com períodos de estresse no trabalho?		
De forma alguma	16(61,5)	
Não muito	5(19,2)	
Mais ou menos	2(7,7)	
Muito	2(7,7)	
Extremamente	1(3,8)	
15. Em geral, o contato com o portador de transtorno mental está afetando a sua estabilidade emocional?		
De forma alguma	11(42,3)	
Não muito	6(23,1)	
Mais ou menos	4(15,4)	
Muito	4(15,4)	
Extremamente	1(3,8)	
16. Você está tendo distúrbios de sono que você relacione com o trabalho?		
Nunca	11(42,3)	
Raramente	9(34,6)	
Mais ou menos	3(11,5)	
Frequentemente	2(7,7)	
Sempre	1(3,8)	

Itens da Escala	N (%)	Média ± Dp
17. Você se sente deprimido(a) por trabalhar com pessoas com problemas mentais?		
De forma alguma	16(61,5)	
Não muito	4(15,4)	
Mais ou menos	3(11,5)	
Muito	3(11,5)	
Extremamente	0(0,0)	
18. Você se sente culpado(a) quando não consegue ajudar os pacientes tanto quanto você acha que eles necessitam de ajuda?		
De forma alguma	4(15,4)	
Não muito	6(23,1)	
Mais ou menos	7(26,9)	
Muito	6(23,1)	
Extremamente	3(11,5)	
19. Você se sente estressado(a) por causa do seu trabalho em Saúde Mental?		
De forma alguma	7(26,9)	
Não muito	9(34,6)	
Mais ou menos	4(15,4)	
Muito	4(15,4)	
Extremamente	2(7,7)	
20. Alguma vez você precisou procurar ajuda de um profissional de Saúde Mental por causa de problemas emocionais devido ao seu trabalho?		
Nunca	13(50,0)	
Raramente	2(7,7)	
Mais ou menos	7(26,9)	
Frequentemente	4(15,4)	
Sempre	0(0,0)	
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(3,8)	
Não muito	4(15,4)	
Mais ou menos	4(15,4)	
Muito	13(50,0)	
Extremamente	4(15,4)	
22. Você acha que outros profissionais de saúde enfrentam o mesmo nível de estresse relacionado aos seus trabalhos como você enfrenta em relação ao seu?		
Extremamente	4(15,4)	
Muito	4(15,4)	
Mais ou menos	12(46,2)	
Não muito	5(19,2)	
De forma alguma	1(3,8)	
23. Você algumas vezes sente que ter outro tipo de emprego faria você se sentir mais saudável emocionalmente?		

Itens da Escala	N (%)	Média ± Dp
De forma alguma	5(19,2)	
Não muito	8(30,8)	
Mais ou menos	4(15,4)	
Muito	7(26,9)	
Extremamente	2(7,7)	
24. Você pensa em mudar de campo de trabalho?		
Nunca	6(23,1)	
Raramente	7(26,9)	
Mais ou menos	5(19,2)	
Frequentemente	5(19,2)	
Sempre	3(11,5)	
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	19(73,1)	
Não muito	4(15,4)	
Mais ou menos	1(3,8)	
Muito	1(3,8)	
Extremamente	1(3,8)	
26. A atitude de sua família em relação às pessoas com transtorno mental ajuda você a continuar trabalhando nesse campo?		
Extremamente	2(7,7)	
Muito	7(26,9)	
Mais ou menos	7(26,9)	
Não muito	7(26,9)	
De forma alguma	3(11,5)	
27. Você pensa, às vezes, em como você se sentiria se tivesse um doente mental em sua família?		
Nunca	2(7,7)	
Raramente	4(15,4)	
Mais ou menos	5(19,2)	
Frequentemente	12(46,2)	
Sempre	3(11,5)	
28. Você acha que seu contato com as pessoas com transtorno mental está afetando pessoalmente sua vida social?		
De forma alguma	16(61,5)	
Não muito	5(19,2)	
Mais ou menos	2(7,7)	
Muito	3(11,5)	
Extremamente	0(0,0)	

Fonte: Dados da pesquisa.

4.4 Avaliação pela Escala SATIS-BR

A Tabela 3 caracteriza a porcentagem de respostas da Escala SATIS-BR.

Tabela 3 – Caracterização da Escala SATIS-BR. Florianópolis (PI) – 2020.

Itens da Escala	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
1. De modo geral, até que ponto você está satisfeito(a) com este serviço?	2(7,7)	3(11,5)	5(19,2)	15(57,7)	1(3,8)
2. Como você se sente com a expectativa de ser promovido(a)?	2(7,7)	2(7,7)	7(26,9)	10(38,5)	5(19,2)
3. Você se sente satisfeito(a) com o grau de responsabilidade que você tem no seu serviço?	1(3,8)	3(11,5)	3(11,5)	17(65,4)	2(7,7)
4. Você se sente satisfeito(a) no seu relacionamento com os outros colegas?	1(3,8)	1(3,8)	0(0,0)	15(57,7)	9(34,6)
5. Você se sente satisfeito(a) com o grau de controle dos seus supervisores sobre o seu trabalho?	2(7,7)	2(7,7)	3(11,5)	13(50,0)	6(23,1)
6. Como você se sente em relação ao grau de autonomia que você tem em seu serviço?	1(3,8)	3(11,5)	4(15,4)	13(50,0)	5(19,2)
7. Você se sente satisfeito(a) com a frequência de discussões relacionadas a temas profissionais que você tem com seus colegas no serviço?	2(7,7)	1(3,8)	3(11,5)	16(61,5)	4(15,4)
8. Você se sente satisfeito(a) com o grau de sua participação no processo de tomada de decisões no seu serviço?	1(3,8)	5(19,2)	3(11,5)	12(46,2)	5(19,2)
9. Você se sente satisfeito(a) com sua participação na implementação de programas e/ou atividades novas no serviço?	1(3,8)	2(7,7)	4(15,4)	16(61,5)	3(11,5)
10. Você se sente satisfeito(a) com sua participação no processo de avaliação das atividades e/ou programas do serviço?	1(3,8)	3(11,5)	5(19,2)	13(50,0)	4(15,4)

Itens da Escala	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
11. Você se sente satisfeito(a) com a atenção dada às suas opiniões?	0(0,0)	3(11,5)	4(15,4)	15(57,7)	4(15,4)
12. Você percebe um bom clima no ambiente de trabalho?	0(0,0)	0(0,0)	9(34,6)	12(46,2)	5(19,2)
13. Em geral, você se sente satisfeito(a) com o clima no seu ambiente de trabalho?	0(0,0)	1(3,8)	4(15,4)	18(69,2)	3(11,5)
14. Em geral, como você classificaria o "clima" de amizade no ambiente de trabalho?	0(0,0)	0(0,0)	3(11,5)	16(61,5)	7(26,9)
15. Até que ponto você se sente satisfeito(a) com seu salário?	6(23,1)	7(26,9)	4(15,4)	8(30,8)	1(3,8)
16. Você está satisfeito com os benefícios que recebe deste trabalho?	4(15,4)	6(23,1)	5(19,2)	11(42,3)	0(0,0)
17. Você está satisfeito(a) com a atenção e os cuidados que são dados aos pacientes?	1(3,8)	0(0,0)	5(19,2)	17(65,4)	3(11,5)
18. Até que ponto você acha que os profissionais deste serviço compreendem os problemas dos pacientes?	0(0,0)	1(3,8)	3(11,5)	15(57,7)	7(26,9)
19. Até que ponto você acha que os profissionais de Saúde Mental do serviço compreendem o tipo de ajuda de que os pacientes necessitam?	0(0,0)	1(3,8)	2(7,7)	16(61,5)	7(26,9)
20. Considerando as necessidades globais dos pacientes que procuram este serviço para tratamento, até que ponto este serviço é apropriado para recebê-los aqui?	0(0,0)	1(3,8)	6(23,1)	13(50,0)	6(23,1)
21. Você está satisfeito(a) com a quantidade de informações dadas aos pacientes sobre suas doenças neste serviço?	1(3,8)	1(3,8)	3(11,5)	20(76,9)	1(3,8)
22. Você está satisfeito(a)	1(3,8)	1(3,8)	2(7,7)	20(76,9)	2(7,7)

Itens da Escala	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
com a quantidade de informações dadas aos pacientes sobre o tratamento que é dado neste serviço?					
23. Em geral, até que ponto você se sente satisfeito(a) com a forma como os pacientes são tratados pela equipe?	1(3,8)	2(7,7)	0(0,0)	17(65,4)	6(23,1)
24. Como você se sente com a quantidade de ajuda que é dada aos pacientes pelo CAPS?	1(3,8)	2(7,7)	2(7,7)	17(65,4)	4(15,4)
25. Você se sente satisfeito(a) com as medidas tomadas para assegurar privacidade durante o tratamento dos pacientes no (nome do serviço) (p.ex.: portas fechadas, nenhuma interrupção durante o atendimento com o terapeuta)?	1(3,8)	8(30,8)	1(3,8)	15(57,7)	1(3,8)
26. Você se sente satisfeito(a) com as medidas tomadas para assegurar a confidencialidade sobre os problemas dos pacientes, e os cuidados que eles recebem no (nome do serviço)?	1(3,8)	5(19,2)	3(11,5)	16(61,5)	1(3,8)
27. Você se sente satisfeito(a) com a frequência de contato entre a equipe e os pacientes?	0(0,0)	2(7,7)	2(7,7)	20(76,9)	2(7,7)
28. Você se sente satisfeito(a) com o grau de competência profissional da equipe deste serviço?	0(0,0)	0(0,0)	1(3,8)	13(50,0)	12(46,2)
29. Você se sente satisfeito em relação às medidas de segurança deste serviço?	2(7,7)	6(23,1)	5(19,2)	12(46,2)	1(3,8)
30. Você está satisfeito com o conforto e a aparência	2(7,7)	3(11,5)	6(23,1)	14(53,8)	1(3,8)

Itens da Escala	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
deste serviço?					
31. Como você classificaria, as instalações da unidade (p.ex.: banheiro, cozinha, refeições, o próprio prédio, etc.)?	1(3,8)	1(3,8)	10(38,5)	11(42,3)	3(11,5)
32. Se um amigo ou familiar estivesse necessitando de ajuda de uma unidade de Saúde Mental, você recomendaria este serviço a ele/a?	1(3,8)	1(3,8)	4(15,4)	6(23,1)	14(53,8)

Fonte: Dados da pesquisa.

Analisando os itens descritos como satisfação na escala, as respostas que apresentaram maior frequência foram os itens: 21 (com a quantidade de informações dadas aos pacientes sobre suas doenças), 22 (com a quantidade de informações dadas aos pacientes sobre o tratamento), e 27 (a frequência de contato entre a equipe e os pacientes).

A Tabela 4 evidencia a caracterização dos escores da Escala IMPACTO-BR e SATIS-BR em relação aos fatores avaliados.

Tabela 4 – Caracterização dos escores da Escala IMPACTO-BR e SATIS-BR. Floriano (PI) – 2020.

	Média±Dp	Mediana
Grau de sobrecarga na equipe no serviço de saúde mental	2,19±0,79	2,06
Repercussões do trabalho em relação a um aspecto específico do serviço	1,98±0,87	1,80
Grau de sobrecarga com relação ao impacto do trabalho sobre o funcionamento da equipe	2,31±0,83	2,33
Repercussões emocionais da sobrecarga sentida pela equipe	2,50±0,88	2,40
Grau de satisfação da equipe com relação à qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes	2,44±0,67	2,25
Grau de satisfação da equipe com relação à sua participação no serviço	3,49±0,85	3,50
Grau de satisfação da equipe em relação às condições de trabalho	6,47±1,09	6,39

Fonte: Dados da pesquisa.

As repercussões emocionais da sobrecarga sentida pela equipe, o grau de satisfação da equipe com relação à sua participação no serviço e o grau de

sobrecarga com relação ao impacto do trabalho sobre o funcionamento da equipe foram os que obtiveram pontuação mais expressiva.

As repercussões emocionais da sobrecarga estiveram associadas a: (1) se sentir fisicamente cansado ao término do trabalho (96,15%); (2) sobrecarrega por ter que lidar com os usuários (80,7%); (3) estresse causado pelo trabalho em Saúde Mental (73,07%).

O impacto do trabalho sobre o funcionamento da equipe esteve relacionado a: (1) interferência do trabalho nos relacionamentos mais satisfatórios com a família (96,15%); e (2) sobrecarregada por ter que lidar com os usuários por todo o tempo (84,6%). Enquanto o grau de satisfação da equipe em relação às próprias condições do trabalho apresentou maior média 6,47(\pm 1,09) e mediana de 6,39, sobressaindo-se aos demais escores, e estando relacionadas ao suporte familiar por trabalharem nos CAPS.

A menor média entre os escores foi observada nas repercussões do trabalho em relação a um aspecto específico do serviço, com média de 1,98(\pm 0,87) e mediana de 1,80 relacionada ao não surgimento de problemas e queixas físicas desde que começaram a trabalhar no campo da Saúde Mental.

As Figuras 4, 5 e 6 retratam as respostas dos itens de 33, 34 e 35. Sobre o preenchimento dessas questões, os trabalhadores foram muito sucintos em suas respostas, alguns inclusive não se sentiram mobilizados a registrar suas avaliações (4 participantes).

Após a transcrição dos dados, a nuvem de palavras foi elaborada pelo aplicativo Wordclouds®, para posterior separação temática, considerando os elementos estruturais que expressam as condições de trabalho e caracterizam a infraestrutura, o apoio e as práticas administrativas.

Para discussão das ilustrações que tratam sobre a autoavaliação dos serviços, tendo como parâmetro “o que mais apreciavam”, “o que menos apreciavam” e “sugestões de melhoria”, após a transcrição das respostas, elas foram classificadas conforme orientação das pesquisadoras Maria Augusto, Freitas e Magnólia Mendes (2014).

As informações contemplam a descrição do ambiente físico, instrumentos, equipamentos, matéria-prima e suporte organizacional (infraestrutura, apoio e práticas administrativas) e interações hierárquicas, interações coletivas intragrupos e

intergrupos e interações externas: usuários, consumidores, representantes institucionais (relações socioprofissionais) no contexto profissional em: (a) ambiente físico: sinalização, espaço, ar, luz, temperatura, som; (b) instrumentos: ferramentas, máquinas, documentação; (c) equipamentos: materiais arquitetônicos, aparelhagem, mobiliário; (d) matéria-prima: objetos materiais/simbólicos; (e) suporte organizacional: remuneração, desenvolvimento de pessoal e benefícios.

Enquanto as relações socioprofissionais são constituídas pelos elementos interacionais que expressam as relações interpessoais presentes no cenário de trabalho e caracterizam sua dimensão social caracterizada pelas: interações hierárquicas com as chefias: (a) interações hierárquicas: chefias superiores; (b) interações coletivas intragrupos e intergrupos: membros da equipe de trabalho, membros de outros grupos de trabalho e; (c) interações externas: usuários, consumidores, representantes institucionais.

O item 33 da Escala SATIS-BR faz menção ao fato de que os profissionais de saúde mental mais gostavam no serviço. Ao serem transcritas as respostas, estas permitiram a confecção de uma nuvem de palavras na qual as expressões “Usuários”, “Aprendizado”, “Autonomia”, “Ajudar”, “Equipe” e “Casos” foram as mais frequentes, conforme ilustração da Figura 4.

Figura 4 – Satisfação com o serviço mencionada pelos profissionais de saúde mental. Florianó (PI) – 2020.



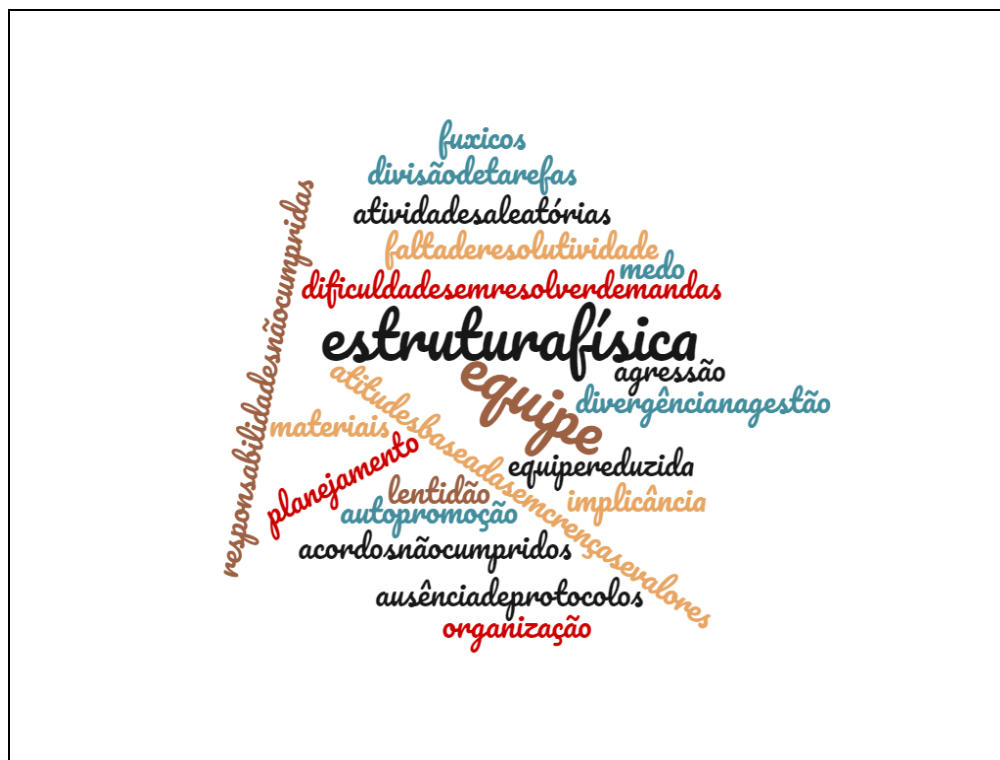
Fonte: Dados da pesquisa.

Como condições de satisfação com o trabalho na saúde mental, foram mencionadas: (a) Interações hierárquicas: companheirismo e autonomia; (b) Interações coletivas intragrupo e intergrupo: discussões de casos; relacionamento pessoal através do convívio com os colegas, engajamento e respeito, atividades comemorativas e; (c) Interações externas: um dos trabalhadores registrou a palavra “espaço”.

Questionado sobre o que significava a expressão, explicou que era o sentimento que tinha na interação entre as pessoas (colegas de trabalho, usuários, acompanhantes), definição que reflete o que Chiavenato (2006) classificou como clima organizacional.

O item 34 da Escala SATIS-BR faz menção sobre o fato de que os profissionais de saúde mental não gostavam no serviço. Ao serem transcritas as respostas, estas permitiram a confecção de uma nuvem de palavras na qual as expressões “Estrutura física” e “Equipe” foram as mais frequentes, conforme ilustração da Figura 5.

Figura 5 – Insatisfação com o serviço mencionada pelos profissionais de saúde mental. Florianó (PI) – 2020.

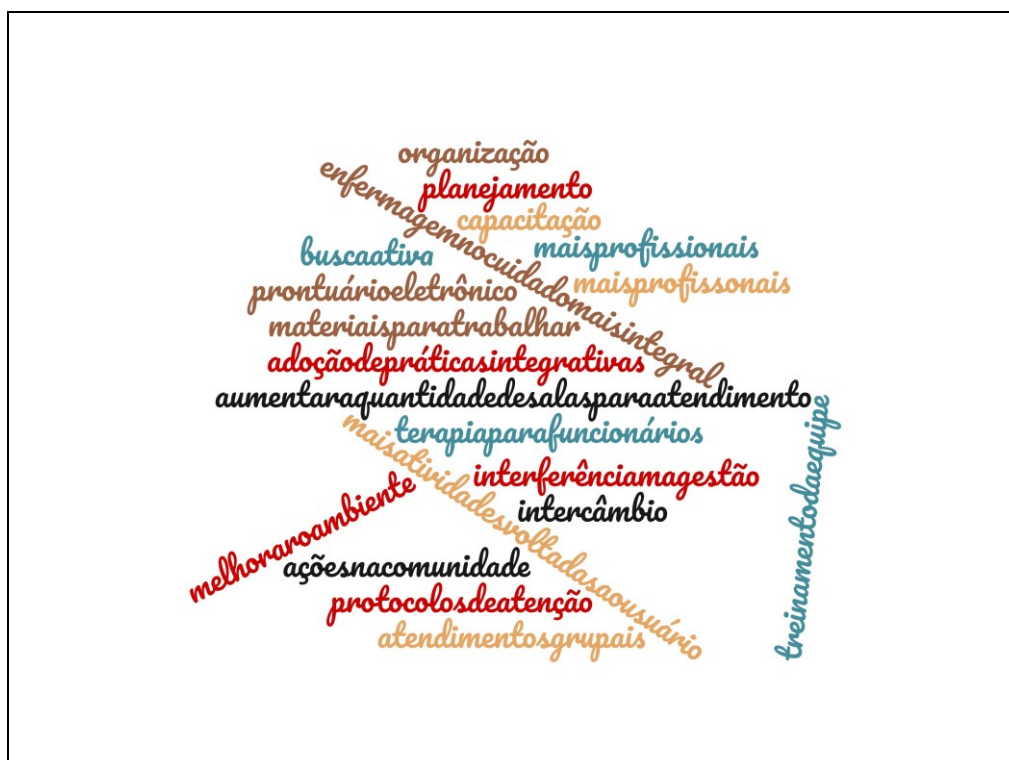


Fonte: Dados da pesquisa.

Como condições de insatisfação com o trabalho na saúde mental, foram mencionadas: (a) Ambiente físico: estrutura física (quantitativo de salas e ambientes para realização de atividades, inexistência de estrutura adequada para conforto e guarda dos pertences pessoais); (b) Matéria-prima: quantitativo e disponibilidade de material de expediente (para o exercício do trabalho e atividades com os usuários), falta de medicamentos, falta de materiais específicos para atividades coletivas de artes; (c) Equipamentos: quantitativo inadequado de computadores; (d) Interações hierárquicas: atitudes baseadas em crenças e valores, responsabilidades não cumpridas, equipes reduzidas apesar da alta demanda de atendimento, alta rotatividade de profissionais, descumprimento de acordos, planejamentos que não conseguem ser executados, responsabilidades não determinadas de forma clara e planejamento; (e) Interações coletivas intragrupo e intergrupo: “fuxico” e implicância com alguns profissionais, divisão aleatória de atividades na equipe, autopromoção, lentidão na resolução de algumas demandas; e (f) Suporte organizacional: ausência de protocolos de atendimento, baixos salários, medo de agressão.

O item 35 da Escala SATIS-BR faz menção sobre o que, na visão dos profissionais de saúde mental, poderia ser modificado nos serviços. A Figura 6 apresenta a ilustração após transcrição das respostas.

Figura 6 – Sugestões de melhoria para os serviços, mencionadas pelos profissionais de saúde mental. Florianó (PI) – 2020.



Fonte: Dados da pesquisa.

Como necessidades de mudança para a melhoria do trabalho na saúde mental, foram mencionadas: (a) Ambiente físico: melhorar a ambientação do ambiente, ampliar a quantidade de salas para atendimento; (b) Instrumentos: criação de protocolos assistenciais; (c) Suporte organizacional: enfermagem mais ativa e baseada no cuidado integral, ampliar a estrutura de busca ativa, treinamento da equipe, parceria com cursos de pós-graduação, contratação de mais profissionais, atividades de terapia comunitária na Taboca, preenchimento do “tempo ocioso” do usuário na permanência da unidade, promoção de ressocialização do usuário; e (d) Interações hierárquicas: dar mais autonomia aos coordenadores, menos interferência da gestão em algumas decisões adotadas pela equipe, fortalecimento

das atividades de matriciamento, adoção de práticas integrativas, terapia para os funcionários, mais atendimentos grupais para o usuário.

Na Tabela 5, observou-se que, na análise descritiva da Escala SATIS-BR, o escore de maior destaque foi a qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes, com média de 3,98(\pm 0,58), mediana 4,05. Em seguida, tem-se o relacionamento no serviço, com média de 3,86(\pm 0,93) de 4,00 e o escore de participação da equipe no serviço, com média de 3,98(\pm 0,58), mediana de 3,79. Apresentando menor média, tem-se o escore de condições de trabalho, com média de 3,48(\pm 0,71), mediana de 3,67.

Tabela 5 – Caracterização dos escores da Escala SATIS-BR respondida por profissionais que trabalham no CAPS. Floriano (PI) – 2020.

	Média\pmDp	Mediana
Qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes	3,98 \pm 0,58	4,05
Participação da equipe no serviço	3,65 \pm 0,79	3,79
Condições de trabalho	3,48 \pm 0,71	3,67
Relacionamento no serviço	3,86 \pm 0,93	4,00

Fonte: Dados da pesquisa.

4.5 Avaliação pela Escala PROQoL-BR

A Tabela 6 ilustra a caracterização dos itens 1 a 28 aferidos pela Escala PROQoL-BR.

Tabela 6 – Caracterização da Escala PROQoL-BR. Floriano (PI) – 2020.

Itens da Escala	Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1. Sinto-me feliz.	1(3,8)	1(3,8)	8(30,8)	8(30,8)	8(30,8)
2. Tenho preocupações com mais de uma pessoa que estou ajudando.	1(3,8)	2(7,7)	9(34,6)	7(26,9)	7(26,9)
3. Sinto-me satisfeito(a) por ser capaz de ajudar as pessoas.	0(0,0)	0(0,0)	2(7,7)	13(50,0)	11(42,3)
4. Sinto-me ligado(a) aos outros.	1(3,8)	1(3,8)	7(26,9)	11(42,3)	6(23,1)
5. Sons inesperados me assustam ou me causam sobressaltos.	15(57,7)	5(19,2)	4(15,4)	2(7,7)	0(0,0)
6. Sinto-me animado(a) depois de atender as pessoas que	0(0,0)	2(7,7)	5(19,2)	8(30,8)	11(42,3)

Itens da Escala	Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
ajudo.					
7. Acho difícil separar minha vida pessoal da minha vida profissional.	9(34,6)	6(23,1)	7(26,9)	3(11,5)	1(3,8)
8. Perco o sono por causa das experiências traumáticas de uma pessoa que atendo.	16(61,5)	5(19,2)	3(11,5)	1(3,8)	1(3,8)
9. Creio que posso ter sido "infectado"(a) pelo estresse traumático daqueles que atendo.	18(69,2)	3(11,5)	2(7,7)	3(11,5)	0(0,0)
10. Sinto-me aprisionado(a) pelo meu trabalho de cuidar dos outros.	16(61,5)	4(15,4)	2(7,7)	2(7,7)	2(7,7)
11. Por causa do meu trabalho me sinto tenso com relação a várias coisas.	10(38,5)	7(26,9)	4(15,4)	4(15,4)	1(3,8)
12. Gosto do meu trabalho ajudando as pessoas.	0(0,0)	1(3,8)	2(7,7)	12(46,2)	11(42,3)
13. Sinto-me deprimido(a) por causa do meu trabalho.	16(61,5)	5(19,2)	5(19,2)	0(0,0)	0(0,0)
14. Sinto-me como se estivesse vivendo o trauma de alguém que eu atendi.	17(65,4)	5(19,2)	1(3,8)	2(7,7)	1(3,8)
15. Tenho crenças que me sustentam.	7(26,9)	5(19,2)	5(19,2)	1(3,8)	8(30,8)
16. Sinto-me satisfeito(a) por conseguir me manter atualizado em relação a técnicas e procedimentos de atendimento.	0(0,0)	7(26,9)	5(19,2)	7(26,9)	7(26,9)
17. Sou a pessoa que sempre desejei ser.	2(7,7)	4(15,4)	7(26,9)	9(34,6)	4(15,4)
18. Sinto-me satisfeito(a) com meu trabalho.	0(0,0)	8(30,8)	4(15,4)	8(30,8)	6(23,1)
19. Sinto-me exausto(a) por causa do meu trabalho.	4(15,4)	6(23,1)	6(23,1)	5(19,2)	5(19,2)
20. Tenho bons pensamentos e sentimentos em relação àqueles que eu ajudo e sobre como poderia ajudá-los.	0(0,0)	2(7,7)	6(23,1)	14(53,8)	4(15,4)
21. Sinto-me sufocado(a) pela quantidade de trabalho e pelo tanto de pacientes que eu preciso atender.	7(26,9)	4(15,4)	5(19,2)	5(19,2)	5(19,2)
22. Acredito que posso fazer diferença através do meu	0(0,0)	1(3,8)	4(15,4)	13(50,0)	8(30,8)

Itens da Escala	Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
trabalho.					
23. Evito certas atividades ou situações porque elas me fazem lembrar das experiências assustadoras vividas pelas pessoas que ajudo.	17(65,4)	3(11,5)	5(19,2)	0(0,0)	1(3,8)
24. Estou orgulhoso(a) do que eu posso fazer para ajudar.	0(0,0)	1(3,8)	4(15,4)	12(46,2)	9(34,6)
25. Como resultado do meu trabalho, tenho pensamentos invasivos e assustadores.	18(69,2)	3(11,5)	5(19,2)	0(0,0)	0(0,0)
26. Sinto-me sufocado(a) pelo sistema em que atuo.	12(46,2)	5(19,2)	5(19,2)	2(7,7)	2(7,7)
27. Ocorre-me que sou bem-sucedido(a) no meu trabalho.	2(8,0)	2(8,0)	8(32,0)	9(36,0)	4(16,0)
28. Estou feliz por ter escolhido este trabalho.	2(7,7)	3(11,5)	8(30,8)	8(30,8)	5(19,2)

Fonte: Dados da pesquisa.

A ocorrência de Satisfação por Compaixão (SC) se caracterizou por quase sempre terem bons pensamentos e sentimentos em relação àqueles que ajudam e sobre como poderiam ajudá-los (item 20), satisfeitos pela capacidade de ajudar as pessoas (item 3) e acreditarem que podiam fazer diferença pelo trabalho (item 22).

A presença da Fadiga por Compaixão (FC) se caracterizou pelas crenças de terem sido “infectados” pelo estresse traumático das pessoas que atenderam (item 9), por se sentirem aprisionados pelo trabalho de cuidar (item 10), e pela tensão gerada por várias circunstâncias (item 11). O Burnout (BO) foi determinado pelo sentimento de exaustão causado pelo trabalho, por se sentirem sufocados pela quantidade de trabalho e de usuários que precisavam atender.

A Tabela 7 apresenta os dados dos domínios aferidos pela Escala PROQoL-BR. O escore de Satisfação por Compaixão foi o que obteve maior média entre os profissionais 51,31(±3,53), mediana de 51,00, havendo satisfação positiva. Em seguida, tem-se a Fadiga por Compaixão, média de 17,92 (±6,70), mediana de 17,00. Com menor média entre os escores, tem-se a síndrome de Burnout, 8,04(±3,69), mediana de 8,00.

Tabela 7 – Caracterização dos escores da Escala PROQoL-BR. Florianópolis (PI) – 2020.

	Média ± Dp	Mediana
Satisfação por Compaixão	51,31±3,53	51,00
Fadiga por Compaixão	17,92±6,70	17,00
Burnout	8,04±3,69	8,00

Fonte: dados da pesquisa.

4.6 Avaliação pela Escala EMRI

Em relação à Empatia expressada pela Escala EMRI, a Tabela 8 apresenta os dados das porcentagens de respostas registradas pelos profissionais. Observou-se que o escore com maior média foi o de “Angústia Pessoal”, com 29,24 ($\pm 2,99$), mediana de 29,00. O escore de “Consideração Empática” obteve média de 26,4 ($\pm 3,43$), mediana de 27,00, “Tomada de Perspectiva” obteve média de 20,52 ($\pm 4,66$), mediana de 22,00 e a menor média foi atribuída ao escore de “Fantasia”, com 19,72 ($\pm 4,53$) e mediana de 20,00.

Tabela 8 – Caracterização dos escores da Escala EMRI. Florianópolis (PI) – 2020.

	Média ± Dp	Mediana
Angústia Pessoal	29,24±2,99	29,00
Consideração Empática	26,64±3,43	27,00
Tomada de Perspectiva	20,52±4,66	22,00
Fantasia	19,72±4,53	20,00

Fonte: Dados da pesquisa.

Ao se avaliar as dimensões da “Empatia” obtidas pela Escala EMRI (Tabela 9), destacam-se como maiores frequências: no escore “Angústia Pessoal (AP)”, incomodar-se com as coisas ruins que acontecem aos outros (item 3); “Consideração Empática (CE)”, ficar comovido com os problemas dos outros (item 10); no escore de “Tomada de Perspectiva (TP)”, sentir-se envolvido com personagens de teatro ou filmes (item 15); e, no escore “Fantasia (FS)”, ficar tenso diante de fortes emoções (item 22).

Tabela 9 – Caracterização da Escala EMRI. Florianópolis (PI) – 2020.

Itens da Escala	Discordo totalmente	Discordo Parcialmente	Nem Discordo/ Nem Concordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Angústia Pessoal					
1. Habitualmente me envolvo emocionalmente com filmes e/ou livros.	6(23,1)	3(11,5)	3(11,5)	8(30,8)	6(23,1)
2. Sou neutro(a) quando vejo filmes.	11(42,3)	8(30,8)	3(11,5)	2(7,7)	2(7,7)
3. Incomodo-me com as coisas ruins que acontecem aos outros.	0(0,0)	2(7,7)	0(0,0)	14(53,8)	10(38,5)
4. Tento compreender o argumento dos outros.	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	13(50,0)	13(50,0)
5. Sinto compaixão quando alguém é tratado(a) injustamente.	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	4(15,4)	22(84,6)
6. Quando vejo que se aproveitam de alguém, sinto necessidade de protegê-lo.	0(0,0)	0(0,0)	2(7,7)	9(34,6)	15(57,7)
7. Imagino como as pessoas se sentem quando eu as critico.	1(4,0)	1(4,0)	7(28,0)	9(36,0)	7(28,0)
Consideração Empática					
8. Antes de tomar alguma decisão procuro avaliar todas as perspectivas	1(3,8)	1(3,8)	4(15,4)	9(34,6)	11(42,3)
9. Tento compreender meus amigos imaginando como eles veem as coisas.	0(0,0)	1(3,8)	4(15,4)	10(38,5)	11(42,3)
10. Fico comovido(a) com os problemas dos outros.	0(0,0)	0(0,0)	2(8,0)	13(52,0)	10(40,0)
11. Preocupo-me com as pessoas que não têm uma boa qualidade de vida.	0(0,0)	0(0,0)	2(7,7)	13(50,0)	11(42,3)
12. Descrevo-me como uma pessoa de “coração mole” (muito sensível).	2(7,7)	1(3,8)	5(19,2)	13(50,0)	5(19,2)
13. Costumo fantasiar com coisas que poderiam me acontecer.	0(0,0)	3(11,5)	14(53,8)	6(23,1)	3(11,5)
14. Perco o controle quando vejo alguém que esteja precisando de muita ajuda.	6(23,1)	9(34,6)	3(11,5)	7(26,9)	1(3,8)
Tomada de Perspectiva					
15. Depois de ver uma peça de teatro ou um filme sinto-me envolvido com seus personagens.	6(23,1)	4(15,4)	2(7,7)	12(46,2)	2(7,7)
16. Costumo me emocionar com as coisas que vejo acontecer.	2(7,7)	3(11,5)	3(11,5)	9(34,6)	9(34,6)
17. Fico apreensivo em situações emergenciais.	2(8,0)	4(16,0)	5(20,0)	10(40,0)	4(16,0)

Itens da Escala	Discor do totalme nte	Discord o Parcial mente	Nem Discordo/ Nem Concordo	Concord o Parcialm ente	Concor do Totalme nte
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
18. Quando vejo uma história interessante, imagino como me sentiria se fosse comigo.	0(0,0)	4(15,4)	8(30,8)	8(30,8)	6(23,1)
19. Tendo a perder o controle durante emergências.	8(30,8)	6(23,1)	9(34,6)	2(7,7)	1(3,8)
20. Coloco-me no lugar do outro se eu me preocupo com ele.	0(0,0)	2(7,7)	3(11,5)	10(38,5)	11(42,3)
Fantasia					
21. Escuto os argumentos dos outros, mesmo estando convicto de minha opinião.	0(0,0)	1(3,8)	5(19,2)	9(34,6)	11(42,3)
22. Fico tenso(a) em situações de fortes emoções.	2(8,0)	2(8,0)	4(16,0)	9(36,0)	8(32,0)
23. Sinto-me indefeso(a) numa situação emotiva.	2(7,7)	6(23,1)	8(30,8)	8(30,8)	2(7,7)
24. Sinto emoções de um personagem de filme como se fossem minhas próprias emoções.	6(23,1)	2(7,7)	4(15,4)	8(30,8)	6(23,1)
25. Tenho facilidade de assumir a posição de um personagem de filme.	8(30,8)	5(19,2)	5(19,2)	5(19,2)	3(11,5)
26. Habitualmente fico nervoso(a) quando vejo pessoas feridas.	5(19,2)	7(26,9)	7(26,9)	5(19,2)	2(7,7)

Fonte: Dados da pesquisa.

4.7 Análise de normalidade das Escalas IMPACTO-BR, SATIS-BR, PROQoL-BR e EMRI

A Tabela 10 apresenta os dados da análise de normalidade, dos escores dos domínios e dos questionários respondidos pelos profissionais que trabalham nos CAPS.

Tabela 8 – Análise de normalidade dos escores dos domínios das Escalas. Floriano (PI) – 2020.

	Shapiro-Wilk		
	Estatística	de	P – valor
IMPACTO-BR			
Grau de sobrecarga na equipe no serviço de saúde mental	0,891	25	0,012
Repercussões do trabalho em relação a um aspecto específico do serviço	0,876	25	0,006
Grau de sobrecarga com relação ao impacto do trabalho sobre o funcionamento da equipe	0,944	25	0,186
Repercussões emocionais da sobrecarga sentida pela equipe	0,937	25	0,126
Grau de satisfação da equipe com relação à qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes	0,938	25	0,131
Grau de satisfação da equipe com relação à sua participação no serviço	0,968	25	0,594
Grau de satisfação da equipe em relação às condições de trabalho	0,955	25	0,323
SATIS-BR			
Qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes	0,861	25	0,003
Participação da equipe no serviço	0,944	25	0,179
Condições de trabalho	0,934	25	0,105
Relacionamento no serviço	0,844	25	0,001
PROQoL-BR			
Satisfação por Compaixão	0,925	25	0,067
Fadiga por Compaixão	0,930	25	0,088
Burnout	0,944	25	0,180
EMRI			
Angústia Pessoal	0,973	25	0,732
Consideração Empática	0,961	25	0,426
Tomada de Perspectiva	0,922	25	0,057
Fantasia	0,972	25	0,692

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota-se que o escore IMPACTO-BR mostrou significância estatística na subescala grau de sobrecarga na equipe no serviço de saúde mental ($p=0,012$), e repercussões do trabalho em relação a um aspecto específico no serviço ($p=0,006$). Os escores PROQoL-BR e EMRI não apresentaram significância estatística. Ao

contrário, o escore SATIS-BR, mostrou significância nas subescalas qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes ($p>0,003$) e relacionamento no serviço ($p>0,001$).

4.8 Correlação entre os escores da Escala IMPACTO-BR

A Tabela 11 apresenta a correlação entre os escores da Escala IMPACTO-BR.

Tabela 9 – Correlação entre os escores da Escala IMPACTO-BR. Florianó (PI) – 2020.

		A	B	C	D	E	F	G
Grau de sobrecarga (A)	CC	1	,924*	,921*	,876*	,929*	,547*	0,28 3
	P – valor	–	<0,00 1	<0,00 1	<0,00 1	<0,00 1	0,004	0,16 1
Repercussões do trabalho (B)	CC	–	1	,835*	,775*	,871*	,467*	0,36 7
	P – valor	–	–	<0,00 1	<0,00 1	<0,00 1	0,016	0,06 5
Grau de sobrecarga com relação ao impacto do trabalho (C)	CC	–	–	1	,702*	,922*	,706*	0,24 1
	P – valor	–	–	–	<0,00 1	<0,00 1	<0,00 1	0,23 6
Repercussões emocionais da sobrecarga sentida pela equipe (D)	CC	–	–	–	1	,798*	0,357	0,21 7
	P – valor	–	–	–	–	<0,00 1	0,073	0,28 6
Grau de satisfação da equipe com relação à qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes (E)	CC	–	–	–	–	1	0,550*	0,22 1
	P – valor	–	–	–	–	–	0,004	0,27 7
Grau de satisfação da equipe com relação à qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes (F)	CC	–	–	–	–	–	1	0,00 8
	P – valor	–	–	–	–	–	–	0,97 0
Grau de satisfação da equipe em relação às condições de trabalho (G)	CC	–	–	–	–	–	–	1

Fonte: Dados da pesquisa.

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

¹Correlação de Spearman

Nota-se que não ocorreu correlação significativa no score A. Ao contrário dos escores BxB ($p=0,001$), BxC ($p=0,001$), BxD ($p=0,001$), BxE ($p=0,004$), CxD ($p=0,001$), CxC ($p=0,001$), CxE ($p=0,001$), DxD ($p=0,001$), DxE ($p=0,001$), DxF ($p=0,001$), ExE ($p=0,001$), FxG ($p=0,008$), que se mostraram significantes.

4.9 Correlação entre os escores da Escala SATIS

Em relação à correlação entre os escores dos domínios da Escala SATIS-BR, descritos na tabela 12, observou-se que o escore A não apresentou significância estatística. Ao contrário dos escores BxB ($p=0,001$), BxC ($p=0,001$), BxD ($p=0,001$), CxD ($p=0,001$), DxD ($p=0,001$), que se mostraram significantes.

Tabela 10 – Correlação entre os escores dos domínios da Escala SATIS-BR. Floriano (PI) – 2020.

		A	B	C	D
Qualidade – dos – serviços – oferecidos – aos – pacientes – (A)	CC	1,000	,597**	,610**	,666**
	P´valor	–	0,001	0,001	<0,001
Participação – da – equipe – no – serviço – (B)	CC	–	1,000	,791**	,818**
	P – valor	–	–	<0,001	<0,001
Condições – de – trabalho – (– C)	CC	–	–	1,000	,822**
	P – valor	–	–	–	<0,001
Relacionamento – no – serviço – (D)	CC	–	–	–	1,000

Fonte: Dados da pesquisa.

*. – A – correlação – é – significativa – no – nível – 0,05 – (2 – extremidades).

¹Correlação de Spearman

4.10 Correlação entre os escores da Escala PROQoL-BR

Na Tabela 13, evidenciou-se que apenas o escore de Burnout apresentou correlação significativa quando correlacionado com ele mesmo ($p=0,000$) entre os escores dos domínios da Escala PROQoL-BR.

Tabela 11 – Correlação entre os escores dos Domínios da Escala PROQoL-BR. Floriano (PI) – 2020.

		Satisfação por Compaixão	Fadiga por Compaixão	Burnout
Satisfação por Compaixão	CC	1	- 0,151	- 0,130
	P – valor	-	0,461	0,527
Fadiga por Compaixão	CC	-	1,000	0,774**
	P – valor	-	-	0,000
Burnout	CC	-	-	1,000

Fonte: Dados da pesquisa.

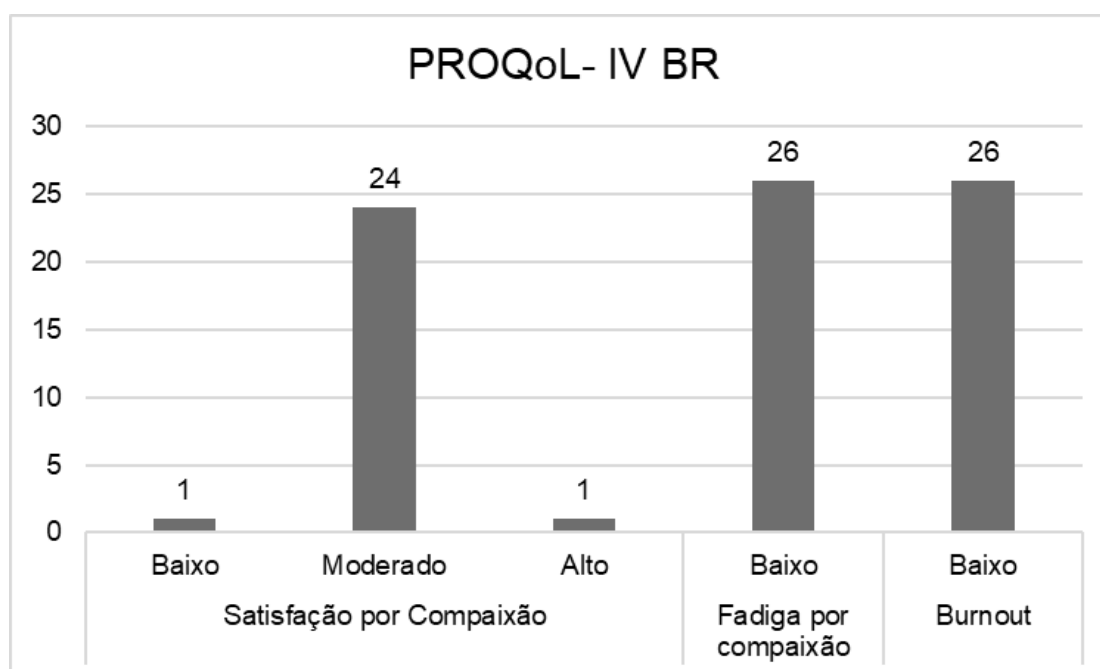
*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

¹Correlação de Pearson

4.11 Classificação dos domínios da Escala PROQoL

A Figura 7, que ilustra a classificação dos domínios Satisfação por Compaixão, Fadiga por Compaixão e Burnout, demonstra que, os domínios PROQoL-BR, divididos entre os níveis baixo, moderado e alto, a Satisfação por Compaixão foi considerada moderada em 24 entrevistados. O nível de Burnout foi considerado baixo em todos os entrevistados.

Figura 7 – Caracterização da classificação dos domínios da Escala PROQoL-BR. CAPS. Floriano (PI) – 2020. N: 26



Fonte: Dados da pesquisa.

4.12 Correlação entre os escores da Escala EMRI

Na Tabela 14, que trata da correlação entre os escores dos domínios da Escala EMRI, notou-se que apenas o escore Fantasia (D), apresentou significância estatística quando comparado com ele mesmo ($p=0,001$).

Tabela 12 – Correlação entre os escores dos domínios da Escala EMRI. Floriano (PI) – 2020.

		A	B	C	D
Angústia Pessoal (A)	CC	1	,245	,469*	,426*
	P – valor	–	0,238	0,018	0,034
Consideração Empática (B)	CC	–	1	,474*	,473*
	P – valor	–	–	0,017	0,017
Tomada de Perspectiva (C)	CC	–	–	1	,849**
	P – valor	–	–	–	<0,001
Fantasia (D)	CC	–	–	–	1

Fonte: Dados da autora.

* – A – correlação – é – significativa – no – nível – 0,05 – (2 – extremidades).

¹Correlação de Pearson

4.13 Domínios da Escala IMPACTO-BR, SATIS-BR, PROQoL-BR e EMRI

Em relação à análise de normalidade dos escores gerais, dispostos na Tabela 15, notou-se que a Escala EMRI não apresentou significância estatística, ao contrário das Escalas IMPACTO-BR ($p=0,045$), SATIS-BR ($p=0,037$) e PROQoL-BR ($p=0,008$), que demonstraram significância.

Tabela 13 – Análise de normalidade dos escores gerais das Escalas IMPACTO-BR, SATIS-BR, PROQoL-BR, EMRI. Floriano (PI) – 2020.

	Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	P – valor
IMPACTO-BR	0,918	25	0,045
SATIS-BR	0,914	25	0,037
PROQoL-BR	0,882	25	0,008
EMRI	0,962	25	0,449

Fonte: Dados da pesquisa.

4.14 Domínios da Escala PROQoL

Na Tabela 16, que trata da associação dos domínios da Escala EMRI com as variáveis sociodemográficas dos profissionais, evidencia-se que a associação da satisfação por compaixão com os dados sociodemográficos, dividindo-a entre os níveis baixo, moderado e alto, não apresentou significâncias estatísticas entre os dados.

Tabela 14 – Associação dos domínios da Escala PROQoL e as variáveis sociodemográficas de profissionais que trabalham nos CAPS. Florianó (PI) – 2020.

	Satisfação por Compaixão			P – valor ¹
	Baixo	Moderado	Alto	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Sexo				1,000
Masculino	0(0,0)	5 (19,2)	0(0,0)	
Feminino	1(3,8)	19 (73,1)	1(3,8)	
Estado Civil				1,000
Solteiro	0(0,0)	11 (42,3)	0(0,0)	
Casado ou vive com um companheiro	1(3,8)	13 (50,0)	1(3,8)	
Escolaridade				0,529
Sem escolaridade	0(0,0)	0 (0,0)	0(0,0)	
Escola elementar (1º grau)	0(0,0)	0 (0,0)	0(0,0)	
Escola secundária (2º grau)	0(0,0)	1 (3,8)	0(0,0)	
Curso técnico	0(0,0)	1 (3,8)	0(0,0)	
Universidade	1(3,8)	5 (19,2)	1(3,8)	
Pós-graduação	0(0,0)	0 (0,0)	0(0,0)	
Outro	0(0,0)	17 (65,4)	0(0,0)	
Profissão				0,335
Psicólogo	0(0,0)	5 (19,2)	0(0,0)	
Assistente social	0(0,0)	2 (7,7)	0(0,0)	
Enfermeiro Psiquiátrico	0(0,0)	5 (19,2)	0(0,0)	
Terapeuta Ocupacional	1(3,8)	3 (11,5)	1(3,8)	
Outro	0(0,0)	9 (34,6)	0(0,0)	
Tempo que trabalhar em Saúde Mental				0,058
Mais de 10 anos	0(0,0)	4 (15,4)	0(0,0)	
Entre 6 – 10 anos	0(0,0)	1 (3,8)	0(0,0)	
Entre 1 – < 6 anos	0(0,0)	15 (57,7)	0(0,0)	
Menos de 1 ano	1(3,8)	4 (15,4)	1(3,8)	

Fonte: Dados da pesquisa.

¹Teste Exato de Fisher

4.15 Correlação entre os escores gerais das Escalas IMPACTO-BR, PROQoL-BR, EMRI, SATIS-BR

A Tabela 17 ilustra a correlação dos escores gerais das Escalas respondidas pelos profissionais. No que se referiu à correlação, apenas o score PROQoL-BR (B) apresentou significância em BxB ($p=0,001$), BxC ($p=0,023$), BxD ($0,014$).

Tabela 15 – Correlação dos escores gerais das Escalas respondidas por profissionais que trabalham nos CAPS. Floriano (PI) – 2020.

		A	B	C	D
IMPACTO-BR (A)	CC	1,000	,795**	,454*	– ,478*
	P – valor	–	<0,001	0,023	0,014
PROQoL-BR (B)	CC	–	1,000	,373	– ,268
	P – valor	–	–	0,066	0,185
EMRI (C)	CC	–	–	1,000	– ,031
	P – valor	–	–	–	0,883
SATIS-BR (D)	CC	–	–	–	1,000

Fonte: Dados da pesquisa.

*Correlação de Spearman

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização da amostra do estudo e cotidiano de trabalho

Os participantes tinham média de idade de 35,58 anos, casados ou vivendo com companheiros. Metade deles possuía a pós-graduação e a atuação na área da Saúde Mental entre 1 a 6 anos. Houve a predominância da participação de mulheres no trabalho em saúde mental, corroborando a situação de empregabilidade presente em outros estudos (PELISOLI; MOREIRA; KRISTENSEN, 2007; DE MARCO; CITERO; MORAES; NOGUEIRA-MARTINS, 2008; RÉZIO; OLIVEIRA, 2010; CAMILO; BANDEIRA; LEAL; SCALON, 2012; ALVES; GUIDETTI; DINIZ; REZENDE; FERREIRA; ZUFFI, 2013; SANTOS; CARDOSO; VIEIRA; ARAÚJO; FARIAS; MOTA; MONTEIRO; BAHIA, 2011; ARANTES, 2016; MOURA; RONCALLI; NORO, 2016; GONÇALVES; VILELA; TERRA; NOGUEIRA, 2016).

Do ponto de vista da genealogia na assistência à Saúde Mental, sobre a atuação das mulheres, Ramminger e Brito (2008) mencionam que, na época da implantação dos primeiros hospitais de saúde mental no Brasil, somente na década de 1970, outros profissionais da área da saúde e auxiliares se juntaram aos médicos, provocando a divisão sexual e social do trabalho e a hierarquização das funções entre técnicos (nível superior) e auxiliares (nível médio). Enquanto os psiquiatras assumiam a supervisão dos serviços e as atendentes de enfermagem ficavam com as atividades diretas de cuidado, alguns homens cumpriam atividades relacionadas à força e ao porte físico, como a guarda e a vigilância, fato que corrobora as estatísticas que confirmam o cuidado em saúde como um trabalho feminino. Antunes (2006) atribui o fato à facilidade de submissão, à exploração do capital e à aceitação das condições precárias de trabalho.

Sabidamente, da década de 1970 aos dias atuais, a Reforma Psiquiátrica proporcionou a transformação do cuidado ofertado às pessoas com sofrimento psíquico intenso, desenvolvendo estratégias de assistência à população no sentido de inclusão de novas abordagens clínicas, institucionais e sociais para o tratamento do sofrimento psíquico. O rompimento da lógica de isolamento anterior à Reforma é rompida ao desfazer a segregação, favorecer o aprendizado coletivo e a participação social, reconduzindo os usuários a um papel socialmente aceito para

essas pessoas (AMARANTE, 2014), e outros estudos reforçam a necessidade de aquisição de conhecimentos específicos para atuação área de saúde mental para diminuir o sentimento de despreparo para o cuidado, causado pelo descompasso entre o processo formal e a necessidade de formação, conforme afirmação dos participantes (RIBEIRO; MEDEIROS; ALBUQUERQUE; FERNANDES, 2010; PESSOA JÚNIOR; SANTOS; CLEMENTINO; NASCIMENTO; MIRANDA, 2016).

A pesquisa identificou que, durante uma carga horária da equipe, compreendida entre 21 a 30 horas semanais, eles desenvolviam como principal atividade a psicoterapia individual e os cuidados gerais junto aos pacientes (26,9%), enquanto 50,0% deles relataram, no item “outros”, a ocorrência de outras atividades concomitantes. Sobre o horário, é importante ressaltar que houve adaptação devido ao contexto da pandemia, de forma que os atendimentos ocorriam nos turnos manhã e tarde nos CAPS. O CAPS AD encontrava-se, na época, em processo de implantação de acolhimento noturno.

Do ponto de vista das atividades realizadas, a transcrição trouxe como categoria temática o “Cuidado” (ao usuário). Com base nas premissas de Psicodinâmica do Trabalho, pode-se afirmar que o cuidado ao usuário permeia o real e o prescrito do trabalho, conferindo-lhe identidade.

No aguardo do retorno dos instrumentos, inserida como observadora nos serviços por mais tempo, foi possível perceber a imprevisibilidade das atividades (que exigia a reorganização rápida da equipe no atendimento de demandas e deslocamento para atuação e “uso exacerbado de si”). Essa expressão, usada por Ramminger e Brito (2011) para conceituar ações normativas tomadas por trabalhadores para atenderem a demandas mobilizadoras, coloca-se o uso da sua criatividade e da capacidade inventiva (oriundas dos trabalhadores, usuários, familiares ou de outros serviços municipais ou estaduais), numa gestão coletiva. Um trabalho que é sempre uso de si, por si e pelo outro e que, na proposta dos CAPS, ao entrar em conflito com a formação universitária e os gêneros profissionais, confunde esses trabalhadores no que podem ou não fazer, fazendo com que se sintam expostos em suas experiências, associado aos discursos: “autonomia para as coordenadoras”; “uma enfermagem mais ativa e baseada no cuidado integral”; “fortalecimento das atividades de matriciamento”, o que gera o sofrimento inerente à atividade do trabalho.

Sobre essas atividades realizadas nos CAPS, somente 9 dos 26 participantes assinalaram várias alternativas dentre as descritas (psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, psicoterapia familiar, terapia farmacológica, atividades de reabilitação, aconselhamento, cuidados físicos de saúde, cuidados gerais). No item, outros, atividades relatadas como ações de articulação de redes intrasetoriais e intersetoriais, reinserção social, consulta de enfermagem, atendimento individualizado e familiar, visitas domiciliares e institucionais foram citadas como atividades e encontram-se em consonância com a Portaria nº 854/2012.

Na lógica de atenção dos dispositivos de saúde mental, o cuidado deve ser prestado em equipe e sob enfoque interdisciplinar, por meio de oficinas, acolhimento, reuniões de equipes (técnica e de referência), visita domiciliar, atendimento individual aos usuários, aos familiares e cuidadores, participação em assembleias, ações de promoção do autocuidado, mediação a usuários, marcação de consultas médicas e auxílio aos profissionais durante o atendimento, participação em grupos terapêuticos, articulação com outros serviços (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).

Sobre as atividades terapêuticas organizadas no Projeto Terapêutico Singular (PTS) e que têm por objetivo o tratamento e a reabilitação, com vistas a ampliar a autonomia pessoal/social dos usuários, elas devem incluir os saberes dos profissionais envolvidos e romper com o modelo hospitalocêntrico, beneficiando a autonomia do usuário/sujeito e a equipe deve se mobilizar na lógica da clínica ampliada centrada no sujeito e amparada pela organização dos processos de trabalho e da política, pois os CAPS “[...] colocam em especial evidência as inter-relações entre subjetividade, gestão dos processos de trabalho e clínica” (CORRÊA MILHOMEM; GUIMARÃES, 2007, p. XX).

Dentre os estudos realizados com profissionais de saúde mental, no cotidiano dos CAPS, Silva e Costa (2008) inferiram, a partir da observação e da experiência vivida, que, possibilitar espaços para discussões e reflexões das práticas de cuidado entre a equipe permite mudar a atuação do profissional com os colegas, com o trabalho desenvolvido com o usuário e consigo mesmo. Guimarães, Jorge e Assis (2011) sugeriram que transformações na organização dos processos de trabalho, visando a promoção de autonomia para os trabalhadores, trazem como

consequência a oportunidade de criação, implantação e implementação de novos projetos.

5.2 Análise do contexto do trabalho desenvolvido nos CAPS a partir das Escalas IMPACTO-BR e SATIS-BR

De acordo com Maria Augusto, Gonçalves de Freitas e Magnólia Mendes (2014), o contexto de trabalho é o cenário em que se desenvolvem as significações psíquicas e a construção de relações intersubjetivas, mediadas pelas condições e pela organização do trabalho. Esse cenário possibilita o fortalecimento da singularidade do sujeito e influencia o prazer e o sofrimento, que são constitutivos da subjetividade no trabalho. Essas vivências retratam o sentido dado ao trabalho como resultante da interação entre condições subjetivas (dos sujeitos) e objetivas (da realidade de trabalho).

Segundo Dejours (2004), o trabalhador despende energia, individual e coletivamente, na busca por realizar a atividade com eficiência. Assim, ele poderá vivenciar prazer e/ou sofrimento. Caso predomine o sofrimento, poderá utilizar-se de estratégias de mobilização, defensivas ou operatórias.

Analisando os itens 5 a 28, mencionados na escala IMPACTO-BR, o item 13 apresentou frequência de 80,7%, correspondendo a se sentir fisicamente cansado quando termina de trabalhar, evidenciando que os trabalhadores não são passivos diante do sofrimento causado pelas pressões e pela organização do trabalho. Semelhante aos estudos de Pelisoli e Kristensen (2007) e Lima, Araújo, Chaves Neto, Trajano e Braga (2017), foram apontados como componentes dessa sobrecarga e geradores de estresse: alternância da gestão, tipo de usuário-crônico e com tratamento prolongado –, o que pode gerar frustração das expectativas dos profissionais em verificar melhorias nas condições de saúde mental da população atendida, equipe insuficiente, excesso de burocracia e demanda excessiva de usuários.

O trabalho não é lugar só do sofrimento ou só do prazer, mas é proveniente da dinâmica interna das situações e da organização do trabalho, ou seja, é produto dessa dinâmica, das relações subjetivas, das condutas e das ações dos trabalhadores permitidas pela organização do trabalho (MENDES, 1995), e, em

relação à Psicodinâmica do Trabalho, Dejours (1999) aponta que este tanto pode dar origem a processos de alienação, e mesmo de descompensação psíquica, como pode ser fonte de saúde e instrumento de emancipação.

O grau de satisfação da equipe em relação às condições de trabalho aferido pela escala SATIS-BR obteve o maior escore, o que pode ser justificado por meio da mobilização subjetiva, caracterizada pelo engajamento da subjetividade do trabalhador e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho que passa pela dinâmica contribuição-retribuição simbólica (que pressupõe o reconhecimento do fazer do trabalhador) e uma operação simbólica de resgate do sentido do trabalho e os resultados obtidos divergem de outros estudos que a revelaram mais negativa (ALVES, 2016; ARANTES; SOUSA; ALMEIDA, 2016; BOSQUE; OLIVEIRA; SILVA; CLARO; FERNANDES, 2017; BUESSO; BARBOSA, 2019). Nos CAPS visitados, essa subjetividade traz o sentido do trabalho (de prazer e/ou sofrimento) compartilhado pelo grupo pelas boas relações pessoais.

No entendimento de Maria Augusto, Goncalves de Freitas e Magnólia Mendes (2014), a mobilização tem sua fonte de energia na cólera contra o sofrimento e a injustiça, considerados intoleráveis. Para a psicodinâmica do trabalho, ao confrontar o real do trabalho, o sujeito experiência inevitavelmente o sofrimento, e a condição necessária para a transformação do sofrimento em prazer. O reconhecimento da utilidade de seu trabalho nos CAPS e de seu pertencimento ao coletivo constitui contribuição compartilhada; o sofrimento (compartilhado) é causado pela precariedade das condições do trabalho.

5.3 Avaliação da equipe aferida através das Escalas PROQoL-BR e EMRI

O estudo constatou, entre os profissionais participantes, a existência de equilíbrio na Qualidade de Vida Profissional. As experiências que caracterizaram a Fadiga por Compaixão (FC) foram auferidas em dois profissionais, prevaleceram as experiências positivas de Satisfação por Compaixão (SC), indicando o prazer pelo envolvimento emocional e afetivo aos usuários. O esgotamento emocional e a frustração com o trabalho e suas condições (BO) foram mencionados durante o preenchimento dos itens qualitativos da escala IMPACTO-BR. Embora a fadiga por compaixão não conste oficialmente na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) ou no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), para

fins de pesquisa, os resultados podem ser interpretados como reflexos de que há compromisso e empenho profissional devido a pontuações de satisfação por compaixão alta.

A avaliação da empatia auferida pela escala EMRI demonstrou um alto índice de angústia pessoal. Analisando esse achado, comparando-o com os relatos obtidos na escala SATIS-BR, pode-se concluir que o coletivo procura tornar o trabalho um espaço de troca de informações e deliberações para dar sentido a algo que gera angústia, justamente porque está fora de sua lógica do trabalho. Esse espaço permite o reconhecimento de seu próprio trabalho e o dos outros, mantendo a integridade psíquica e a identidade. Sobre a angústia pessoal, embora não haja consenso entre os pesquisadores sobre a diferença do gênero, em um estudo que utilizou escalas autoavaliativas, as mulheres atingiram escores mais elevados que os homens (SAMPAIO; CAMINO; ROAZZI, 2009). Esse processo aumentaria a propensão dos profissionais à exaustão emocional, pela atribuição a si dos sentimentos vividos pelos pacientes (THIRIOUX; BIRAULT; JAAFARI, 2016).

5.4 Análise do contexto do trabalho a partir dos relatos pessoais

Segundo Uchida, Lancman e Sznelwar (2010, p. 196), o trabalho é:

Um elemento central na constituição da saúde, identidade e o principal elo entre os indivíduos e sociedade [...] compreender a importância do trabalho e seus efeitos sobre a psique significa dar visibilidade aos aspectos subjetivos mobilizadas no ato de trabalhar.

Na perspectiva dejouriana, a saúde no trabalho é constituída pela utilização dos recursos internos e externos para transformação do sofrimento na busca pelo prazer e realização, são as chamadas estratégias que mobilizam os trabalhadores de maneira individual ou coletiva, estabelecendo uma relação mais gratificante com o trabalho e buscando o reconhecimento, fator essencial no processo de construção da identidade do trabalhador (MENDES, 2007). Quando o trabalhador se engaja no trabalho, ele consegue fazer uso da subjetividade, da inteligência prática e do coletivo de trabalho para transformar os fatores da organização do trabalho causadores de sofrimento (DEJOURS, 2004).

Embora, pelas questões de distanciamento social, não possa ter havido supervisão mais atenta, ao resgatar os formulários, a leitura dos dados empíricos, atribuídos às perguntas da escala SATIS-BR, foi possível verificar os mecanismos que fazem parte da saúde mental do trabalhador. Na interação das boas relações interpessoais e intrapessoais, os trabalhadores de saúde mental constroem, coletivamente, a sua satisfação com o cuidado e no coletivo. Esse trabalho precisa de regras para que as funções possam ser executadas e para que haja relação de responsabilidade no cuidado prestado.

O reconhecimento do trabalho pôde ser constatado pelo altruísmo em ajudar os usuários, sendo a retribuição apontada como saber que faz a diferença no serviço. A ausência do reconhecimento foi explicitada ao se referirem à “quebra de acordos estabelecidos”, o que constitui uma forma de sofrimento e adoecimento.

Em relação a isso, a ergonomia diferencia a tarefa da atividade; na tarefa há a orientação básica dada ao profissional para delimitar as suas atribuições e como ele deve proceder para executá-las. Determinada pela organização, a tarefa antecipa as condições que o indivíduo dispõe, de modo a alcançar um resultado preestabelecido nas diferenças entre os perfis dos profissionais; ela é essencial, pois, quando se delimita a atividade, se dá a permissão para o sujeito agir. Sem uma definição mínima da tarefa, impõe-se ao sujeito a paralisia que o impede de determinar os cursos que sua ação deve seguir, enquanto a atividade comporta as estratégias de adaptação à situação real de trabalho. O sujeito, então, precisa se adequar às imposições que lhe são feitas pela tarefa e, ao mesmo tempo, lidar com as contingências que o contexto traz (SILVA; NUNES; SANTANA; REIS; MACHADO NETO; LIMA, 2015).

O principal elemento ligado ao desenho da função, que Dejours (2004) denomina de trabalho prescrito, diz respeito à autonomia ou ao nível de controle no que tange ao seu exercício; ele ajuda a evitar a monotonia da tarefa a ser executada, assegura a essa um nível adequado de complexidade, dota de clareza o que deve ser feito e proporciona transparência quanto ao desempenho alcançado. Já durante a execução da função, que Dejours (2004) chama de trabalho real, poder-se-ia ajustar o desenho original, incluindo melhorias nas atividades que contribuam para a felicidade no trabalho. As relações de autonomia constituem-se

em vínculos de confiança e satisfação entre os trabalhadores, conforme relato dos participantes.

Para a Psicodinâmica do Trabalho, o prazer pode ser vivenciado em condições precárias, ratificado pelo discurso dos depoentes sobre o que mais gostavam no serviço, já que a convivência, apesar da precária organização do trabalho mencionada nos parágrafos anteriores, permite que se desenvolvam ações de natureza prática, do espaço público da fala e da cooperação, adquirindo sentido na construção da identidade no trabalho, participando na impressão de sua marca pessoal no meio social no qual está inserido (DEJOURS, 1999), por meio:

“Da interação entre a equipe e da dinâmica de trabalho exercida a instituição”. (P15)

“Do acolhimento”. (P17)

“Do companheirismo e autonomia que tenho no serviço”. (P18)

“De me sentir útil, então, quando, de alguma forma, eu ajudo o usuário pelo mínimo que seja, fico muito satisfeita”. (P20)

“De conversar com os pacientes”. (P22)

“Da confiança depositada no meu trabalho por meus superiores e a autonomia para desenvolvê-lo”. (P23)

“Do trabalho em equipe, das reuniões técnicas, do compartilhamento dos casos”. (P32)

“Da integração da equipe e resolutividade”. (P34)

“Da união e engajamento da equipe, bem como o respeito da direção à particularidades de cada um. A possibilidade de poder ajudar as pessoas, conhecendo suas fragilidades e aprendendo sobre a vida e suas infinitas possibilidades. Aprender como profissional e ser humano”. (P26)

As demandas geradas pelo “Cuidado” e relacionadas ao autocuidado vieram acompanhadas por relatos de sofrimento, medo e necessidade de atenção à saúde:

“Um cuidado mais assistencial aos profissionais que atuam no serviço”. (P26)

“Melhorar o ambiente”. (P16)

“Amparo dos profissionais”. (P31)

“Tenho medo de ser agredida”. (P26)

Embora haja o discurso de satisfação com o trabalho e lhe seja atribuído o sentido do cuidado, a formação contínua para atuar nos serviços de base comunitária é também apontada como primordial, na perspectiva de mudança ao antigo modelo hospitalocêntrico, por meio de:

[...] capacitação multiprofissional, fortalecimento do matriciamento, intercâmbio com outros CAPS do Piauí”. (P16)

[...] cursos de especialização, capacitação”. (P26)

“[...] diminuir a conteudização da Psiquiatria”. (P26)

Em relação à repercussão emocional, a análise dos dados identificou que a atuação nos CAPS não lhes afetou a saúde física, de modo que não procuraram médicos, nem aumentaram o uso de medicações para o cuidado de si. Não se sentiram estressados ou precisaram se afastar por doença relacionada ao estresse; o contato com o usuário não lhes afetou a estabilidade emocional, fato que os permitia terem relacionamentos familiares mais satisfatórios e não se sentirem deprimidos por terem uma vida social atuante (ALVES; GUIDETTI; DINIZ; REZENDE; FERREIRA; ZUFFI, 2013).

Em função de alterações de sono ou repouso, mencionaram, além da ausência, não precisarem de ajuda profissional para lidar com problemas emocionais causados pelo trabalho; relataram, inclusive, que raramente tinham mais problemas ou queixas físicas desde que começaram a trabalhar ou pensavam em mudar seu campo de atuação.

Sobre a segurança, a maioria não sentia muito receio de ser fisicamente agredidos pelos usuários, estressados pelo trabalho exercido e não acreditavam que outro tipo de emprego os faria se sentirem mais saudáveis. E, embora tenham afirmado estarem mais ou menos cansados, frustrados ou sobrecarregados quanto ao seu desempenho no serviço, sentiam-se muito satisfeitos em relação à sua participação, felizes, animados após atenderem aos usuários, apoiados pelas próprias crenças e satisfeitos por se manterem atualizados e orgulhosos em poderem ajudar.

Satisfeitos, se sentiam capazes de ajudar as pessoas ligadas a eles, gostavam de ajudá-las, conservando sua integridade ética, conseguiam sempre ser a pessoa que desejavam. Essa satisfação proporcionava bons pensamentos em relação aos usuários, os levava a acreditarem fazer a diferença, terem orgulho no que poderiam fazer para ajudar e sentiam-se, por isso, bem-sucedidos e, especialmente, felizes pelo trabalho nos CAPS, asseverando um alto escore na Satisfação por Compaixão.

6 CONCLUSÃO

A análise descritiva da Escala IMPACTO-BR indicou poucos efeitos da sobrecarga de trabalho na equipe, porém as repercussões emocionais apresentaram os maiores escores de sobrecarga; a avaliação da satisfação da equipe em relação às condições de trabalho, determinada pela Escala SATIS-BR, apresentou escore significativo, que pode ser influenciado pela afetividade firmada entre a equipe e a percepção de excelente qualidade em seu trabalho. Embora não caiba generalização, diante do quantitativo dos participantes, pode-se ponderar que, para eles, as relações interpessoais e o engajamento no cenário dos CAPS podem ter se constituído em estratégias defensivas coletivas que minimizam, o possível adoecimento causado pelo excessivo “uso do eu” no cuidado em saúde mental.

Em relação à Escala PROQoL-BR, a equipe apresenta moderada qualidade de vida, diante das respostas mencionadas nas questões da escala SATIS-BR. No que concerne às sugestões de melhoria nos serviços, assinala-se a necessidade de aprofundar os estudos na temática, por meio de pesquisa-ação e com populações maiores, para melhor observação da saúde mental associada a situações de trabalho dos profissionais e suas atitudes para o autocuidado.

Os itens “Angústia pessoal” e “Consideração Empática”, pela Escala EMRI, apresentaram escores mais significativos. A angústia pessoal diz respeito às sensações de incômodo vivenciadas em situações tensas e de urgência; e a consideração empática está ligada à motivação para ajudar as pessoas. Essas dimensões afetivas de empatia podem estar associadas ao favorecimento de usuários, baseando-se em crenças e valores individuais, à tendência a não favorecer usuários com menor nível de necessidade durante o atendimento e, principalmente, a autocobrança diante da impossibilidade de prestar cuidados mais abrangentes.

Contrariando a hipótese inicial de que o trabalhador apresenta Fadiga por Compaixão, o estudo pôde aferir que a equipe apresenta Satisfação por Compaixão que, quando avaliada à luz dos domínios da empatia e à relação com o trabalho exercido nos cenários, a “Angústia pessoal” e a “Consideração empática” exigem aspectos emocionais que podem predispor os transtornos mentais comuns,

sinalizados pelo cansaço ao final da jornada e a interferência da gestão diante de processos decisórios determinados pelo coletivo de trabalhadores.

Como contribuições diretas, a pesquisa permitiu avaliar: (1) as condições de trabalho na saúde mental, contemplando a dinâmica intersubjetiva inerente à produção do cuidado a partir da teoria da Psicodinâmica do Trabalho; (2) a satisfação e a insatisfação com o trabalho na Saúde Mental; (3) as condições de saúde emocional (empatia) implicadas no contexto da produção do cuidado.

Como implicações para a Enfermagem do Trabalho, os instrumentos, utilizados para o levantamento de dados, conseguiram identificar os fatores que causam o estresse no ambiente do trabalho, permitindo, pelos relatos escritos, verificar que há a percepção da necessidade do autocuidado à saúde mental, ao bem-estar e de intervenções voltadas ao gerenciamento do cuidado da equipe.

Para pesquisas futuras, uma melhor articulação em outros serviços de saúde mental, com abordagem na escuta psicológica e que permita envolver as variáveis qualitativas da organização do trabalho, a compreensão dos estilos de gestão, a identificação do sofrimento e outras dimensões aplicáveis ao contexto de trabalho, devem ser investigadas por não terem sido alcançadas pelos instrumentos propostos.

Os resultados apontam importantes implicações para a concepção e a execução dos programas de avaliação do serviço pelos profissionais e usuários, intervenções em saúde voltadas ao gerenciamento das emoções dos profissionais da RAPS realizadas periodicamente no ambiente laboral e em pequenos grupos. Alertam, ainda, para as condições de infraestrutura do trabalho, isso se traduz na necessidade de mais investimentos na estrutura física dos serviços, adequação do número de recursos humanos e materiais para atender, prescrição dos serviços, para que se atenda de maneira satisfatória a demanda de usuários.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D. V. de; RIBEIRO JÚNIOR, N. Ética, alteridade e saúde: o cuidado como compaixão solidária. **Rev Bioethikos**, v. 4, n. 3, p. 337-342, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/78/Art11.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2020.
- ALVES, A. P.; GUIDETTI, G. E. C. B.; DINIZ, M. A.; REZENDE, M. P.; FERREIRA, L. A.; ZUFFI, F. B. Avaliação do impacto do trabalho em profissionais de saúde mental de uma instituição psiquiátrica. **REME rev. min. enferm**, v. 17, n. 2, p. 424-428, 2013. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130032>. Acesso em: 27 dez. 2020.
- ALVES, S. R.; SANTOS, R. P. dos; GIMENES, R. M. T.; YAMAGUCHI, M. U. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem em saúde mental. **Rev Rene**, v. 17, n. 5, p.684-690, 2016. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000500014>. Acesso em: 25 dez. 2020.
- AMARANTE, P. D. de C. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: ESCOREL, S.; LOBATO, L. D. V. C.; NORONHA, J. C. D.; CARVALHO, A. I. D. Carvalho (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Editora da Fundação Oswaldo Cruz, 2014. p. 635-655.
- AMBRÓSIO, G. **Perícia psicológica na Justiça do Trabalho**: o problema do nexo entre o transtorno mental e o trabalho. 2019. 260f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.47.2019.tde-19072019-155423>. Acesso em: 25 dez. 2020.
- ANJOS FILHO, N. C. dos; SOUZA, A. M. P. de. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface**, v. 21, n. 60, p. 63-76, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0428>. Acessos em: 02 jan. 2021.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estud. psicol. (Natal)**, v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>. Acesso em: 25 out. 2020.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 11. ed. São Paulo (SP): Cortez, 2006.
- ARANTES, I. da S. **Avaliação da satisfação profissional dos servidores em saúde mental**. 2016. 78f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2016. Disponível em: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/3030/1/ISRAEL%20DA%20SILVA%20ARANTES.pdf>. Acesso em: 25 dez. 2020.
- ARANTES, I. da S.; SOUSA, I. F. de; ALMEIDA, R. J. de. Avaliação da satisfação profissional de trabalhadores em Saúde Mental. **Esp saúde**, v. 17, n. 1, p. 92-100, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2016v17n1p93>. Acesso em: 25 dez. 2020.

ATHAYDE, M. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 989-990, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300039>. Acesso em: 26 dez. 2020.

AVELINO, D. C.; SILVA, P. M. de C.; COSTA, L. de F. P.; AZEVEDO, E. B. de; SARAIVA, A. M.; FERREIRA FILHA, M. de O. Trabalho de enfermagem no centro de atenção psicossocial: estresse e estratégias de coping. **Rev Enferm UFSM**, v. 4, n. 4, p. 718-726, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769214163>. Acesso em: 06 out. 2020.

AZEVEDO, D. da S.; FERRAZ, M. M. M.; FERREIRA, R. de S. A.; LIRA, J. A. C.; AMORIM, S. M. R.; VELOSO, L. U. P. Risco de síndrome de burnout em enfermeiros da saúde mental. **Rev enferm UFPE on line**, v. 13, n. 1, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241609>. Acesso em: 30 dez. 2020.

AZEVEDO, S. M. L. de; MOTA, M. M. P. E. da; METTRAU, M. B. Empatia: perfil da produção científica e medidas mais utilizadas em pesquisa. **Est Inter Psicol.**, v. 9, n. 3, p. 3-23, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000400007>. Acesso em: 23 set. 2020.

BANDEIRA, M.; ISHARA, S.; ZUARDI, A. W. Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade de construto das escalas SATIS – BR e IMPACTO – BR. **J Bras Psiquiatr**, v. 56, n. 4, p. 280-286, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000400007>. Acesso em: 09 jul. 2020.

BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. Escalas brasileiras de avaliação da satisfação (SATIS – BR) e da sobrecarga (IMPACTO – BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. **J Bras Psiquiatr**, v. 49, n. 4, p. 105-115, 2000. Disponível em: [https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/lapsam/Artigos%20digitalizados/Escalas%20brasileiras%20de%20avaliacao%20da%20satisfacao%20\(SATIS-BR\)%20e%20da%20sobrecarga%20\(IMPACTO-BR\)%20da%20equipe%20tecnica%20em%20servicos%20de%20saude%20mental.PDF](https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/lapsam/Artigos%20digitalizados/Escalas%20brasileiras%20de%20avaliacao%20da%20satisfacao%20(SATIS-BR)%20e%20da%20sobrecarga%20(IMPACTO-BR)%20da%20equipe%20tecnica%20em%20servicos%20de%20saude%20mental.PDF). Acesso em: 03 fev. 2020.

BANDEIRA, M.; SILVA, M. A. da. Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS – BR): estudo de validação. **J Bras Psiquiatr**, v. 61, n. 3, p. 124-132, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000300002>. Acesso em: 11 ago. 2020.

BARBOSA, S. da C. SOUZA, S.; MOREIRA, J. S. A Fadiga por Compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, v. 14, n. 3, p. 315-323, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 set. 2020.

BARBOSA, V. F. B.; MARTINHAGO, F.; HOEPFNER, Â. M. da S.; DARÉ, P. K.; CAPONI, S. N. C. de. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde Debate**, v. 40, n. 108, p. 178-189,

2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080015>. Acesso em: 03 fev. 2019.

BENETTI, E. R. R.; STUMM, E. M. F.; WEILLER, T. H.; BATISTA, K. de M.; LOPES, L. F. D.; GUIDO, L. de A. Estratégias de Coping e características de trabalhadores de enfermagem de hospital privado. **Rev Rene**, v. 16, n. 1, p. 3-10, 2015. Disponível em <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000100002>. Acesso em: 26 jan. 2020.

BERNARDO, M. H. Flexibilização do discurso de gestão como estratégia para legitimar o poder empresarial na era do toyotismo: uma discussão a partir da vivência de trabalhadores. **Cad psicol soc trab.**, v. 12, n. 1, p. 93-109, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v12i1p93-109>. Acesso em: 02 nov. 2020.

BERNARDO, M. H.; GARBIN, A. de C. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. **Rev bras saúde ocup**, v. 36, n. 123, p. 103-117, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000100010>. Acesso em: 02 out. 2020.

BERNARDO, M. H.; NOGUEIRA, F. R. C.; BÜLL, S. Trabalho e saúde mental: repercussões das formas de precariedade objetiva e subjetiva. **Arq bras psicol.**, v. 63, n. spe, p. 83-93, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000300009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 mai. 2020.

BOSQUE, R. M.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, N. N.; CLARO, H. G.; FERNANDES, I. F. de A. L. Satisfação dos trabalhadores, usuários e familiares dos centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas. **Rev enferm UFPE on line**, v. 1, supl. 11, p. 4598-606, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201708>. Acesso em: 25 dez. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.213/1991, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jul. 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em: 25 mai. 2020.

BRASIL. Decreto nº 3.048/1999, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 mai. 1999a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm. Acesso em: 25 mai. 2020.

BRASIL. Portaria nº 1339/1999, de 18 de novembro de 1999. Institui a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico, constante no Anexo I desta Portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 nov. 1999b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html. Acesso em: 11 mai. 2020.

BRASIL. Portaria nº 777/2004, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 abr. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0777_28_04_2004.html. Acesso em: 25 mai. 2020.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência Social. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho**: AEAT 2014. vol. 1 (2009). Brasília, DF: MTPS, 2014. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/09/AEAT-2017.pdf>. Acesso em: 03 out. 2020.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência Social. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho**: AEAT 2016. vol. 1 (2009). Brasília, DF: MTPS, 2016. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/04/AEAT-2016.pdf>. Acesso em: 03 out. 2020.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência Social. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho**: AEAT 2017. vol. 1 (2009). Brasília, DF: MTPS, 2017c. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/09/AEAT-2017.pdf>. Acesso em: 03 out. 2020.

BRASIL. Portaria nº 1.261/2010, de 05 de maio de 2010. Institui os Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil – SIPEC da Administração Pública Federal sobre a saúde mental dos servidores. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 mai. 2010. Disponível em: http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/ORGAOS/Min_Div/MPOG_Port1261_10.html. Acesso em: 27 jun. 2020.

BRASIL. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jan. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 11 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Economia. **Estatística de Acidentes do Trabalho 2013**. Brasília: Ministério da Economia, 2013. Disponível em: <http://www.antigo.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeat-2013/estatisticas-de-acidentes-do-trabalho-2013/>. Acesso em: 25 out. 2020.

BRASIL. Portaria nº 3.588/2017, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 dez. 2017d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt358822122017.html>. Acesso em: 25 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2017a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc000303102017.html>. Acesso em: 03 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 set. 2017b. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/PortariaConsolidacao628SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 03 out. 2020.

BRASIL. **Nota técnica nº 11/2019 – CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 03 out. 2020.

BRASIL. Decreto nº 10.410/2020, de 30 de junho de 2020. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jun. 2020a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.410-de-30-de-junho-de-2020-264503344>. Acesso em: 03 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Economia. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho – AEAT**. Brasília: Ministério da Economia, 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/assuntos/saude-e-seguranca-do-trabalhador/dados-de-acidentes-do-trabalho>. Acesso em: 25 out. 2020.

BUESSO, T. S.; BARBOSA, G. C. O impacto da sobrecarga de trabalho e a satisfação do trabalhador em saúde mental. **Saúde**, v. 45, n. 2, p. 1-13, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2236583429678>. Acesso em: 25 dez. 2020.

CABRAL, L. A. A.; SOLER, Z. A. S. G.; WYSOCKI, A. D. Pluralidade do nexos causal em acidente de trabalho/doença ocupacional: estudo de base legal no Brasil. **Rev bras saúde ocup**, v. 43, n. 1, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000021516>. Acesso em: 27 set. 2020.

CAMILO, C. A.; BANDEIRA, M.; LEAL, R. M. de A. C.; SCALON, J. D. Avaliação da satisfação e sobrecarga em um serviço de saúde mental. **Cad saúde colet.**, v. 20, n. 1, p. 82-92, 2012. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_1/artigos/CSC_v20n1_82-92.pdf. Acesso em: 25 dez. 2020.

CARVALHO, E. H. de; OLIVEIRA, C. R. P. F. de; PINTO, R. M. F. Síndrome de burnout e a invisibilidade dos problemas de saúde mental do trabalhador. **UNISANTA**, v. 7, n. 3 p. 259-274, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unisanta.br/index.php/lss/article/view/1713/1410>. Acesso em: 30 dez. 2020.

CHAVES, L. B.; SOUZA, T. F. de; SILVA, M. V. C. da; OLIVEIRA, C. F. de; LIPP, M. E. N.; PINTO, M. L. Estresse em universitários: análise sanguínea e qualidade de vida. **Rev bras ter cogn.**, v. 12, n. 1, p. 20-26, jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20160004>. Acesso em: 30 dez. 2020.

CHIAVENATO, I. **Administração geral e pública**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

CLODOALDO, S. dos S.; BARBOSA, G. C.; OLIVEIRA, M. A. F. de. Satisfação dos Trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas. **Rev Uningá**, v. 52, n.1, p.12-17, 2017. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1390/1006>. Acesso em: 25 dez. 2020.

CONDE, A. F. C.; CARDOSO, J. M. M.; KLIPAN, M. L. Panorama da psicodinâmica do trabalho no Brasil entre os anos de 2005 e 2015. **Rev Interinst Psicol.**, v. 12, n. 1, p. 19-36, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019120103>. Acesso em: 26 dez. 2020.

CORRÊA MILHOMEM, M. A. G.; GUIMARÃES, A. B. de O. O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n.1, p. 101-108, 2007. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/8277/5786>. Acesso em: 16 dez. 2020.

COSTA, A.; SILVEIRA, M.; VIANNA, P.; SILVA-KURIMOTO, T. Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Rev Port Enferm Saúd Mental**, n. 7, p. 46-53, 2012. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602012000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 out. 2020.

COUTINHO, D. C. M.; SANTOS, R. dos. O trabalho do/a assistente social na saúde mental: atribuições privativas e competências profissionais em debate. **Rev EDUC**, v. 3, n. 1, p. 93-105, 2016. Disponível em: <http://uniesp.edu.br/sites/biblioteca/revistas/20170608151751.pdf>. Acesso em: 23 out. 2020.

DE MARCO, P. F.; CITERO, V. de A.; MORAES, E.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. **J Bras Psiquiatr**, v. 57, n. 3, p. 178-183, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852008000300004>. Acesso em: 25 dez. 2020.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.

DEJOURS, C. **O fator humano**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

DIAS, E. N.; PAIS-RIBEIRO, J. L. O modelo de *coping* de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. **Rev Psicol Saúde**, v. 11, n. 2, p. 55-66, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>. Acesso em: 30 dez. 2020.

DURAN, E. C. M.; ROBAZZI, M. L. do C. C.; MARZIALE, M. H. P. Conhecimento de enfermagem em saúde do trabalhador oriundo de dissertações e teses. **Rev gaúch enferm**, v. 28, n. 3, p. 416-423, 2007. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4697>. Acesso em: 31 out. 2020.

FARO, A.; PEREIRA, M. E. Medidas do estresse: uma revisão narrativa. **Psic., Saúde & Doença**, v. 14, n. 1, p. 101-124, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v14n1/v14n1a07.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2019.

FERNANDES, M. A.; SALES, J. V. de S.; FEITOSA, C. D. A.; COSTA, R. dos S.; VIEIRA, C. P. de B.; SILVA, J. S. e. Benefícios previdenciários por transtornos mentais e comportamentais em trabalhadores do Piauí em 2014. **Rev Bras Enferm**, v. 17, n. 1, p. 99-105, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5327/Z1679443520190309>. Acesso em: 27 jun. 2020.

FERNANDES, M. A.; RIBEIRO, H. K. P.; SANTOS, J. D. M.; MONTEIRO, C. F. de S.; COSTA, R. dos S.; SOARES, R. F. S. Prevalência dos transtornos de ansiedade como causa de afastamento de trabalhadores. **Rev Bras Enferm**, v. 71, suppl 5, p. 2344-2351, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0953>. Acesso em: 26 jan. 2020.

FERNANDES, M. A.; SANTOS, J. D. M.; MORAES, M. M. V. de; LIMA, J. S. R.; FEITOSA, C. D. A.; SOUSA, L. F. C. Transtornos mentais e comportamentais em trabalhadores: estudo sobre os afastamentos laborais. **Rev esc enferm USP**, v. 52, n. 1, p. 1-8, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017036403396>. Acesso em: 27 jun. 2020.

FERNANDES, M. A.; MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais e adoecimento de trabalhadores em saúde mental. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n. 6, p. 539-547, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-019420100088>. Acesso em: 02 nov. 2020.

FERREIRA, C. A. A.; NETO, M. T. R.; KILIMNIK, Z. M.; SANTOS, A. S. dos. O contexto do estresse ocupacional dos trabalhadores da saúde: estudo bibliométrico. **Rev gest sist saúde**, v. 5, n. 2, p. 84-99, 2016. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/233>. Acesso em: 30 out. 2020.

FIGLEY, C. R. **Compassion fatigue**: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel, 1995.

FILGUEIRAS, J. C.; HIPPERT, M. I. S. A polêmica em torno do conceito de estresse. **Psicol cienc prof**, v. 19, n. 3, p. 40-51, 1999. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931999000300005>. Acesso em: 16 jul. 2019.

FORMIGA, N. S. A Mensuração da Empatia: Propriedade Psicométrica da Consistência de sua Estrutura Fatorial. **Bol Acad Paulista de Psicologia**, v. 33, n. 84, p. 41-52, 2013a. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94632386005>. Acesso em: 13 abr. 2020.

FORMIGA, N. S. Os jovens e o reconhecimento da empatia: análise descritiva da reatividade interpessoal em jovens de diferentes contextos sociais. **Rev Psicologia**, v. 4, n. 1, p. 75-82, 2013b. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/792>. Acesso em: 02 nov. 2020.

FORMIGA, N. S. Um estudo intracultural da consistência estrutural da escala multidimensional de reatividade interpessoal (EMRI). **Salud & Sociedad**, v. 3, n. 3, p. 251-262, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-74752012000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2020.

FORMIGA, N. S.; ROCHA, M.; SOUZA, M.; STEVAM, J., FLEURY, L. F. Confiabilidade da escala multidimensional de reatividade interpessoal (EMRI) no contexto brasileiro. **Rev Psicol – GEPU**, v. 5, n. 2, p. 1-14, 2014. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6916354&orden=0&info=link>. Acesso em: 28 dez. 2020.

FORMIGA, N. S.; GALVÃO, L. de S.; SANTOS; M. da S.; CAMINO, C. dos S. Consistencia estructural de la Escala Multidimensional de Reactividad Interpersonal: un estudio con jóvenes civiles y militares. **Eureka**, v. 9, n. 2, p. 171-184, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262012000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2020.

FORMIGA, N. S.; ROCHA, M. C. O.; PINTO, A. de S. S.; REIS, D. A. dos; COSTA, S. M. da S.; LEIME, J. Fidedignidade da estrutura fatorial da Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI). **Est Inter Psicol.**, v. 4, n. 1, p. 64-79, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072013000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2020.

FORMIGA, N. S.; SAMPAIO, L. R.; GUIMARÃES, P. R. B. Quantas dimensões mensuram e empatia? Evidência empírica da Escala Multidimensional da Reatividade Interpessoal em brasileiros. **Eureka**, v. 12, n. 1, p. 94-105, 2015. Disponível em: <http://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-12-1-14.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2020.

FORMIGA, N. S.; TAVARES, G. S.; VASCONCELOS, G. M. de. Verificação empírica da estrutura fatorial da EMRI em jovens religiosos e leigos. **Psic Rev.**, v. 22, n. 2, p. 177-195, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/17988/13354>. Acesso em: 26 jan. 2020.

FRANZA, F.; DEL BUONO, G.; PELLEGRINO, F. Psychiatric caregiver stress: clinical implications of compassion fatigue. **Psychiatr Danub.**, v. 1, suppl 1, p. 321-7, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26417788/>. Acesso em: 13 abr. 2020.

FRUTUOSO, J. T.; CRUZ, R. M. Mensuração da carga de trabalho e sua relação com a saúde do trabalhador. **Rev Bras Med Trab**, v. 3, n. 1, p. 29-36, 2005. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v3n1a05.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2020.

FURTADO, R. P.; CAVALARI NETO, R.; RIOS, G. B.; MARTINEZ, J. F. N.; OLIVEIRA, M. F. M. de. Educação física e saúde mental: uma análise da rotina de trabalho dos profissionais dos CAPS de Goiânia. **Movimento**, v. 22, n. 4, p. 1077-1090, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.62158>. Acesso em: 30 out. 2020.

FURTADO, R. P.; AZEVEDO, M. da C.; NEVES, R. L. de R.; VIEIRA, P. S. O trabalho do professor de educação física nos CAPS de Goiânia: identificando as oficinas terapêuticas. **Rev Bras Ciênc Esporte**, v. 40, n. 4, p. 353-360, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2018.04.015>. Acesso em: 27 set. 2020.

GAULEJAC, V. de. **Gestão como doença social**: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. São Paulo: Ideias e letras, 2007.

GERMER, C. K.; NEFF, K. D. Self-Compassion in Clinical Practice. **J Clin Psychol.**, v. 69, n. 8, p. 856-867, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jclp.22021>. Acesso em: 25 de dezembro de 2020.

GIONGO, C. R.; MONTEIRO, J. K.; SOBROSA, G. M. R. Psicodinâmica do trabalho no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Temas psicol.**, v. 23, n. 4, p. 803-814, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2015.4-01>. Acesso em: 15 ago. 2020.

GOMES, Â. M. de. **Ministério do Trabalho**: uma história vivida e contada. Rio de Janeiro: CPDOC, 2007.

GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciênc saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>. Acesso em: 26 out. 2020.

GONÇALVES, A. M.; VILELA, S. de C.; TERRA, F. de S.; NOGUEIRA, D. A. Atitudes e o prazer/sofrimento no trabalho em saúde mental. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 2, p. 266-274, 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690209j>. Acesso em: 25 dez. 2020.

GUIMARAES, 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. **Ciênc**

saúde coletiva, v. 16, n. 4, p. 2145-2154, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400014>. Acesso em: 01 jan. 2021.

HASLAM, D. More than kindness. **J Compas Health Care**, v. 2, n. 6, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40639-015-0015-2>. Acesso em: 02 nov. 2020.

HUNT, P.; DENIEFFE, S.; GOONEY, M. G. Running on empathy: Relationship of empathy to compassion satisfaction and compassion fatigue in cancer healthcare professionals. **Eur J Cancer Care (Engl)**, v. 28, n. 5, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ecc.13124>. Acesso em: 02 nov. 2020.

ISHARA, S.; BANDEIRA, M.; ZUARDI, A. W. Equipes de serviços psiquiátricos públicos: avaliação da satisfação. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 30, n.1, p. 38-41, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000064>. Acesso em: 22 out. 2020.

KELLY, L.; RUNGE, J.; SPENCER, C. Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Acute Care Nurses. **J Nurs Scholarsh.**, v. 47, n. 6, p. 522-528, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jnu.12162>. Acesso em: 25 dez. 2020.

KOLLER, S. H.; CAMINO, C.; RIBEIRO, J'. Adaptação e validação interna de duas escalas de empatia para uso no Brasil. **Estud psicol**, v. 18, n. 3, p. 43-53, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2001000300004>. Acesso em: 19 dez. 2020.

LAGO, K. C. **Compaixão e trabalho: como sofrem os profissionais de saúde**. 2013. 189f. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/14514>. Acesso em: 04 set. 2020.

LAGO, K. C. **Fadiga por compaixão: quando ajudar dói**. 2008. 210f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/1291>. Acesso em: 04 set. 2020.

LAGO, K. C.; CODO, W. **Fadiga por Compaixão: o sofrimento dos profissionais em saúde**. Petrópolis: Vozes, 2010.

LAGO, K.; CODO, W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. **Estud. psicol.**, v. 18, n. 2, p. 213-221, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2013000200006>. Acesso em: 04 set. 2020.

LAMPERT, C. D. T.; SCORTEGAGNA, S. A. Subjetividade e empatia no trabalho do cuidado. **Rev Estud Organiz Socied**, v. 2, n. 5, p. 756-786. Disponível em: <https://doi.org/10.25113/farol.v2i5.3133>. Acesso em: 26 set. 2020.

LARSON, E. B.; YAO, X. Clinical e empathy as emotional labour in the patient-physician relationship. **JAMA.**, v. 293, n. 9, p. 1-9, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.293.9.1100>. Acesso em: 10 jan. 2020.

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. **Psicol. teor. prat**, v. 14, n. 1, p. 15-25, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 ago. 2020.

LIMA, L. K. S. de; ARAÚJO, P. R. dos S.; CHAVES NETO, G.; TRAJANO, F. M. P.; BRAGA, J. E. F. Fatores apontados por profissionais como desencadeadores de ansiedade em Centros de Atenção Psicossocial do município de Cabedelo. **Rev bras ciênc saúde**, v. 21, n. 3, p. 269-274, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2017v21n3.30023>. Acesso em: 28 dez. 2020.

LIMA, M. E. A. A Psicopatologia do trabalho. **Psicol cienc prof.**, v. 18, n. 2, p. 10-15, 1998. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931998000200003>. Acesso em: 02 nov. 2020.

LONDERO, M. F. P.; PAULON, S. M. Intermitências no cotidiano: criação e resistência na clínica. **Rev latinoam psicopatol fundam.**, v. 15, n. 4, p. 812-824, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142012000400005>. Acesso em: 27 set. 2020.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. Modos de inserção dos psicólogos na saúde mental e suas implicações no comprometimento com a reforma psiquiátrica? **Rev. Mal-Estar Subj**, v. 12, n. 1-2, p. 419-456, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482012000100015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 set. 2020.

MACEDO, J. W. de L.; SILVA, A. B. da. Afastamentos do Trabalho no Brasil por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC): o que revelam os números da Previdência Social? **MEPAD**, v. 3, n. 1, p. 40-49, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/mepad/article/view/40644>. Acesso em: 02 out. 2020.

MARCHETTI, E.; BERTOLINO, C. de O.; SCHIAVON, C. C.; GURGEL, L. G.; KATO, S. K.; MENEZES, C. B. M.; REPPOLD, C. T. Escala breve de compaixão Santa Clara: propriedades psicométricas para o contexto brasileiro. **Aval. psicol.**, v. 17, n. 3, p. 371-377, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1703.15208.10>. Acesso em: 25 dez. 2020.

MARGIS, R.; PICON, P.; COSNER, A. F.; SILVEIRA, R. de O. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Rev psiquiatr Rio Grande Sul**, n. 25, supl. 1, p. 65-74, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a08v25s1>. Acesso em: 10 jun. 2020.

MARIA AUGUSTO, M.; GONÇALVES DE FREITAS, L.; MAGNÓLIA MENDES, A. Vivências de prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de uma fundação pública de pesquisa. **Psicol rev.**, v. 20, n. 1, p. 34-55, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9523.2014v20n1p34>. Acesso em: 25 dez. 2020.

MAURO, M. Y. C. Especialização em Enfermagem do Trabalho: uma proposta de mudança de paradigma. **Rev bras enferm.**, v. 51, n. 3, p. 469-484, 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71671998000300011>. Acesso em: 30 out. 2020.

MEDEIROS, S. M. de; ALBUQUERQUE, J. S. de; FERNANDES, S. M. B. de A. A enfermagem em saúde mental e a estratégia saúde da família: como a enfermeira está trabalhando? **Rev. esc. enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 376-382, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200019>. Acesso em: 25 dez. 2020.

MENDES, A. M. B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicol cienc prof.**, v. 15, n. 1-3, p. 34-38, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98931995000100009>. Acesso em: 28 dez. 2020.

MENDES, A. M. B. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 29-48.

MENDES, A. M. **Psicodinâmica do trabalho: Teoria, Método e Pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MERLO, Á. R. C.; MENDES, A. M. B. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cad psicol soc trab.**, v. 12, n. 2, p. 141-156, 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25746>. Acesso em: 03 out. 2020.

MIELKE, F. B.; KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. da R.; OLSCHOWSKY, A.; MACHADO, M. S. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 159-164, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100021>. Acesso em: 28 out. 2020.

MOREIRA, A. S.; LUCCA, S. R. de. Fatores psicossociais e Síndrome de Burnout entre os profissionais dos serviços de saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 1-11, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4175.3336>. Acesso em: 30 dez. 2020.

MOURA, G. A.; RONCALLI, A. G.; NORO, L. R. A. Impacto do Trabalho em Profissionais de Serviços de Saúde Mental em um Município do Nordeste Brasileiro. **Psicol cienc prof.**, v. 36, n. 2, p. 401-410, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000342014>. Acesso em: 01 dez. 2020.

NIEUWENHUIJSEN, K. VERBEEK, J. H.; BOER A. G. de; BLONK, R. W. B.; VAN DIJK, F. J. H. Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. **Scand J Work Environ Health.**, v. 32,

n. 1, p. 67-74, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.978>. Acesso em: 25 out. 2020.

OLIVEIRA, T. T. S. S.; LEME, F. R. da G.; GODOY, K. R. G. O cuidado começa na escuta: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. **Mental**, v. 7, n. 12, p. 119-138, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 mai. 2020.

PAPARELLI, R.; SATO, L.; OLIVEIRA, F. de. A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. **Rev bras saúde ocup.**, v. 36, n. 123, p. 118-127, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000100011>. Acesso em: 17 dez. 2020.

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, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 dez. 2020.

PESSOA JÚNIOR, J. M.; SANTOS, R. C. de A.; CLEMENTINO, F. de S.; NASCIMENTO, E. G. C. do; MIRANDA, F. A. N. Formação em saúde mental e atuação profissional no âmbito do hospital psiquiátrico. **Texto contexto - enferm**, v. 25, n. 3, p. 1-17, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003020015>. Acesso em: 25 dez. 2020.

PRADO, C. E. P. do. Estresse ocupacional: causas e consequências. **Rev Bras Med Trab**, v. 14, n. 3, p. 285-289, 2016. Disponível em: <http://www.rbmt.org.br/details/122/pt-BR/estresse-ocupacional--causas-e-consequencias>. Acesso em: 22 ago. 2020.

PRAUN, L. **Reestruturação produtiva, saúde e degradação do trabalho**. Campinas: Papel socia, 2016.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. "Cada CAPS é um CAPS": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicol Soc.**, v. 23, n. spe., p. 150-160, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400018>. Acesso em: 01 ma. 2020.

REBOUCAS, D.; ABELHA, L.; LEGAY, L. F.; LOVISI, G. M.. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 624-632, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300016>. Acesso em: 25 dez. 2020.

RESENDE, K. I. D. S. de; BANDEIRA, M.; OLIVEIRA, D. C. R. de. Avaliação da Satisfação dos Pacientes, Familiares e Profissionais com um Serviço de Saúde Mental. **Paidéia**, v. 26, n. 64, p. 245-253, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272664201612>. Acesso em: 25 dez. 2020.

RESENDE, K. I. D. S. de; BANDEIRA, M.; OLIVEIRA, D. C. R. de. Fatores Associados à Satisfação com um Serviço Comunitário de Saúde Mental, **Paidéia**, v. 28, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2831>. Acesso em: 01 dez. 2020.

RÉZIO, L. de A.; OLIVEIRA, A. G. B. de. Equipes e condições de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial em Mato Grosso. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 2, p. 346-354, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000200019>. Acesso em: 01 dez. 2020.

RODRIGUES, H. ROCHA, F. L. Uma definição constitutiva de emoções. **Rev Humus**, v. 5, n. 15, p. 18-32, 2016. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahumus/article/view/4253>. Acesso em: 28 out. 2020.

SAMPAIO, L. R.; GUIMARÃES, P. R. B.; CAMINO, C. P. dos S.; FORMIGA, N. S.; MENEZES, I. G. Estudos sobre a dimensionalidade da empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity Index (IRI). **Rev Psico PUCRS**, v. 42, n. 1, p. 67-76, 2011. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4068769.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

SAMPAIO, L. R.; CAMINO, C. P. dos S.; ROAZZI, A. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. **Psicol cienc prof.**, v. 29, n. 2, p. 212-227, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000200002>. Acesso em: 25 dez. 2020.

SANTOS, A. F. de O.; CARDOSO, C. L. Profissionais de saúde mental: estresse, enfrentamento e qualidade de vida. **Psic.: Teor e Pesq.**, v. 26, n. 3, p. 543-548, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000300017>. Acesso em: 26 jan. 2020.

SANTOS, A. M. dos; CARDOSO, D. A. J.; VIEIRA, D. P. B.; ARAÚJO, F. C.; FARIAS, H. S. de; MOTA, S. P. da; MONTEIRO, J. C. M. S.; BAHIA, S. H. A. Análises dos níveis de satisfação de trabalhadores de saúde mental de um hospital público de referência psiquiátrica em Belém (PA). **Rev. baiana saúde pública**, v. 35, n. 4, p. 813-825, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2011.v35.n4.a256>. Acesso em: 25 dez. 2020.

SANTOS, A. M.; CASTRO, J. J. de. Stress. **Aná Psicológica**, v. 16, n. 4, p. 675-690, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v16n4/v16n4a12.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2020.

SANTOS, E. O. dos; COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P.; PINHO, L. B. de; ANDRADE, A. P. M. de; ESLABÃO, A. D. Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental. **Pesq Pratic Psicoss**, v. 13, n. 1, p. 1-13, 2018. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2817/1840. Acesso em: 17 dez. 2020.

SANTOS, J. da C.; SANTOS, M. L. da C. Descrevendo o Estresse. **Principia**, n. 12, p. 51-57, 2005. Disponível em: periodicos.ifpb.edu.br/index.php/principia/article/download/312/269. Acesso em: 10 jun. 2020.

SANTOS, L. D. dos; BERTOLLA, A.; TEIXEIRA, E. B.; POLACINSKI, E.; PATIAS, J. Medindo a satisfação no trabalho de colaboradores de uma empresa PET. **Rev Tecnológica**, v. 6, n. 1, p. 192-312, 2017. Disponível em: <https://uceff.edu.br/revista/index.php/revista/article/view/225/201>. Acesso em: 26 jan. 2020.

SATO, L.; BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 4, p. 869-878, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400011>. Acesso em: 17 dez. 2020.

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

SENÇO, N. M. de; VENEZIAN, J. A.; ABDUCH, M.; CORDEIRO, Q.; GOUVÊA, E. S. A saúde mental do profissional de saúde. In: CORDEIRO, Q.; RAZZOUK, D.; LIMA, M. G. A. de. **Trabalho e saúde mental dos profissionais da saúde**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2015. p. 143-155.

SILVA JUNIOR, J. S.; FISCHER, M. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. **Rev bras epidemiol.**, v. 18, n. 4, p. 735-744, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040005>. Acesso em: 26 out. 2020.

SILVA, C. O.; RAMMINGER, T. O trabalho como operador de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4751-4758, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.15212013>. Acesso em: 15 ago. 2020.

SILVA, E. A. da; COSTA, I. I. da. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go. **Psicol rev.**, v. 14, n. 1, p. 83-106, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682008000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 jan. 2021.

SILVA, L. A. da; SECCO, I. A. de O.; DALRI, R. de C. de M. B.; ARAÚJO, S. A. de; ROMANO, C. da C.; SILVEIRA, S. E. da. Enfermagem do trabalho e ergonomia: prevenção de agravos à saúde. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 2, p. 317-323, 2011. Disponível em: <https://docplayer.com.br/9016745-Enfermagem-do-trabalho-e-ergonomia-prevencao-de.html>. Acesso em: 01 jan. 2021.

SILVA, M. A. da; SECCO, I. A. de O.; DALRI, R. de C. de M. B.; ARAÚJO, S. A. de; ROMANO, C. da C.; SILVEIRA, S. E. da. Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: a percepção de mudanças como preditora. **J Bras Psiquiatr**, v. 61, n. 2, p. 64-71, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852012000200002>. Acesso em: 22 out. 2020.

SILVA, M. P. da; BERNARDO, M. H.; SOUZA, H. A. Relação entre saúde mental e trabalho: a concepção de sindicalistas e possíveis formas de enfrentamento. **Rev bras saúde ocup.**, v. 41, p. 1-12, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000003416>. Acesso em: 01 mai. 2020.

SILVA, S. C. P. S.; NUNES, M. A. P.; SANTANA, V. R.; REIS, F. P.; MACHADO NETO, J.; LIMA, S. O. A síndrome de *burnout* em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3011-3020, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.19912014>. Acesso em: 30 dez. 2020.

SILVEIRA, A. L. P. da; COLLETA, T. C. D.; ONO, H. R. B.; WOITAS, L. R.; SOARES, S. H.; ANDRADE, V. L. A.; ARAÚJO, L. A. de. Síndrome de Burnout: consequências e implicações de uma realidade cada vez mais prevalente na vida dos profissionais de saúde. **Rev Bras Med Trab.**, v. 14, n. 3, p. 275-284, 2016. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v14n3a13.pdf>. Acesso em: 26 out. 2020.

SMART, D; ENGLISH, A.; JAMES, J.; WILSON, M.; DARATHA, K. B.; CHILDERS, B.; MAGERA, C. Compassion fatigue and satisfaction: a cross-sectional survey among survey among US healthcare workers. **Nurs Health Sci.**, v. 16, p. 3-10, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nhs.12068>. Acesso em: 26 out. 2020.

SOARES, C. A.; SOUSA, L. B. de; TABOSA, L. da S.; QUEIROZ, V. V. A gestão do trabalho no campo da saúde mental: desafios e possibilidades. **Cadernos ESP**, v. 9, n.1, p. 9-18, 2015. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/87>. Acesso em: 14 dez. 2020.

SOLDERA, L. M. Breve compêndio conceitual e metodológico da Psicodinâmica do Trabalho e da Psicossociologia. **Cad psicol soc trab.**, v. 19, n. 2, p. 243-253, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v19i2p243-253>. Acesso em: 17 dez. 2020.

SOUZA, I. F. de; MENDONÇA, H.; ZANINI, D. S.; NAZARENO, E. Estresse ocupacional, *coping* e *burnout*. **Estudos**, v. 36, n. 1, p. 57-74, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18224/est.v36i1.1018>. Acesso em: 10 jun. 2020.

SOUZA, C. G. V. M. de; BENUTE, G. R. G.; MORETTO, M. L. T.; LEVIN, A. S. S.; ASSIS, G. R. de; PADOVEZE, M. C.; LOBO, R. D. Qualidade de vida profissional na saúde: um estudo em Unidades de Terapia Intensiva. **Estud Psicol**, v. 24, n. 3, p. 269-280, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20190028>. Acesso em: 19 dez. 2020.

SOUZA, P. C. Z. de; ATHAYDE, M. A contribuição da abordagem clínica de Louis Le Guillant para o desenvolvimento da psicologia do trabalho. **Estud pesqui psicol.**, v. 6, n. 1, p. 6-19, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812006000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 ago. 2020.

STAMM, B. H. Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. In: FIGLEY, C. R. (Ed.). **Treating compassion fatigue**. New York: Brunner-Routledge, 2002. p. 107-119.

STAMM, B. H. The concise manual ProQOL manual. 2. ed. Procatello, 2010. Disponível em: https://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf. Acesso em: 26 mai. 2020.

SZNELWAR, L. I.; UCHIDA, S.; LANCMAN, S. A subjetividade no trabalho em questão. **Tempo social**, v. 23, n. 1, p. 11-30, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702011000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 set. 2020.

TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Construção e validação da Escala de caracterização do *Burnout*. **Estud Psicol**, v.14, n.3, p. 213-221, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n3/a05v14n3>. Acesso em: 27 set. 2020.

THE WHO WORLD MENTAL HEALTH SURVEY CONSORTIUM. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. **JAMA**, v. 291, n. 21, p. 2581-2590, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2581>. Acesso em: 25 out. 2020.

THIRIOUX, B.; BIRAULT, F.; JAAFARI, N. Empathy is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. **Front Psychol.**, v. 26, p. 1-12, 2016. Disponível em: [10.3389/fpsyg.2016.00763](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00763). Acesso em: 25 dez. 2020.

VASCONCELLOS, L. C. F. de; AGUIAR, L. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 41, n. 113, p. 605-617, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711320>. Acesso em: 03 out. 2020.

VASCONCELOS, A. de; FARIA, J. H. de. Saúde mental no trabalho: contradições e limites. **Psicol Soc.**, v. 20, n. 3, p. 453-464, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822008000300016>. Acesso em: 25 dez. 2020.

VIEIRA, A. L. S.; MOYSES, N. M. N. Trajetória da graduação das catorze profissões de saúde no Brasil. **Saúde debate**, v. 41, n. 113, p. 401-414, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711305>. Acesso em: 27 jun. 2020.

ZAGO, J. A. Sobre a saúde mental do trabalhador em saúde mental. **Psicol cienc prof.**, v. 8, n. 2, p. 25-28, 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98931988000200009>. Acesso em: 25 dez. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor (a)

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa denominada Empatia e Fadiga por Compaixão em trabalhadores de saúde mental sob a responsabilidade das pesquisadoras Janaina Maria dos Santos Francisco de Paula e Márcia Astrês Fernandes e tem como objetivo geral avaliar o efeito das rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI) nos índices de empatia, percepção da redução do impacto do trabalho e diminuição da Fadiga por Compaixão junto aos trabalhadores de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial e como objetivos específicos: (1) identificar o grau de satisfação da equipe de trabalho das Redes de Atenção à Saúde em relação aos serviços oferecidos e às condições de trabalho nas instituições; (2) identificar a percepção do impacto do serviço dos trabalhadores de saúde mental; (3) mensurar a empatia individual dos trabalhadores de saúde mental; (4) medir a Fadiga por Compaixão e a qualidade de vida profissional e a Satisfação por Compaixão dos trabalhadores de saúde mental; (5) verificar a relação entre a empatia individual e a Fadiga por Compaixão dos trabalhadores de saúde mental; (6) realizar rodas de Terapia Comunitária Integrativa com os trabalhadores de Saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial e (7) avaliar o efeito das rodas de Terapia Comunitária Integrativa nos trabalhadores de saúde mental através das escalas utilizadas antes da intervenção.

Nesse sentido, solicitamos sua colaboração mediante a assinatura desse termo que visa assegurar seus direitos como participante. Após seu consentimento, assine todas as páginas e ao final desse documento que está em duas vias. O mesmo, também será assinado pelo pesquisador em todas as páginas, ficando uma via com você participante da pesquisa e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveite para esclarecer todas as suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de indicar sua concordância, você poderá esclarecê-las com Janaina M. dos S. F. de Paula, pesquisadora responsável pela pesquisa, através do seguinte telefone (86-XXXX-0763 – mensagem de texto via aplicativo ou chamada de voz). Se mesmo assim, as dúvidas ainda persistirem, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, que acompanha e analisa as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina-PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail: cep.ufpi@ufpi.br; no horário de atendimento ao público, segunda a sexta, manhã: 8h às 12h e a tarde: 14h às 18h. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Esclarecemos, mais uma vez, que sua participação é voluntária, caso decida não participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, não haverá

nenhum tipo de penalização ou prejuízo e o (os) pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento.

A pesquisa justifica-se pela escassez da produção científica brasileira relacionada à saúde mental do trabalhador, principalmente quando se restringe ao campo da seara que envolve os trabalhadores da saúde que atuam na Rede de Atenção Psicossocial, que, pela natureza do seu trabalho, mesmo satisfeitos em exercê-lo, enfrentam situações que podem levar ao desgaste físico, emocional e social e que favorecem o desenvolvimento de sinais e sintomas orgânicos e psíquicos que determinam o adoecimento relacionado ao trabalho em saúde e para sua realização você será convidado(a) para responder a um questionário de pesquisa para medir a percepção do impacto do trabalho em saúde mental, fadiga e Satisfação por Compaixão, empatia e sua satisfação profissional no serviço em que atua em serviços de saúde mental) durante determinado período. Haverá a avaliação dos resultados e o depois você será convidado para participar de rodas de TCI de periodicidade quinzenal em seu local de trabalho; depois de um período correspondente a 10 sessões você responderá novamente ao questionário de pesquisa para verificarmos as medidas entre o “antes” e o “depois”, a diferença verificada entre as duas medidas, constituirá o desfecho do estudo. Esclarecemos que os riscos decorrentes da pesquisa, descritos como desconforto durante a abordagem para preenchimento do questionário de pesquisa, participação nas rodas de TCI serão contornados pela abordagem nos locais do serviço, pela pesquisadora principal, explicando os procedimentos da pesquisa, a convocação para as rodas de TCI que será realizada através de cartazes afixados nos locais de realização e a formação de grupos pequenos (até 20 integrantes) durante as sessões, haverá também o acompanhamento nas sessões de um terapeuta com maior tempo de formação (que auxiliará durante a condução do ato), o agendamento das sessões previamente em sala reservada (nos locais de serviço) e a formação específica da pesquisadora. Espera-se que, como benefícios alcançados, a partir da participação nas rodas de TCI, os trabalhadores de saúde mental ao compartilharem suas histórias de vida, melhorem a sua capacidade de lidar com o estresse e acontecimentos perturbadores com uma atitude consciente (coping), a saúde mental e psicológica, o autoconhecimento, a autoconfiança, a compaixão e a qualidade de vida em todas as áreas.

As rodas de TCI serão gravadas em áudio e vídeo e transcritas na íntegra utilizando o software DSCSoft® para procedermos a análise através do método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Os resultados obtidos nesta pesquisa serão utilizados para fins acadêmico-científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo e identidade anônima, como estabelecem as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 e 510/2016 e a Norma Operacional 01 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam de normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. E você terá livre acesso as todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, bem como lhe é garantido acesso a seus resultados.

Esclarecemos ainda que você não terá nenhum custo com a pesquisa, e caso haja por qualquer motivo, asseguramos que você será devidamente ressarcido. Não haverá nenhum tipo de

pagamento por sua participação, ela é voluntária. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de sua participação neste estudo você poderá ser indenizado conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, bem como lhe será garantido a assistência integral.

Após os devidos esclarecimentos e estando ciente de acordo com os que me foi exposto.

Eu _____

declaro que aceito participar desta pesquisa, dando pleno consentimento para uso das informações por mim prestadas. Para tanto, assino este consentimento em duas vias, rubrico todas as páginas e fico com a posse de uma delas.

Preencher quando necessário

- () Autorizo a captação de imagem e voz por meio de gravação, filmagem e/ou fotos;
- () Não autorizo a captação de imagem e voz por meio de gravação e/ou filmagem.
- () Autorizo apenas a captação de voz por meio da gravação;

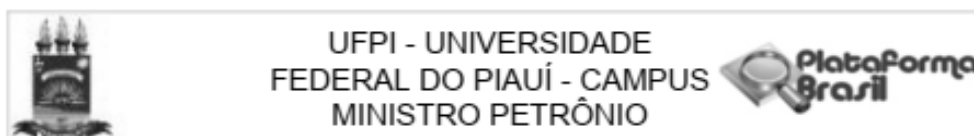
Florianópolis (PI), _____ de _____ de 202__.

Assinatura do(a) Participante

JANAINA MARIA DOS SANTOS FRANCISCO DE PAULA

MÁRCIA ASTRÊS FERNANDES

APÊNDICE B – Parecer consubstanciado



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: EMPATIA E FADIGA POR COMPAIXÃO EM TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL

Pesquisador: JANAINA DE PAULA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 28866720.8.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

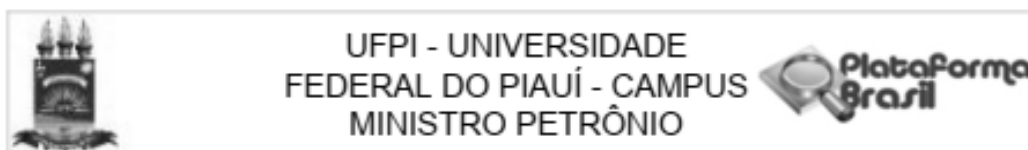
Número do Parecer: 4.062.784

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa já aprovado, cujo título é: EMPATIA E FADIGA POR COMPAIXÃO EM TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL.

Trata-se de estudo de natureza quali-quantitativa, de coorte, quase-experimental, prospectivo com delineamento do tipo antes e depois contemplando os objetivos gerais e específicos, sendo dividido em três estudos, denominados 1, 2 e 3. O Estudo 1 permitirá a aferição dos fenômenos de interesse (impacto do trabalho em saúde mental, fadiga e satisfação por compaixão, empatia e satisfação de profissionais em serviços de saúde mental) durante determinado período. Os resultados serão avaliados e o grupo será submetido à intervenção que consistirá na participação em rodas de TCI (Estudo 2). No Estudo 3, finalizada a intervenção, após verificação das medidas entre o "antes" e o "depois", a diferença verificada entre as duas medidas, constituirá o desfecho em que o grupo controle é o próprio grupo intervenção, antes da implementação desta. A pesquisa será realizada no município de Teresina, Piauí, contemplando o Centro de Atenção Psicossocial Álcool – Drogas, Centro de Atenção Psicossocial II (nas zonas NORTE, SUL, SUDESTE e LESTE), o Centro de Atenção Psicossocial III e Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil e o Hospital Areolino de Abreu. Os dados serão coletados junto a 300 trabalhadores de saúde mental, nos meses de fevereiro a dezembro de 2020, através da aplicação de um questionário de pesquisa adaptado pela pesquisadora principal que reunirá as Escala de avaliação do impacto do trabalho em saúde mental, escala PROQOL-BR, escala multidimensional de reatividade pessoal de Davis e

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 4.062.784

escala de satisfação de profissionais em serviços de saúde mental SATIS- BR. permitirá a realização de rodas de terapia comunitária integrativa nos locais de serviço. Os dados quantitativos serão codificados e avaliados através do software Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 20.0 e os dados qualitativos, as rodas de serão gravadas em

áudio e vídeo e transcritas na íntegra para inserção e tratamento através do softwaree DSCSoft®, projetado para o desenvolvimento de pesquisas quali-quantitativas através do método do Discurso do Sujeito Coletivo, o DSC.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário (do projeto aprovado):

Avaliar o efeito das rodas de Terapia Comunitária Integrativa nos índices de empatia, percepção da redução do Impacto do Trabalho e diminuição da Fadiga por Compaixão junto aos trabalhadores de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial.

Objetivo Primário (do projeto submetido com a solicitação de emenda):

Avaliar o efeito das rodas de Terapia Comunitária Integrativa nos índices de empatia, percepção da redução do Impacto do Trabalho e diminuição da Fadiga por Compaixão junto aos trabalhadores de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Retirados do TCLE da versão aprovada

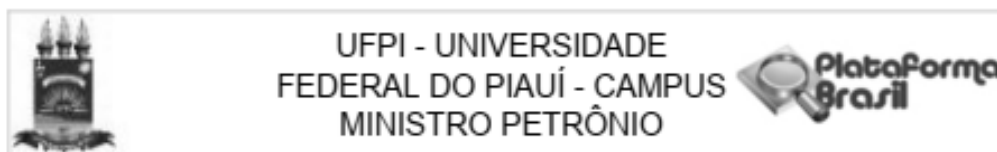
Riscos:

Esclarecemos que os riscos decorrentes da pesquisa, descritos como desconforto durante a abordagem para preenchimento do questionário de pesquisa, participação nas rodas de TCI serão contornados pela abordagem nos locais do serviço, pela pesquisadora principal, explicando os procedimentos da pesquisa, a convocação para as rodas de TCI que será realizada através de cartazes afixados nos locais de realização e a formação de grupos pequenos (até 20 integrantes) durante as sessões, haverá também o acompanhamento nas sessões de um terapeuta com maior tempo de formação (que auxiliará durante a condução do ato), o agendamento das sessões previamente em sala reservada (nos locais de serviço) e a formação específica da pesquisadora.

Benefícios:

Espera-se que, como benefícios alcançados, a partir da participação nas rodas de TCI, os trabalhadores de saúde mental ao compartilharem suas estórias de vida, melhorem a sua capacidade de lidar com o estresse e acontecimentos perturbadores com uma atitude consciente

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.		
Bairro: Ininga		CEP: 64.049-550
UF: PI	Município: TERESINA	
Telefone: (86)3237-2332	Fax: (86)3237-2332	E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 4.062.764

(coping), a saúde mental e psicológica, o autoconhecimento, a autoconfiança, a compaixão e a qualidade de vida em todas as áreas.

Retirados do TCLE apresentados com a emenda

Riscos

Esclareço que os riscos decorrentes da pesquisa, descritos como desconforto durante a abordagem para preenchimento do questionário de pesquisa, participação nas rodas de TCI serão contornados através da explicando dos procedimentos da pesquisa em mensagens encaminhadas por aplicativo, a convocação para as rodas de TCI que será realizada através de cartazes afixados nos locais de trabalho ou encaminhados por aplicativo de mensagem por um dos seus colegas, e pela formação de grupos pequenos (até 20 integrantes) e restritos aos trabalhadores da saúde mental durante as sessões presenciais ou pela plataforma on line, haverá também o acompanhamento nas sessões de um terapeuta com maior tempo de formação (que auxiliará durante a condução do ato), no retorno das atividades presenciais, devido ao contexto da pandemia do COVID-19, o agendamento das sessões previamente em sala reservada (nos locais de serviço) minimizarão os riscos. As rodas de TCI serão gravadas em áudio e vídeo (com o consentimento dos participantes) e transcritas na íntegra utilizando o software DSCSoft® para procedermos a análise através do método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O consentimento pode ser realizado por meio de sua expressão oral, escrita, língua de sinais ou de outras formas que se mostrem adequadas, em consideração as características individuais, sociais, econômicas e culturais da pessoa ou grupo de pessoas participante da pesquisa e a abordagem metodológica aplicada.

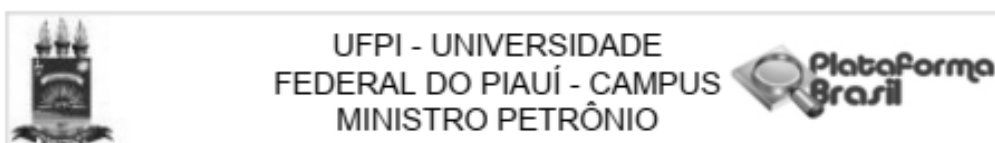
Benefícios:

Espera-se que, como benefícios alcançados, a partir da participação nas rodas de TCI, os trabalhadores de saúde mental ao compartilharem suas estórias de vida, melhorem a sua capacidade de lidar com o estresse e acontecimentos perturbadores com uma atitude consciente (coping), a saúde mental e psicológica, o autoconhecimento, a autoconfiança, a compaixão e a qualidade de vida em todas as áreas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto aprovado previamente por este CEP e a pesquisa apresenta agora uma emenda em que faz adequações para o desenvolvimento do trabalho respeitando as orientações de distanciamento social.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 4.062.784

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apto a ser desenvolvido.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

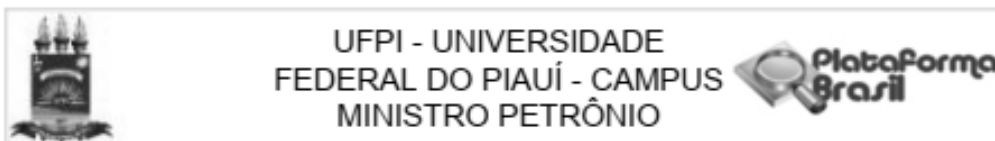
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1556305_E1.pdf	13/05/2020 20:57:23		Aceito
Cronograma	Cronograma_emenda.pdf	13/05/2020 20:55:22	JANAINA DE PAULA	Aceito
Orçamento	Orcamento_emenda.pdf	13/05/2020 20:54:27	JANAINA DE PAULA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisaCEP_emenda.pdf	13/05/2020 16:35:07	JANAINA DE PAULA	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento_emenda.pdf	13/05/2020 16:34:35	JANAINA DE PAULA	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4008514.pdf	13/05/2020 15:50:38	JANAINA DE PAULA	Aceito
Outros	FormulariosGoogle_EmpatiaeFadigaporCompaixaemTrabalhadoresdeSaudeMental.pdf	13/05/2020 15:48:42	JANAINA DE PAULA	Aceito
Outros	ANUENCIA_SMS.pdf	13/05/2020 15:39:54	JANAINA DE PAULA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_emenda.pdf	13/05/2020 15:38:09	JANAINA DE PAULA	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	04/02/2020 17:04:37	JANAINA DE PAULA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufp.edu.br



Continuação do Parecer: 4.062.784

Não

TERESINA, 01 de Junho de 2020

Assinado por:
Raimundo Nonato Ferreira do Nascimento
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

ANEXOS

ANEXO A – Declaração de Aceite da Instituição



DECLARAÇÃO DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que conforme ata/nota emitida no dia 11 de maio de 2020, aceitamos a doutoranda JANAINA MARIA DOS SANTOS FRANCISCO DE PAULA, a desenvolver o Projeto de Pesquisa intitulado “Empatia e fadiga por compaixão em trabalhadores de saúde mental”, que está sob a orientação da professora Dr. Márcia Astrês Fernandes, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), nível doutorado, cujo objetivo é avaliar o efeito das rodas de Terapia Comunitária Integrativa nos índices de empatia, percepção da redução do impacto do Trabalho e diminuição da Fadiga por Compaixão junto aos trabalhadores de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial.

Dito isto e ciente de nossas responsabilidades enquanto instituição coparticipante, concordamos com a realização da coleta concomitante ao município de Teresina, salvaguardado os aspectos éticos das Resoluções CNS nº 466/12, CNS nº 510/16, CNS nº 580/18, bem como a cópia do envio da justificativa de alteração dos dados da coleta ao CEP para o Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Floriano (NEPS/Floriano), desta Secretaria.

Floriano-PI, 17 de Junho de 2020.

Rose Danielle de Carvalho Batista
Rose Danielle de Carvalho Batista
 NEPS/SMS Floriano-PI
Rose Danielle de Carvalho Batista
 Psicóloga CRP 21/00848
 NEPS/SMS
 Floriano-PI

Idalina de França Barros
Idalina de França Barros
 Diretora da Saúde Mental
 Floriano-PI

ANEXO B – Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental (IMPACTO-BR)

IMPACTO-BR

Obrigado por aceitar ser entrevistado neste estudo coordenado pela discente JANAINA MARIA DOS SANTOS FRANCISCO DE PAULA e MÁRCIA ASTRÊS FERNANDES pesquisadoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

O objetivo deste questionário é conhecer a experiência dos profissionais de saúde junto aos serviços de saúde mental, com a perspectiva de estar melhorando posteriormente as condições de trabalho.

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

IDENTIFICAÇÃO NUMÉRICA:

CARGO/ FUNÇÃO:

NOME DO SERVIÇO:

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?

Manhã	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 as pessoas com transtorno mental, você se sente frustrado?

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

6. Você se sente sobrecarregado tendo que lidar com portadores de transtornos mentais todo o tempo?

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

7. Você tem receio da possibilidade de ser fisicamente agredido por um paciente?

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

8. De forma geral, até que ponto você diria que trabalhar no campo da Saúde Mental é satisfatório para você?

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

9. Você acha que o seu trabalho com portadores de transtorno mental está afetando o seu estado geral de saúde física?

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

10. Você está tendo mais problemas ou queixas físicas desde que começou a trabalhar no campo da Saúde Mental?

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

11. Você sente necessidade de procurar médicos com mais freqüência desde que começou a trabalhar no campo da Saúde Mental?

De forma alguma	1
-----------------	---

Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5
12. Você toma mais medicações desde que está neste emprego?	
De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5
13. Você se sente fisicamente cansado quando termina de trabalhar?	
De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5
14. Até que ponto seus períodos de afastamento por doença estão relacionados com períodos de estresse no trabalho?	
De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5
15. Em geral, o contato com o portador de transtorno mental está afetando a sua estabilidade emocional?	
De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5
16. Você está tendo distúrbios de sono que você relacione com o trabalho?	
Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Freqüentemente	4
Sempre	5
17. Você se sente deprimido por trabalhar com pessoas com problemas mentais?	
De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5
18. Você se sente culpado quando não consegue ajudar os pacientes tanto quanto você acha que eles necessitam de ajuda?	
De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5
19. Você se sente estressado por causa do seu trabalho em Saúde Mental?	
De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5
20. Alguma vez você precisou procurar ajuda de um profissional de Saúde Mental por causa de problemas emocionais devido ao seu trabalho?	
Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3

- Frequentemente 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 aos 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
Frequentemente 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 às pessoas com 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
Frequentemente 4
Sempre 5
28. Você acha que seu contato com as pessoas com transtorno mental está afetando pessoalmente sua vida social?
- De forma alguma 1
Não muito 2
Mais ou menos 3
Muito 4
Extremamente 5

Para terminar, nós vamos lhe fazer algumas perguntas de informação geral.

29. Quantos anos você tem? | | |

30.Sexo:

Masculino	1
Feminino	2

31.Qual é o seu estado civil atualmente?

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

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

Sem escolaridade	1
Escola elementar (1º.grau)	2
Escola secundaria(2º.grau)	3
Curso técnico	4
Universidade	5
Pós-graduação	6
Outro (especificar)	9

33.Qual é a sua profissão?

Psiquiatra	1
Psicólogo	2
Assistente Social	3
Médico geral	4
Enfermeiro Psiquiátrico	5
Terapeuta Ocupacional	6
Outro (especificar)	9

34.Há quanto tempo você trabalha em Saúde Mental:

Mais de 10 anos	1
Entre 6 – 10 anos	2
Entre 1 – < 6 anos	3
Menos de 1 ano	4

ANEXO C – Escala de Avaliação da Satisfação de Profissionais em Serviços de Saúde Mental

SATIS-BR – FORMA ABREVIADA

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 |
| Freqüentemente | 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 nesse 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 nesse 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 nesse 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 nesse 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
33. De que você mais gosta neste serviço?
-
-
-
34. Quais são particularmente os aspectos de que você não gosta?
-
-
-
35. Você acha que o serviço poderia ser melhorado?
- Sim 1
- Não 2
- 35.1 Se sim, de que maneira?
-
-
-

OBRIGADA PELA SUA
PARTICIPAÇÃO!!!

ANEXO D – Professional Quality of Life Scale (PROQoL-BR)

ESCALA PROQoL-BR

- ✓ Trabalhar na área de saúde lhe põe em contato direto com a vida das pessoas. Atender as pessoas tem aspectos positivos e negativos e, provavelmente em alguns momentos você já se colocou no lugar das pessoas que você atendeu.
- ✓ Gostaríamos de fazer algumas perguntas a respeito das suas experiências. Considere a sua experiência enquanto profissional de saúde (independentemente do local de trabalho).
- ✓ Para responder, escolha, no quadro abaixo, a opção que melhor reflete como você se sentiu nos últimos 30 dias em relação ao atendimento dessas pessoas.

Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	2	3	4	5

PERGUNTAS	RESPOSTAS
1 – Sinto-me feliz.	
2 – Tenho preocupações com mais de uma pessoa que estou ajudando.	
3 – Sinto-me satisfeito por ser capaz de ajudar as pessoas.	
4 – Sinto-me ligado aos outros.	
5 – Sons inesperados me assustam ou me causam sobressaltos.	
6 – Sinto-me animado depois de atender as pessoas que ajudo.	
7 – Acho difícil separar minha vida pessoal da minha vida profissional.	
8 – Perco o sono por causa das experiências traumáticas de uma pessoa que atendo.	
9 – Creio que posso ter sido “infectado” pelo estresse traumático daqueles que atendo.	
10 – Sinto-me aprisionado pelo meu trabalho de cuidar dos outros.	
11 – Por causa do meu trabalho me sinto tenso com relação a várias coisas.	
12 – Gosto do meu trabalho ajudando as pessoas.	
13 – Sinto-me deprimido(a) por causa do meu trabalho.	
14 – Sinto-me como se estivesse vivendo o trauma de alguém que eu atendi.	
15 – Tenho crenças que me sustentam.	
16 – Sinto-me satisfeito por conseguir me manter atualizado em relação a técnicas e procedimentos de atendimento.	
17 – Sou a pessoa que sempre desejei ser.	
18 – Sinto-me satisfeito com meu trabalho.	
19 – Sinto-me exausto(a) por causa do meu trabalho.	
20 – Tenho bons pensamentos e sentimentos em relação àqueles que eu ajudo e sobre como poderia ajudá-los.	
21 – Sinto-me sufocado(a) pela quantidade de trabalho e pelo tanto de pacientes que eu preciso atender.	
22 – Acredito que posso fazer diferença através do meu trabalho.	
23 – Evito certas atividades ou situações porque elas me fazem lembrar das experiências assustadoras vividas pelas pessoas que ajudo.	
24 – Estou orgulhoso(a) do que eu posso fazer para ajudar.	
25 – Como resultado do meu trabalho, tenho pensamentos invasivos e assustadores.	
26 – Sinto-me sufocado pelo sistema em que atuo.	
27 – Ocorre-me que sou bem-sucedido(a) no meu trabalho.	
28 – Estou feliz por ter escolhido este trabalho.	

ANEXO E – Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis

Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis – EMRI

As afirmações questionam seus sentimentos e pensamentos em uma variedade de situações. Para cada item, indique quanto você concorda ou discorda com a afirmação escolhendo sua posição na escala abaixo. Quando você tiver decidido sua resposta **INDIQUE O NÚMERO** apropriado ao lado da afirmação.

1 Discordo Totalmente	2 Discordo Parcialmente	3 Nem Discordo/ Nem Concordo	4 Concordo Parcialmente	5 Concordo Totalmente
-----------------------------	-------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Leia cada item com muito cuidado antes de responder. Responda o mais honestamente possível.

Obrigada!

afirmação		Nº
1.	Habitualmente me envolvo emocionalmente com filmes e/ou livros.	
2.	Sou neutro quando vejo filmes.	
3.	Incomodo-me com as coisas ruins que acontecem aos outros.	
4.	Tento compreender o argumento dos outros.	
5.	Sinto compaixão quando alguém é tratado injustamente.	
6.	Quando vejo que se aproveitam de alguém, sinto necessidade de protegê-lo.	
7.	Imagino como as pessoas se sentem quando eu as critico.	
8.	Antes de tomar alguma decisão procuro avaliar todas as perspectivas	
9.	Tento compreender meus amigos imaginando como eles veem as coisas.	
10.	Fico comovido com os problemas dos outros.	
11.	Preocupo-me com as pessoas que não têm uma boa qualidade de vida.	
12.	Descrevo-me como uma pessoa de “coração mole” (muito sensível).	
13.	Costumo fantasiar com coisas que poderiam me acontecer.	
14.	Perco o controle quando vejo alguém que esteja precisando de muita ajuda.	
15.	.Depois de ver uma peça de teatro ou um filme sinto-me envolvido com seus personagens.	
16.	Costumo me emocionar com as coisas que vejo acontecer.	
17.	Fico apreensivo em situações emergenciais.	
18.	Quando vejo uma história interessante, imagino como me sentiria se fosse comigo.	
19.	Tendo a perder o controle durante emergências.	
20.	Coloco-me no lugar do outro se eu me preocupo com ele.	
21.	Escuto os argumentos dos outros, mesmo estando convicto de minha opinião.	
22.	Fico tenso em situações de fortes emoções.	
23.	Sinto-me indefeso numa situação emotiva.	
24.	Sinto emoções de um personagem de filme como se fossem minhas próprias emoções.	
25.	Tenho facilidade de assumir a posição de um personagem de filme.	
26.	Habitualmente fico nervoso quando vejo pessoas feridas.	