

Trabalhadores dos CAPS no Ceará: Condições organizacionais e seu impacto sobre a saúde

Raquel Maria Rigotto
Regina Heloisa Maciel
Maria Gabriela Curubeto Godoy
Ana Cláudia de Araújo Teixeira
Luis Fernando Tófoli
Natasha C. Cavalcante
Carlos Henrique Lopes

1. INTRODUÇÃO

Como está a saúde mental dos trabalhadores em saúde mental? Esta foi a pergunta de partida para este estudo, voltado para as condições organizacionais e a saúde mental dos trabalhadores de 36 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Ceará.

Os CAPS resultam da reformulação do modelo de atenção em Saúde Mental. Concebidos no bojo do processo de Reforma Psiquiátrica, refletem, em parte, as reivindicações e experiências inovadoras desenvolvidas pelo movimento social de luta antimanicomial nas décadas de 1970/80 (YASUÍ, 2006; CAMPOS, 2000; LUZIO & L'ABBATE, 2006).

A caracterização dos CAPS como serviços que superam o modelo biomédico centrado na tríade indivíduo-doença-fármaco, buscando a constituição ou reforço da rede de suporte social de seus usuários, de forma a potencializar suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana, torna imprescindível a conformação de equipes multiprofissionais integradas, com posturas crítico-reflexivas do processo social em que estão inseridas, o que inclui o próprio processo e as condições de trabalho destas equipes (COSTA-ROSA, 2000).

Por outro lado, o processo e as condições de trabalho destas equipes multiprofissionais, na concretude do cotidiano dos serviços de saúde, interpõe oportunidades, demandas, desafios, cargas e riscos para os trabalhadores em saúde mental. Conhecer estes meandros pode contribuir para novas leituras na construção do cuidado em saúde e no cuidado dos trabalhadores. Estas questões são da maior relevância no campo da saúde mental, visto os recursos subjetivos e interpessoais de cada profissional e da equipe multiprofissional serem de importância fundamental na produção do cuidado (PORTO & ALMEIDA, 2002).

Entretanto, e embora os CAPS tenham apresentado um crescimento numérico importante nos últimos anos no Brasil, poucos estudos contemplam questões referentes à relação entre trabalho e saúde nestes serviços (REBOUÇAS, LEGAY & ABELHA, 2007). A literatura

nacional sobre o tema aponta para uma maior produção de estudos de natureza qualitativa abordando, sobretudo, questões relacionadas ao processo de trabalho e trabalho em equipe nos CAPS, à vivência dos trabalhadores nos CAPS e também à constituição da identidade e do lugar de determinadas categorias profissionais dentro da equipe multiprofissional dos CAPS. (FERRER, 2007; GARCIA & JORGE, 2006; BICHAFF, 2006; RABELO & TORRES, 2005; RAMMINGER, 2005; ZERBETTO & PEREIRA 2005; BERNARDES & GUARESCHI, 2004; OLIVEIRA & ALESSI, 2003). Já a literatura internacional vem se debruçando há mais tempo sobre a relação entre trabalho em saúde mental, contando vários estudos sobre o tema. (GALEAZZI & DELMONTE, 2004; EDWARDS et al, 2000; PROSSER et al., 1999; REID et al., 1999; PROSSER et al., 1996).

Por outro lado, há uma profusão de estudos sobre síndrome de Burnout e Transtornos Mentais Comuns tanto na literatura nacional quanto na internacional, realizados com trabalhadores de diversas áreas além da saúde (EVANS et al., 2006; PRIEBE et al., 2005; Imai et al, 2004; JENKINS & ELLIOTT, 2004; LLOYD & KING, 2004; COLLINS & LONG, 2003; HANNIGAN et al., 2000; JEANNEAU & ARMELIUS, 2000; ACKER, 1999; MARTIN & SCHINKE, 1998; HISCOTT & CONNOP, 1990). Contudo, os estudos nacionais que abordam estes temas entre trabalhadores brasileiros são escassos, recentes e, mais focalizados na área da educação, havendo poucos estudos realizados com trabalhadores no campo da saúde. (GLASBERG, 2007; BORGES, ARGOLO & BAKER, 2006; CARLOTTO & PALAZZO, 2006; REIS *et al.*, 2006; SOBRINHO *et al.*, 2006; TUCUNDUVA et al., 2006; SILVEIRA et al., 2005; NOGUEIRA-MARTINS, 2004; ABREU et al., 2002; BORGES, et al. 2002; GIL-MONTE, 2002; CARLOTTO, 2002; TAMAYO & TRÓCCOLI, 2002).

Além das lacunas do conhecimento e da escassez de estudos na interface entre os campos de saúde do trabalhador e de saúde mental, explorar esta fronteira disciplinar pode contribuir para o processo de construção da integralidade e da humanização das práticas em saúde.

Assim, este estudo teve como objetivo Investigar as condições organizacionais dos CAPS gerais do Ceará, considerando suas repercussões na saúde mental dos trabalhadores destes serviços: a satisfação e o impacto do trabalho em sua saúde, bem como a prevalência de Transtornos Mentais Comuns e da Síndrome de *Burnout* entre eles.

Segundo MERHY (2002), o trabalho em saúde é um agir tecnológico essencialmente relacional e em ato, onde todo serviço de saúde está vinculado a processos produtivos de atos cuidadores que podem ser “atos cuidadores castradores” ou “atos cuidadores libertadores” (MERHY, 2007:29). Os processos de trabalho em saúde se constituem enquanto “lugares” de relações, de micropolíticas de encontros e de jogos de poder entre sujeitos/territórios” (MERHY, 2007:32). O ato cuidador em saúde pode ser considerado como um encontro intercessor entre um trabalhador de saúde e um usuário, no qual há um

jogo relacional de ressignificação e produção social de saúde, bem como de produção de sujeitos. A subjetividade dos trabalhadores pode ser tomada, assim, enquanto uma das características fundamentais na produção social de saúde.

A satisfação no trabalho é um conceito polissêmico, ainda em construção, que pode embasar-se em diversas vertentes teóricas, enfatizando aspectos da relação entre o trabalhador e o trabalho, tais como: a experiência do sujeito trabalhador; a avaliação das ações e suas conseqüências; as características subjetivas e necessidades individuais; o meio ou entorno social e a situação específica de trabalho. Embora cada sujeito apresente especificidades na sua relação com o trabalho, existe também uma dimensão compartilhada, coletiva e semelhante entre o que o conjunto dos trabalhadores quer ou espera de seu trabalho, o que possibilita a complementação entre estas diferentes perspectivas teóricas, bem como a sua utilização combinada em diferentes abordagens de investigação, como as quantitativas e as qualitativas.

Em revisão de literatura realizada por MARTYINEZ & PARAGUAY (2003) diversos autores apontam que pessoas mais satisfeitas com seu trabalho apresentam melhores condições de saúde física e mental e menor ocorrência de doenças, bem como maior longevidade. Outros aspectos como ausentismo, rotatividade, queda da produtividade, greves, acidentes de trabalho, dependência de álcool ou drogas também estão associados ao nível de satisfação no trabalho. Pessoas satisfeitas no trabalho apresentam melhor qualidade da saúde física, e trabalhadores insatisfeitos têm maiores riscos de desenvolver problemas e agravos de saúde como fadiga, dificuldade respiratória, dor de cabeça, problemas digestivos e perda de apetite, aumento do colesterol, doença cardíaca arteriosclerótica e dores musculares.

Quanto à saúde mental, a satisfação no trabalho é um dos principais componentes para a satisfação geral com a vida, sendo também um aspecto subjetivo de bem-estar (ZALEWSKA, 1999a, 1999b *apud* MARTYINEZ & PARAGUAY, 2003). A satisfação no trabalho é importante para a saúde mental do trabalhador tanto na sua relação com o trabalho quanto nas influências que exerce em sua vida pessoal, familiar e social. A insatisfação no trabalho pode assim, afetar a vida do indivíduo fora do trabalho.

Já o impacto do trabalho se refere às repercussões dos fatores relacionados ao trabalho sobre a saúde e o sentimento de bem-estar da equipe, bem como ao grau de sobrecarga sentida pela equipe em relação ao trabalho (REBOUÇAS, LEGAY & ABELHA, 2007; BANDEIRA, PITTA & MERCIER, 2000; BANDEIRA, PITTA & MERCIER, 1999). Impacto é uma categoria tipicamente epidemiológica, passível de ser quantificado. No caso do impacto do trabalho na saúde dos trabalhadores de uma equipe de saúde mental, os aspectos que se podem destacar abordam fatores relacionados aos efeitos do trabalho sobre: a saúde física e mental (problemas físicos referidos pelo trabalhador, consultas ao médico, uso de medicamentos, efeitos do trabalho sobre a sua estabilidade emocional e sobre sua

necessidade de procurar ajuda profissional); o funcionamento da equipe (frequência com que o profissional pensa em mudar de trabalho, frequência com que pensa em outro tipo de trabalho que o faria sentir mais saudável, afastamentos por doença devido ao estresse no trabalho, receio de ser agredido no trabalho, qualidade do sono, saúde em geral); sentimento de estar sobrecarregado (sentir-se frustrado com os resultados do trabalho, sentir-se sobrecarregado pelo contato constante com os pacientes, sentir-se cansado após o trabalho, sentir-se deprimido por trabalhar com pessoas com distúrbios mentais, sentir-se estressado por trabalhar com doença mental) (BANDEIRA, PITTA & MERCIER, 2000; BANDEIRA, PITTA & MERCIER, 1999).

Segundo MASLACH *et al.* (2001), o *burnout* é uma síndrome psicológica que congrega diversos sintomas e sinais resultantes de estressores interpessoais crônicos relacionados ao trabalho e caracteriza-se por: exaustão emocional, despersonalização (ou ceticismo) e diminuição da realização pessoal (ou eficácia profissional). A exaustão emocional (EE) apresenta fadiga intensa, falta de forças para enfrentar o dia de trabalho e sensação de estar sendo exigido além de seus limites emocionais. Na despersonalização (DE) ocorre distanciamento emocional e indiferença em relação ao trabalho ou aos usuários do serviço. A diminuição da realização pessoal (RP) se manifesta por falta de perspectivas para o futuro, frustração e sentimentos de incompetência e fracasso. Outros sintomas como insônia, ansiedade, dificuldade de concentração, alterações de apetite, irritabilidade e desânimo também são comuns.

Nesta perspectiva, o *burnout*, ou síndrome do esgotamento profissional, vem sendo alvo de estudos de prevalência em diversas categorias profissionais, bem como também estão sendo cada vez mais realizados estudos de análises da validade de construto e de identificação de fatores de risco ou de proteção. Alguns estudos de prevalência mostram taxas de *burnout* variando entre 30 e 47% entre profissionais de saúde (CABALLERO *et al.*, 2001; ATANCE MARTINEZ, 1997). Esta taxa chegou a 27,6% na população de trabalhadores da Finlândia (AHOLA *et al.* 2005). Estudos realizados no Brasil apontam para uma prevalência de cerca de 10% (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). A síndrome do esgotamento profissional integra a Lista de Doenças Profissionais e Relacionadas ao Trabalho (Ministério da Saúde, Portaria nº 1339/1999). Está classificada sob o código Z73.0 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão - CID-10), como problema que leva ao contato com serviços de saúde (BRASIL, 2001).

Aspectos que parecem favorecer o surgimento da síndrome de *burnout* se relacionam à história pessoal de grande envolvimento no trabalho, visto como prioridade de vida ou uma missão. Entretanto, fatores relacionados à organização do trabalho (divisão do trabalho, tempos, ritmos e duração das jornadas, remuneração e estrutura hierárquica) parecem ser preponderantes na determinação da síndrome. A importância da personalidade e do temperamento como fatores de risco para *burnout* também vem se destacando em pesquisas

mais recentes (THORESEN *et al.*, 2003; JARDIM & SILVA FILHO, 2001; THOMSEN *et al.* 1999).

A denominação “Transtornos Mentais Comuns” ou “Transtornos Mentais Leves”, de uso generalizado, agrupa transtornos mentais associados a quadros neuróticos, somatoformes, ansiosos e depressivos leves, com pouca incapacitação, bem como sintomas não incapacitantes como dissonia, má digestão, falta de apetite, irritação fácil com as pessoas, estado assustado, cansaço fácil, sentimentos de tristeza, choro fácil, cefaléias, idéias autolesivas, dificuldade de tomar decisões, falta de interesse pelas coisas, sentimento de inutilidade, sensação de nervosismo, tensão e preocupação, dificuldade em desempenhar uma função útil, sofrimento e insatisfação duradoura com o trabalho e insatisfação em realizar as tarefas diárias (RABELO *et al.*, 2006).

Há diversos estudos que investigam a prevalência de Transtornos Mentais Comuns em diferentes populações, contudo não foram encontrados estudos brasileiros utilizando o SRQ-20 realizados com trabalhadores de saúde mental (CABANA *et al.*, 2007; GASTAUD *et al.*, 2006; LUDEMIR, 2005; COSTA *et al.*, 2002, ALMEIDA, 1999; BORGES *et al.*, 1997).

2. METODOLOGIA

Foi realizado estudo transversal que abrangeu todos os 36 CAPS gerais¹ do Ceará criados até março de 2006. Foram excluídos os CAPS AD (álcool e drogas) pela especificidade destes serviços quanto ao seu objeto, além de existirem apenas três destes CAPS no Ceará até março de 2005. Os CAPSi (crianças e adolescentes) também não foram incluídos devido a suas especificidades. Além disto, até março de 2005 existiam apenas dois CAPSi recém criados no Ceará.

O trabalho de campo foi realizado entre abril e junho de 2007. Os serviços foram contatados por telefone, através de lista fornecida pelo Núcleo Estadual de Saúde Mental. O contato inicial foi feito com os coordenadores de cada CAPS, explicando-lhes brevemente os objetivos da pesquisa e fazendo o agendamento da visita ao CAPS. O tempo de visita a cada CAPS variou de acordo com a disponibilidade de tempo dos profissionais para responder os questionários, durando entre um a dois dias. Alguns CAPS precisaram ser visitados mais vezes para poder completar os questionários com a maioria dos

¹ Segundo a portaria 336/GM/MS, de 2002, os CAPS classificam-se em 3 modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, segundo a base populacional de cobertura de suas ações, o número de atendimentos /dia, a sua estrutura física e a composição de sua equipe.

profissionais. Durante as visitas aos CAPS foram realizadas observações gerais registradas em diário-de-campo, que serviram para a triangulação de informações da abordagem qualitativa.

A amostra abrange um total de 580 trabalhadores de nível superior, médio e elementar destes serviços, incluindo os coordenadores dos serviços. A taxa de recusas foi pequena, sendo menor que 3%. Houve vários casos de trabalhadores ausentes por licença ou por férias no dia da visita ao CAPS. A Figura 1 apresenta os municípios do Ceará que dispunham de CAPS até março de 2006, onde foi realizada a pesquisa.

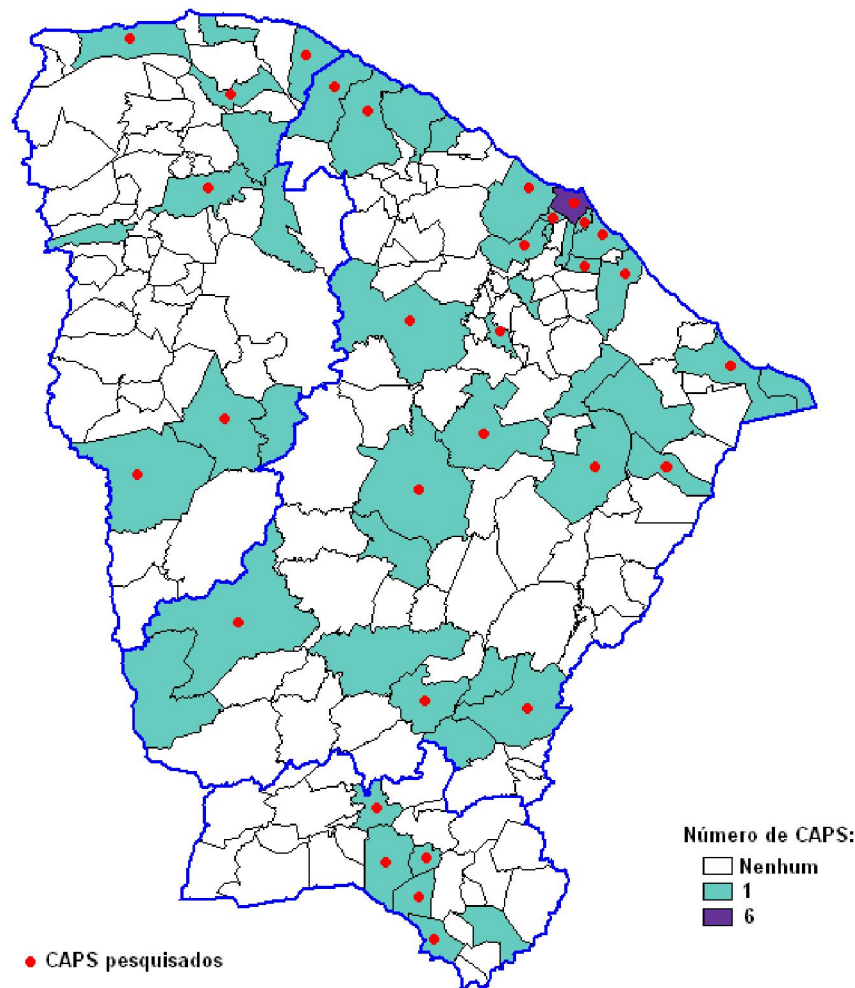


Figura 1: Distribuição de CAPS no Estado do Ceará considerando-se as macrorregiões, até junho de 2007. Ceará, 2007.

A pesquisa empírica apoiou-se nos seguintes instrumentos:

- Questionário sobre perfil sócio-demográfico: Composto de 15 questões gerais com variáveis sócio-demográficas de cada entrevistado (sexo, idade, profissão, e outras), elaborado pela equipe de pesquisa.
- Maslach Burnout Inventory (MBI): Composto de 22 questões do tipo *likert* pontuadas de 0 (“nunca”) a 6 (“sempre”), com 3 subescalas que buscam mensurar os seguintes aspectos da síndrome de *burnout*: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional. Esta escala foi validada para o Brasil por Lautert em 1995 (CARLOTTO, CÂMARA, 2004).
- SRQ-20 (Self Report Questionnaire): Composto de 20 questões com duas alternativas (sim ou não) com sintomas mentais presentes no momento do preenchimento, de forma a triar a prevalência provável de Transtornos Mentais Comuns (TMC). Esta escala foi validada para a aplicação em brasileiros por Mari e Williams (1985)
- SATIS-NE² (Escala de Avaliação da Satisfação da Equipe Técnica com os Serviços de Saúde Mental): Composto de 27 itens, pontuados por uma escala de tipo *likert* cuja pontuação varia de 1 a 5, avaliando a satisfação do trabalhador com o serviço, o relacionamento com os colegas, as reuniões, a participação, o salário e benefícios, o cuidado com os pacientes e familiares, etc.
- IMPACT-NE (Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental): Composto de 18 itens também de tipo *likert* abordando a frustração com os resultados do trabalho, a sobrecarga por tratar de portadores de transtornos mentais, o receio de ser agredido fisicamente por um paciente, o impacto do trabalho sobre sua saúde física ou mental, o relacionamento familiar e social, entre outros.

Todas as análises estatísticas realizadas neste estudo foram feitas com o auxílio do pacote estatístico computacional SPSS 13.0. A presença de transtorno mental comum (TMC), segundo o SRQ-20, seguiu a codificação da validação nacional (MARI, WILLIAMS, 1985). São considerado como portadores de TMC, no caso do sexo feminino, 6 ou mais respostas afirmativas; no sexo masculino são necessárias 8 ou mais respostas afirmativas aos sintomas perguntados. A codificação das três sub-escalas (fatores) do inventário de

² As Escalas SATIS-NE e IMPACT-NE derivam da SATIS-BR e IMPACT-BR, as quais foram validadas originalmente por Bandeira, Pitta e Mercier (2000), através de uma análise confirmatória da escala canadense original. Como estas autoras dispuseram de amostra muito pequena de profissionais de nível superior paulistanos, optamos por novamente testar a confiabilidade destes resultados em nossa amostra – maior e heterogênea. Para diferenciar o escore original da escala, nomearemos provisoriamente o escore validado pela nossa pesquisa em um contexto nordestino de SATIS-NE e IMPACT-NE.

burnout de Maslach manteve também os fatores originais, validados por Carlotto e Câmara (2004).

3. RESULTADOS

PERFIL DOS PARTICIPANTES

A Figura 2 apresenta o perfil dos participantes quanto a dados sócio-demográficos e ocupacionais, bem como as análises bivariadas para a presença de TMC segundo estas características. Chama a atenção que quase três quartos dos trabalhadores são do sexo feminino, o que suscita a importância da discussão sobre questões de gênero dentre trabalhadoras de saúde mental.

Figura 2: Ocorrência de variáveis socio-demográficas e ocupacionais e associação com diagnóstico de transtorno mental comum (TMC) para 580 trabalhadores de 37 centros de atenção psicossocial (CAPS) do estado do Ceará, 2007.

	n válido	ocorrências	percentual válido	erro- padrão	TMC (SRQ-20)	
					prevalência	erro- padrão
Sexo feminino	578	415	71,8%	(1,9%)	12,9%	(1,7%)
Faixa etária	554					
Até 24 anos de idade		42	7,6%	(1,1%)	7,3%	(4,1%)
25 a 34 anos de idade		204	36,8%	(2,1%)	11,8%	(2,3%)
35 a 44 anos de idade		180	32,5%	(2,0%)	14,2%	(2,6%)
45 ou mais anos de idade		128	23,1%	(1,8%)	9,2%	(2,6%)
Estado civil	579					
Solteiro		208	35,9%	(2,0%)	12,3%	(2,3%)
Casado		292	50,4%	(2,1%)	9,6%	(1,8%)
Separado/viúvo*		78	13,5%	(1,4%)	18,7%	(4,5%)
Escolaridade	579					
Até ensino fundamental		88	15,2%	(1,5%)	16,5%	(4,0%)
Ensino médio		189	32,6%	(2,0%)	9,2%	(2,1%)
Ensino superior		101	17,4%	(1,6%)	14,3%	(3,6%)
Pós-graduação lato/strictu		201	34,7%	(2,0%)	10,8%	(2,2%)
Ocupação	577					
Psiquiatra/médico		40	6,9%	(1,1%)	11,1%	(5,3%)
Enfermeiro*		29	5,0%	(0,9%)	24,1%	(8,1%)
Psicólogo		46	8,0%	(1,1%)	13,3%	(5,1%)
Assistente social		42	7,3%	(1,1%)	9,5%	(4,6%)
Terapeuta ocupacional		43	7,5%	(1,1%)	9,5%	(4,6%)
Aux./téc. enfermagem		46	8,0%	(1,1%)	6,8%	(3,8%)
Recepcionista		50	8,7%	(1,2%)	14,0%	(5,0%)
Cargo de chefia	575	81	14,1%	(1,5%)	11,5%	(3,6%)
Função de nível médio	576	300	52,1%	(2,1%)	11,4%	(1,9%)
Área exclusiva de ação	577					
Atendimento		356	61,7%	(2,0%)	12,5%	(1,8%)
Administrativa		194	33,6%	(2,0%)	11,7%	(2,4%)
Jornada semanal	577					
Até 20 horas		143	24,8%	(1,8%)	12,1%	(2,8%)
De 20 a 40 horas		322	55,8%	(2,1%)	10,8%	(1,8%)
40 ou mais horas		112	19,4%	(1,6%)	14,3%	(3,4%)
Tempo de trabalho na saúde mental	576					
Menos de 1 ano*		117	20,3%	(1,7%)	5,2%	(2,1%)
1 a 10 anos**		388	67,4%	(2,0%)	14,3%	(1,8%)
10 ou mais anos		71	12,3%	(1,4%)	9,1%	(3,6%)
Vínculo de trabalho	576					
Terceirizado/cooperado		177	30,7%	(1,9%)	8,0%	(2,1%)
CLT/concursado		259	45,0%	(2,1%)	14,4%	(2,2%)
Transtorno mental comum (SRQ-20)	562	66	11,7%	(1,4%)	—	—
Município de residência	561					
Mesmo município do CAPS		443	79,0%	(1,7%)	11,2%	(1,5%)
Fortaleza		223	39,8%	(2,1%)	14,0%	(2,3%)
Localização do CAPS	580					
Macrorregião de Fortaleza		446	76,9%	(1,8%)	11,4%	(1,5%)
Macrorregião de Sobral		75	12,9%	(1,4%)	9,5%	(3,4%)
Macrorregião de Cariri		59	10,2%	(1,3%)	17,5%	(5,1%)

Região Metropolitana	248	42,8%	(2,1%)	12,5%	(2,1%)
----------------------	-----	-------	--------	-------	--------

Chama também a atenção o número de trabalhadores com algum tipo de pós-graduação (residência, especialização e pós-graduação strictu sensu). Estes trabalhadores configuraram mais de um terço da amostra estudada.

Em relação ao vínculo trabalhista, cerca de 45% dos participantes declarou ser concursado ou ter contrato de acordo com a CLT. Aproximadamente 30% informou que trabalha como terceirizado ou cooperado. Restam ainda cerca de 25% que apresentam outras formas de vínculo, como “contratado”, “comissionado” e “temporário” (sic), entre outros. Trata-se de um número considerável de respostas e que traz alguma reserva quanto à compreensão deste item por parte dos participantes.

Quanto ao local de residência destes trabalhadores, 80% residiam nos municípios onde trabalham, e um número considerável reside em Fortaleza (40%), circulando para trabalhar em outros municípios da região metropolitana. Esta é uma característica particular dos psiquiatras que trabalham em CAPS.

Quanto à prevalência de transtornos mentais comuns pelo SRQ-20, estes resultados podem ser considerados relativamente baixos, comparados a outras amostras de trabalhadores, como no estudo de Delcor e colaboradores (*), com professores de escolas particulares cuja prevalência de TMC foi 41,5%, e, no âmbito da saúde, o estudo de Araújo e colaboradores (2003), que evidenciou prevalência de 33% em profissionais de enfermagem (nível superior e médio).

ANÁLISES BIVARIADAS

A Figura 3 apresenta os resultados das associações bivariadas entre as medidas das escalas SATIS-NE, IMPACT-NE e MBI e estas mesmas variáveis, a não ser os dados de localização dos CAPS, que serão comparados serviço a serviço. Estes dados devem ser interpretados com cautela, uma vez que pode haver o efeito confundidor de uma variável com a outra. Por exemplo, os médicos e psiquiatras mostraram-se estatisticamente mais insatisfeitos que o resto da amostra, o mesmo acontecendo com os que têm pós-graduação. Como quase todos os psiquiatras apresentam pós-graduação (residência em Psiquiatria), pode estar havendo aí um efeito confundidor que pode ser melhor esclarecido através das análises multivariadas. Todas as associações com significância estatística de $p < 0,1$ foram incluídas nas análises multivariadas.

Figura 3: Medidas de satisfação (SATIS-NE) e impacto (IMPACTO-NE), e subescalas do Inventário de Burnout de Maslach segundo variáveis socio-demográficas e ocupacionais de 580 trabalhadores de 37 centros de atenção psicossocial (CAPS); estado do Ceará, 2007.

Variáveis demográficas e ocupacionais	Escala de Satisfação		Escala de Impacto		Inventário de Burnout de Maslach					
					Exaustão Emocional		Realização Profissional		Despersonalização	
	média	d.-p.	média	d.-p.	média	d.-p.	média	d.-p.	média	d.-p.
Sexo feminino	3,45	0,57 *	1,73	0,53 **	1,55	1,07 **	4,66	0,88	0,67	0,80
Faixa etária										
Até 24 anos de idade	3,55	0,46 *	1,71	0,47	1,71	1,17	4,53	0,98	0,76	0,83
25 a 34 anos de idade	3,41	0,58 *	1,75	0,55	1,58	1,07	4,65	0,79	0,66	0,70
35 a 44 anos de idade	3,48	0,61 *	1,69	0,53 *	1,43	0,95 *	4,72	0,92	0,60	0,75
45 ou mais anos de idade	3,54	0,63 *	1,61	0,47 *	1,33	1,09 *	4,59	1,10	0,74	0,93
Estado civil										
Solteiro	3,45	0,58	1,70	0,48	1,62	1,06 *	4,65	0,85	0,66	0,78
Casado	3,52	0,59	1,69	0,56	1,41	1,02	4,65	0,97	0,70	0,81
Separado/viúvo	3,46	0,61	1,63	0,47	1,32	1,03	4,63	0,94	0,60	0,66
Escolaridade										
Até ensino fundamental	3,95	0,46 ***	1,53	0,47 **	1,42	1,20	4,84	1,00 **	0,99	1,05 **
Ensino médio	3,55	0,54 *	1,63	0,46	1,30	0,89 *	4,44	1,03 **	0,71	0,82
Ensino superior	3,35	0,55 ***	1,79	0,51 *	1,69	1,11 *	4,66	0,80	0,53	0,63
Pós-graduação lato/strictu	3,29	0,58 ***	1,76	0,59	1,56	1,05	4,75	0,79	0,57	0,62
Ocupação										
Psiquiatra/médico	3,06	0,69 ***	1,77	0,68	1,74	1,26	4,76	0,81	0,76	0,69
Enfermeiro	3,33	0,56 **	1,78	0,64	1,74	1,18	4,66	0,90	0,45	0,65
Psicólogo	3,24	0,52 *	1,76	0,49	1,53	0,97	4,96	0,62 *	0,44	0,58 *
Assistente social	3,34	0,52 **	1,72	0,43 *	1,57	0,90	4,79	0,65	0,47	0,57
Terapeuta ocupacional	3,19	0,63 **	1,90	0,64 *	1,85	1,21 *	4,43	0,91	0,62	0,60
Aux./téc. enfermagem	3,46	0,56 **	1,68	0,51 *	1,39	1,07	4,51	0,93	0,67	0,80
Recepcionista	3,53	0,46 **	1,70	0,50	1,46	0,99	4,58	1,01	0,97	0,85 **

NOTA: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; teste de Mann-Whitney.

Figura 3 (cont.): Medidas de satisfação (SATIS-NE) e impacto (IMPACTO-NE), e subescalas do Inventário de Burnout de Maslach segundo variáveis socio-demográficas e ocupacionais de 580 trabalhadores de 37 centros de atenção psicossocial (CAPS); estado do Ceará, 2007.

Variáveis e ocupacionais	Escala de Satisfação		Escala de Impacto		Inventário de Burnout de Maslach					
	média	d.-p.	média	d.-p.	Exaustão Emocional		Realização Profissional		Despersonalização	
					média	d.-p.	média	d.-p.	média	d.-p.
Cargo de chefia	3,57	0,55	1,76	0,54	1,61	1,03	4,69	0,80	0,62	0,74
Função de nível médio	3,64	0,54	1,61	0,45	1,33	0,99	4,58	1,02	0,78	0,88
Área exclusiva de ação										
Atendimento	3,35	0,58	1,73	0,55	1,54	1,07	4,71	0,84	0,62	0,71
Administrativa	3,72	0,52	1,60	0,46	1,34	0,98	4,52	1,05	0,78	0,90
Jornada semanal										
Até 20 horas	3,27	0,60	1,66	0,53	1,41	0,94	4,56	0,95	0,59	0,72
De 20 a 40 horas	3,54	0,55	1,74	0,55	1,52	1,08	4,71	0,88	0,67	0,79
40 ou mais horas	3,60	0,61	1,61	0,45	1,44	1,10	4,59	1,01	0,75	0,81
Tempo de trabalho na saúde mental										
Menos de 1 ano	3,63	0,54	1,63	0,48	1,21	0,94	4,60	0,96	0,61	0,73
1 a 10 anos	3,44	0,59	1,73	0,54	1,58	1,06	4,62	0,92	0,66	0,77
10 ou mais anos	3,51	0,63	1,58	0,50	1,36	1,10	4,91	0,84	0,84	0,92
Vínculo de trabalho										
Terceirizado/cooperado	3,54	0,57	1,65	0,54	1,41	1,03	4,74	0,90	0,67	0,79
CLT/concursado	3,45	0,60	1,73	0,53	1,52	1,08	4,53	0,94	0,71	0,81
Transtorno mental comum (SRQ-20)	3,26	0,64	2,21	0,54	2,62	1,12	4,14	0,70	0,95	0,89
Município de residência										
Mesmo município do CAPS	3,52	0,58	1,68	0,50	1,46	1,02	4,63	0,94	0,71	0,81
Fortaleza	3,28	0,58	1,77	0,57	1,62	1,10	4,64	0,89	0,61	0,68
Total	3,48	0,59	1,69	0,53	1,48	1,05	4,65	0,92	0,67	0,78

NOTA: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; teste de Mann-Whitney.

ANÁLISES MULTIVARIADAS

Os resultados da análise multivariada para as respostas dos participantes estão disponíveis na Figura 4. Em relação à apresentação de transtornos mentais comuns, as variáveis associadas independentemente foram: ser separado ou viúvo, estar trabalhando na saúde mental por 1 a 10 anos, e ser enfermeiro de nível superior. No tocante à associação com o estado civil, trata-se de um dado clássico e que não exige maiores comentários. No caso dos enfermeiros, a prevalência (24,1%) chegou a ser maior que a de enfermeiros de um hospital público baiano - 20% (ARAÚJO et al, 2003), e sugere uma atenção especial à saúde mental destes profissionais nos CAPS, que muitas vezes – pela sua peculiar relação com o conceito de cuidado (LEOPARDI et al, 2001) – estão na linha de frente do trabalho, absorvendo demandas que muitas vezes se mostram de forma mais organizada para outros profissionais. Propomos que este assunto possa ser aprofundado posteriormente em estudos qualitativos. Ainda quanto aos transtornos mentais comuns, nota-se que estes estão associados com resultados piores em quase todas as escalas. Embora isto não deixe de ser esperado, indica a necessidade de se atentar para este aspecto do trabalho em saúde mental, uma vez que provavelmente a saúde mental do profissional influencia desfechos clínicos nos usuários do serviço.

Rebouças e colaboradoras (2007) utilizaram os instrumentos SATIS-BR e IMPACT-BR para avaliar trabalhadores de um hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro com características manicomiais. Devido às mudanças realizadas nas escalas, não é possível avaliar diretamente os resultados nos dois estudos. No entanto, cabe ressaltar que, no caso da análise multivariada, alguns resultados foram semelhantes. Entre estes se incluem a associação entre menor impacto e baixa escolaridade. Curiosamente, houve um paralelo com o achado de que a vinculação de trabalho mais estável esteja associada com resultados menos favoráveis nas escalas. No nosso caso, encontramos menor realização profissional com vínculos estáveis. No estudo de Rebouças e colaboradoras, houve associação entre maior satisfação e ser contratado por ONG, e maior impacto e ter vínculo federal e municipal. No estudo carioca, houve associação de maior idade com maior satisfação e menor impacto. Embora o fator idade não tenha aparecido em nossa análise multivariada, pode ser que se trate, na verdade, do tempo de trabalho em saúde mental e o seu enfrentamento.

Figura 4: Resultados das análises multivariadas e resultados dos instrumentos aplicados (SATIS-NE, IMPACT-NE, MBI e SRQ-20) para 580 trabalhadores de 37 centros de atenção psicossocial (CAPS) do estado do Ceará, 2007.

	Menor	Maior
SATIS-NE – Satisfação	morar em Fortaleza atuar somente no atendimento ser portador de transtorno mental comum (SRQ-20) ser médico ou psiquiatra trabalhar na saúde mental de 1 a 10 anos ser terapeuta ocupacional	ter até ensino fundamental ter ensino médio
IMPACT-NE – Impacto	ter até ensino fundamental exercer função de nível médio	ser portador de transtorno mental comum (SRQ-20) exercer jornada de 20 a 40 horas
MBI – Exaustão emocional	exercer função de nível médio	ser portador de transtorno mental comum (SRQ-20) ser solteiro estar na saúde mental de 1 a 10 anos
MBI – Realização Profissional	ser portador de transtorno mental comum (SRQ-20) ter ensino médio ser terapeuta ocupacional atuar somente na administração vínculo concursado ou CLT	ter até ensino fundamental
MBI – Despersonalização	—	ter até ensino fundamental trabalhar na recepção
Transtorno mental comum pelo SRQ-20	—	ser separado ser enfermeiro estar na saúde mental de 1 a 10 anos

Quanto à escala SATIS-NE, nota-se a associação de menor satisfação com algumas variáveis, com efeitos independentes entre si: morar em Fortaleza, atuar somente em atendimento, ser médico/psiquiatra, ser terapeuta ocupacional e estar trabalhando na saúde mental num período de 1 a 10 anos. É interessante notar que no exemplo citado na seção sobre análise bivariada desaparece o efeito da pós-graduação e mantêm-se apenas as categorias de psiquiatras e terapeutas ocupacionais.

Ter escolaridade nenhuma, pouca ou média está associado com maior satisfação. No caso da escala IMPACT-NE, os fatores associados a maior impacto são a presença de TMC e jornadas de 20 a 40 horas. O efeito de jornadas de mais de 40 horas não pôde ser demonstrado, provavelmente, pelo pequeno número de trabalhadores nesta condição. Por

outro lado, há menor impacto para participantes com baixa escolaridade e que exerçam funções de nível médio no serviço (e é bom lembrar que há trabalhadores com nível superior que exercem este tipo de trabalho).

No caso da escala de *burnout*, é necessário examinar cada sub-escala. A exaustão emocional se apresenta associada de forma aumentada com as seguintes características independentes: ser solteiro, ter TMC e ter um tempo de trabalho em saúde mental de 1 a 10 anos; e reduzida nos que exercem funções de nível médio. Mais uma vez, o efeito da baixa escolaridade traz respostas mais favoráveis, também no caso da sub-escala de realização profissional. Só que, dessa vez, ao contrário de outros resultados, ter ensino médio está associado com baixa realização, assim como trabalhar exclusivamente em funções administrativas. Ainda neste tópico, podemos notar que os terapeutas ocupacionais também se sentem pouco realizados, assim como os portadores de TMC. Chama a atenção o fato de que os indivíduos com vínculos mais estáveis (concursados e contratados pela CLT) apresentam menores escores na subescala realização profissional. Quanto à escala de despersonalização, que é a tendência de se ver e tratar as pessoas como objetos, duas características se destacaram por se associarem com este domínio: ter pouca escolaridade e trabalhar na recepção.

Vale notar que, no geral, pouca ou média escolaridade estão associadas com escores mais favoráveis. É importante questionarmos as limitações do método quantitativo para objetos desta natureza, e levantar questões que provavelmente só poderão ser esclarecidas com uma abordagem qualitativa, como: o que é satisfação para estes profissionais? Outra associação preocupante é o fato de que os profissionais de baixa escolaridade responderam de forma afirmativa às perguntas sobre a tendência a se tratar pessoas como objetos (e a formulação dos itens é bastante clara quanto a isto). Levando em consideração a importância de todos os profissionais dos CAPS compreenderem a importância da humanização e do acolhimento, mostra-se relevante nos debruçarmos com maior cuidado sobre os profissionais que não são de nível superior, em especial os recepcionistas.

Em relação ao tempo de trabalho, a análise bi e multivariada indicam que existe um efeito protetivo em se estar há pouco ou há muito tempo trabalhando com saúde mental – no primeiro caso, por ainda não ter sido suficientemente exposto ao estresse deste tipo de lidas, no segundo, por já ter desenvolvido mecanismos de enfrentamento. Evidentemente, trata-se de um raciocínio hipotético que precisa posteriormente ser verificado e avaliado inclusive com estudos qualitativos.

Quanto às categorias profissionais, há um destaque claro, além da associação de TMC com a enfermagem, de médicos e psiquiatras (mais insatisfeitos) e terapeutas ocupacionais (mais insatisfeitos e menos realizados profissionalmente). Observe-se que a categoria melhor remunerada é a mais insatisfeita. Talvez caiba perguntar se a prática destes profissionais está sendo realizada de forma verdadeiramente comunitária, e não ambulatorial. Estes

profissionais podem estar insatisfeitos, entre outras razões, tanto por desejarem trabalhar de forma mais próxima à atenção psicossocial e não conseguirem – pela pressão da demanda ambulatorial por prescrições – ou por talvez não se adaptarem justamente à demanda de novas atividades psicossociais, como o atendimento grupal e visitas domiciliares. Estes dois pólos extremos, não mutuamente excludentes, dependerão, evidentemente, do contexto de relacionamento com o restante da equipe do CAPS. Este tema se mostra um ponto palpitante para análises quali-quantitativas no futuro.

No caso dos terapeutas ocupacionais, existe toda uma antiga discussão sobre a própria identidade da categoria, que evidencia uma “crise” na interação com a biomedicina reducionista (KIELHOFNER, FAOTA, 2004; p. 44). Uma outra possibilidade a ser levantada, que pode ser percebida nas queixas de terapeutas ocupacionais que trabalham em CAPS, é a queixa constante da falta de insumos materiais importantes para ação desta categoria, que utiliza por excelência objetos intermediários para a terapêutica. De qualquer maneira, vale frisar que, de forma independente a ser terapeuta ocupacional ou médico, o fato de se trabalhar no atendimento está associado a piores níveis de satisfação – embora trabalhar só na administração esteja ligado a piores níveis de realização profissional.

Em resumo, embora não seja possível estabelecer relações causais em um estudo deste tipo, pela ausência de um componente longitudinal, é possível explorar várias informações interessantes que podem ser perseguidas posteriormente em abordagens quantitativas (de forma a estabelecer nexos causais) e qualitativas (de forma a ampliar nossa compreensão sobre estes fenômenos).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi Investigar as condições organizacionais dos CAPS gerais do Ceará, considerando as repercussões na saúde mental dos trabalhadores dos serviços. Investigar a saúde mental dos cuidadores, a satisfação e impacto do trabalho nas condições de saúde e bem estar é importante tendo em vista as repercussões no processo de cuidado. Utilizando-se cinco instrumentos distintos, de natureza quantitativa, procurou-se identificar os principais determinantes da saúde mental dos cuidadores e o estado geral desses trabalhadores.

A pesquisa constitui um marco importante na área da saúde mental dos “trabalhadores em saúde mental”, uma vez que a amostra do estudo se aproxima de um censo de toda a categoria no estado do Ceará, abarcando os trabalhadores de 36 CAPS da região. Os resultados mostram uma relação positiva entre ser portador de transtorno mental comum (SRQ-20) e a presença de insatisfação com o trabalho, bem como maior impacto deste sobre o trabalhador, maior exaustão emocional e menor realização profissional. Nesse caso, é difícil determinar a natureza das associações. No entanto, essas relações, em si, indicam a necessidade de um melhor cuidado dos servidores, uma vez que suas condições de saúde mental podem afetar diretamente o trabalho de atendimento dos usuários.

Outra dimensão importante tem a ver com o fato de ser médico ou psiquiatra da equipe. Os médicos e psiquiatras são os menos satisfeitos e, com os outros profissionais de nível superior, sofrem o maior impacto do trabalho. Além disso, os profissionais de nível superior apresentam maior exaustão emocional e menor realização profissional na escala de *burnout*. Os dados, tomados em conjunto, mostram o sofrimento dos cuidadores da saúde mental, dada a imensa carência dos usuários, demanda, e poucos recursos para suprir essas necessidades.

A ainda a questão do tempo de serviço na área de saúde mental, de certa forma relacionada à anterior: a análise quantitativa mostrou que estar trabalhando na área por, relativamente, pouco tempo (entre 1 a 10 anos) é fator de menor satisfação com o trabalho, maior exaustão emocional e gerador de transtornos mentais comuns. Talvez o pouco tempo de trabalho dê origem a sentimentos negativos diante da resolutibilidade dos transtornos mentais dos clientes atendidos, acentuando o sentimento de inutilidade do trabalho e a importância das questões relacionais e intersubjetivas. Com o passar dos anos, o cuidador acaba por entender melhor a situação, conhecendo os limites ou se acomodando melhor à situação.

Ficam ainda diversas questões por compreender, indicando a necessidade de novos estudos, especialmente de natureza qualitativa, complementa a investigação realizada pelos questionários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, K.L.; STOLL, I.; RAMOS, L.S.; BAUMGARDT; R.A. & KRISTENSEN, C.H. (2002). Estresse ocupacional e Síndrome de *Burnout* no exercício profissional da psicologia. *Psicol. cienc. prof.* v.22 n.2 Brasília jun. [SciELO 16/03/2007]

ACKER GM. (1999). The impact of clients' mental illness on social workers' job satisfaction and burnout. *Health Soc Work*;24(2):112-9, May.

AHOLA K, HONKONEN T, ISOMETSÄ E, KALIMO R, NYKYRI E, AROMAA A, et al. (2005). The relationship between job-related *burnout* and depressive disorders - results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord.*;88(1):55-62.

ALMEIDA OP. (1999). Sintomas Psiquiátricos Entre Pacientes Com Demência Atendidos Em Um Serviço Ambulatorial. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* vol.57 n.4 São Paulo Dec.

ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saúde Pública*, v.37, n.4, p. 424-33, 2003.

ATANCE MARTINEZ JC. (1997). Epidemiologic aspects of the *burnout* syndrome in hospital personnel. *Rev Esp Salud Publica.*;71(3):293-303.

BANDEIRA M, PITTA AMF, MERCIER C. (1999). Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48 (6) : 233-44.

BANDEIRA, M., PITTA, AMF E MERCIER, C. (2000). Escalas Brasileiras de Avaliação da Satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 49 (4): 105-115.

BENEVIDES-PEREIRA AMT, org. (2002). *Burnout*: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo.

BORGES LH, JARDIM SR, SILVA FILHO JF & SILVA MGR. (1997). Uso do self reporting questionnaire em estudos sobre a saúde mental dos trabalhadores *J. bras. psiquiatr*;46(9):483-6, set.

BORGES LO; ARGOLO JCT & BAKER MCS. (2006). Os valores organizacionais e a Síndrome de *Burnout*: dois momentos em uma maternidade pública. *Psicol. Reflex. Crit.*, 2006, vol.19, no.1, p.34-43.

BORGES, L.O.; ARGOLO, J.C.T.; PEREIRA, A.L.S.; MACHADO, E.A.P.; SILVA, W.S. (2002). A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicol. Reflex. Crit.*, 15 (1). 189-200.

BRASIL, Ministério da Saúde. (2001). Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

CABALLERO MARTIN M, BERMEJO FERNANDEZ F, NIETO GÓMEZ R, CABALLERO MARTINEZ F. (2001). Prevalence and factors associated with *burnout* in a health area. *Aten Primaria*;27(5):313-7.

CABANA MCFL, LUDEMIR AB, SILVA ER, FERREIRA MLL, PINTO MER. (2007). Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. *J Bras Psiquiatr*. 56(1): 33-40.

CARLOTTO MS. (2002). A síndrome de *Burnout* e o trabalho docente. *Psicol. estud.*, Jun, vol.7, no.1, p.21-29.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. (2004). Análise fatorial do Malasch Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em Estudo*, v.9, n.3, set./dez. 2004, p. 499-505.

CARLOTTO MS & PALAZZO LS. (2006). Síndrome de *burnout* e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. *Cad. Saúde Pública*, Maio 2006, vol.22, no.5, p.1017-1026.

COLLINS S & LONG A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers--a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*;10(4):417-24, Aug.

COSTA JSD,; MENEZES AMB, OLINTO MTA, GIGANTE DP, MACEDO S, BRITTO MAP & FUCHS SC. (2002). Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev. bras. epidemiol.* vol.5 no.2 São Paulo Aug.

GASTAUD MB, SOUZA LDM, BRAGA L, HORTA CL, OLIVEIRA FM, SOUSA PLR & SILVA RA. (2006). Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de Psicologia: Estudo Transversal. *Rev Psiquiatr RS jan/abr*; 28(1):12-18.

GLASBERG J et al. (2007). Prevalence of the burnout syndrome among Brazilian medical oncologists. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, Feb, vol.53, no.1, p.85-89.

GIL-MONTE PR. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (*Burnout*) en profesionales de enfermería. *Psicol. estud.*, Jun, vol.7, no.1, p.3-10.

HANNIGAN B; EDWARDS D; COYLE D; FOTHERGILL A; BURNARD P. (2000). Burnout in community mental health nurses: findings from the all-Wales stress study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*; 7(2):127-34, Apr.

HISCOTT RD & CONNOP PJ. (1990). The health and wellbeing of mental health professionals. *Can J Public Health*;81(6):422-6, Nov-Dec.

JARDIM SR, SILVA FILHO JF. (2001). O desemprego do trabalho na saúde mental: campo e poder do diagnóstico psiquiátrico na assistência aos trabalhadores. In: Venâncio AT, Cavalcanti MT, orgs. *Saúde mental: campo, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA; p. 193-214.

JEANNEAU M & ARMELIUS K. (2000). Self-image and burnout in psychiatric staff *J Psychiatr Ment Health Nurs*;7(5):399-406, Oct.

KIELHOFNER, G.; FAOTA, L. *Conceptual foundations of occupational therapy*. 3ª ed. Filadélfia: F. A. Davis Company, 2004. 284 p.

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem. *Texto & contexto enfermagem*, v.10, n.1, p. 32-49, 2001.

LLOYD C & KING R. (2004). A survey of burnout among Australian mental health occupational therapists and social workers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*;39(9):752-7, Sep.

LUDEMIR AB. (2005). Associação dos Transtornos Mentais Comuns com a informalidade das relações de trabalho. *J Brás Psiquiatr*. 54(3): 198:204.

MARI J & WILLIAMS PA(1985). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Brit. J. Psychiatry*, 148: 23-26.

MARTIN U & SCHINKE SP. (1998). Organizational and individual factors influencing job satisfaction and burnout of mental health workers. *Soc Work Health Care*;28(2):51-62.

MASLACH C.; SCHAUFELI WB & LEITER MP. (2001). Job *burnout*. *Annu Rev Psychol*.;52:397-422.

MARTINEZ, MC; PARAGUAY, AIBB.(2003). Satisfação e saúde no trabalho - aspectos conceituais e metodológicos *Cad. Psicol. Soc. Trab.* v.6 São Paulo dez.

MERHY EE. (2002). *Saúde: a Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: HUCITEC.

MERHY EE. (2007). Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY EE. & AMARAL H. (Orgs.). *A Refomra Psiquiátrica no Cotidiano II*. São Paulo: HUCITEC.

NOGUEIRA-MARTINS L.A.(2004). et al. The mental health of graduate students at the Federal University of São Paulo: a preliminary report. *Braz J Med Biol Res*, Oct, vol.37, no.10, p.1519-1524.

RABELO AR, MATTOS AAQ, COUTINHO DM, PEREIRA NN. (2006). *Um Manual para o CAPS: Centros de Atenção Psicossocial*. 2ª ed. Salvador: EDUFBA.

REBOUÇAS D; LEGAY LF & ABELHA L. (2007). Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Rev. Saúde Pública* vol.41 no.2 São Paulo Apr.

REIS EJM, et al. (2006). Docência e exaustão emocional. *Educ. Soc.*, Abr vol.27, no.94, p.229-253.

SILVEIRA, NM.; VASCONCELLOS, S.J.L.; CRUZ, L.P.; KILES, R.F.; SILVA, T.P.; CASTILHOS, D.G.; GAUER, G.J.C. (2005). Avaliação de burnout em uma amostra de policiais civis. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 27 (2): 159-163.

SOBRINHO CLN.; CARVALHO, F.M.; BONFIM, T.A.S.; CIRINO, C.A.S.; FERREIRA, I.S. (2006). Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 22 (1). 131-140.

TAMAYO MR & TRÓCCOLI BT. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho . *Estud. psicol. (Natal)*, Jan, vol.7, no.1, p.37-46.

THOMSEN S, SOARES J, NOLAN P, DALLENDER J, ARNETZ B. (1999). Feelings of professional fulfillment and exhaustion in mental health personnel: the importance of organisational and individual factors. *Psychother Psychosom*; 68(3):157-64.

THORESEN CJ, KAPLAN SA, BARSKY AP, WARREN CR, DE CHERMONT K.(2003). The affective underpinnings of job perceptions and attitudes: a meta-analytic review and integration. *Psychol Bull*;129(6):914-45.

TUCUNDUVA L.; TOMANIK CM et al. (2006). A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, Abr, vol.52, no.2, p.108-112.