

Rosi Meri da Silva



**SAÚDE MENTAL DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA QUE ATUAM
NOS CENTROS DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Porto, 2020

Rosi Meri da Silva



**SAÚDE MENTAL DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA QUE ATUAM
NOS CENTROS DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Porto, 2020

Rosi Meri da Silva

**SAÚDE MENTAL DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA QUE ATUAM
NOS CENTROS DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Rosi Meri da Silva

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Isabel Silva.

Resumo

Apesar de existirem inúmeras pesquisas na área de saúde mental do trabalhador, ainda se faz necessário sua expansão para outros contextos profissionais, em especial, para profissionais que atuam nos Centros de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Os CREAS são equipamentos públicos, que integrando o Sistema Único de Assistência Social - SUAS, especificamente, a política de média complexidade, que atende indivíduos e famílias com direitos violados (Ministério do Desenvolvimento Social, 2011). Os CREAS são constituídos por equipes de referência, formadas por profissionais efetivos, que são diretamente responsáveis por organizar e estruturar o SUAS, considerando o número de famílias ou indivíduos referenciados (Ferreira, 2011). Diante disso, o objetivo da presente pesquisa foi identificar os fatores que podem favorecer e os fatores que podem prejudicar a saúde mental positiva e o bem-estar, e aumentar a doença mental e sintomas de psicopatologia das equipes de referência, que atuam nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS da Grande Florianópolis. Trata-se de um estudo exploratório, através do método misto, desenvolvido junto das equipes de referência dos CREAS, instalados nos municípios de médio e grande porte da microrregião de Florianópolis. A coleta de dados foi realizada por meio de um protocolo de pesquisa, contendo: questionário sociodemográfico e de trabalho, roteiro de *focus group*, guião para entrevista semiestruturada, versão reduzida da Escala de Ansiedade Depressão e Estresse - DASS-21, *Maslach Burnout Inventory General Survey*, Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edimburgo, Escala *Continuum* de Saúde Mental versão reduzida (MSC-SF). Os dados quantitativos foram analisados através de procedimentos estatísticos, já os dados qualitativos, foram sujeitos a uma análise de conteúdo de acordo com as orientações de Bardin. Como resultados temos que a saúde mental positiva teve uma M = de 56,85, apresentando resultados acima da média para o bem-estar emocional e bem-estar psicológico, no entanto, a maioria dos profissionais está abaixo da média para o bem-estar social. No que se refere ao bem-estar mental, foi constatado que a maioria dos profissionais encontra-se acima da média para o bem-estar mental (M = 49,53), com percentual significativo de 47,0% dos profissionais com bem-estar mental abaixo da média. No que se refere à psicopatologia, apesar dos valores normal/leve serem superiores em todas as subescalas da DASS-21, se identificou altos percentuais de profissionais com algum indício de perturbação: 31,3% apresentaram sintomas depressivos, 40% sintomas de estresse e 30,4% sintomas de ansiedade. No que diz respeito ao *burnout*, foi identificado que 70,4% dos profissionais apresentaram incidência entre moderado e alto para *burnout*, enquanto apenas 29,6% dos profissionais apresentaram baixa incidência para *burnout*. Os resultados das entrevistas com coordenadores ou diretores e os *focus group*, apontam que os profissionais, em sua maioria, se encontram adoecidos, em especial pelas condições de trabalho, ocasionadas pela sobrecarga de trabalho e pressão por resultados, porém, foi identificado, que grande parte dos profissionais gosta do que faz principalmente, do contato com os indivíduos e famílias. Através dos resultados concluímos que um número significativo de profissionais das equipes de referência dos CREAS da Grande Florianópolis, estão adoecidos, em especial, no que se refere a síndrome de *burnout*, sendo necessário pensar estratégias de prevenção em saúde mental no ambiente de trabalho.

Palavras-chave: CREAS; Equipes de Referência; Saúde mental; Saúde mental positiva; Bem-estar; Sintomas de psicopatologia; Síndrome de *burnout*.

Abstract

Although there are numerous researches in the area of worker's mental health, it is still necessary to expand it to other professional contexts, especially for professionals who work at the Specialized Reference Centers for Social Assistance - CREAS. CREAS are public facilities that integrate the Unified Social Assistance System - SUAS, specifically, the medium complexity policy that serves individuals and families with violated rights (Ministry of Social Development, 2011). CREAS are made up of reference teams, made up of effective professionals, who are directly responsible for organizing and structuring SUAS, considering the number of families or individuals referenced (Ferreira, 2011). Thus, the aim of this research was to identify the factors that can favor and the factors that can undermine the positive mental health and well-being, and increase mental illness and symptoms of psychopathology of reference teams, which act the Specialized reference Centers of Social Assistance -. CREAS of Florianópolis. This is an exploratory study, through the mixed method, developed with the reference teams CREAS installed in medium and large cities in the micro-region of Florianópolis a. data collection was conducted through a research protocol containing: survey sociodemographic and work, focus group script, screenplay for semi-structured interview, reduced version of the Anxiety Scale Depression and Estresse - DASS-21, Maslach Burnout Inventory General Survey, Scale Wellness Mental Warwick-Ediburgo, Health Continuum Scale Mental reduced version (MSC-SF). quantitative data were analyzed by statistical procedures, and qualitative data were subjected to content analysis according to Bardin guidelines. As a result we found a mean positive mental health of 56.85, presenting above average results for emotional and psychological well-being, however, most professionals are below average for social well-being. Regarding mental well-being, it was found that most professionals are above average for mental well-being ($M = 49.53$), with a percentage of 47.0% of professionals below average mental well-being. Regarding psychopathology, although normal / mild values were higher in all subscales of DASS-21, we identified high percentages of professionals with some indication of disturbance: 31.3% had depressive symptoms, 40% symptoms of estresse and 30.4% anxiety symptoms. Regarding burnout, it was identified that 70.4% of professionals had a moderate to high incidence for burnout, while only 29.6% of professionals had a low incidence for burnout. The results of the interviews with coordinators or directors and focus groups, indicate that most professionals are sick, especially due to working conditions, caused by work overload and pressure for results. Professionals mainly like what they do and like the contact with individuals and families. From the results, we concluded that a significant number of professionals of CREAS reference teams of Greater Florianópolis are sick, especially with regard to Burnout Syndrome, being necessary to think about prevention strategies in mental health in the workplace.

Keywords: CREAS; Reference Teams; Mental health; Positive mental health; Welfare; Psychopathology symptoms; *Burnout* syndrome.

Dedicatórias

Dedico esta pesquisa a meu pai, por ter sempre acreditado no meu potencial, mesmo na sua ausência física você está em mim nas suas palavras e no seu olhar.

Dedico de coração aos meus filhos João Gabriel da Silva Sens e José Paulo da Silva Sens que apesar de tão pequenos, tiveram a serenidade e sabedoria para na minha ausência a força do amor brotar.

Agradecimentos

Ao finalizar este percurso tão importante da minha vida queria expressar o meu agradecimento a todos àqueles que tiveram presentes e me apoiaram nesta caminhada. A presente Dissertação de Mestrado é o culminar de um percurso desafiante, intenso e muito gratificante, a nível académico, profissional e pessoal.

Agradeço, à minha orientadora Professora Dra. Isabel Silva, por todo o apoio, assertividade e disponibilidade demonstrada ao longo destes meses, pelas palavras de encorajamento e incentivo neste percurso.

A todos as Secretárias Municipais de Assistência Social, Diretoras de Média Complexidade, Coordenadoras, Gerentes, Diretoras e profissionais dos CREAS da Grande Florianópolis por terem disponibilizado seu tempo e contribuído de forma tão especial nessa pesquisa.

Agradeço em especial ao meu marido Marcos Paulo Sens pelo apoio incondicional ao meu crescimento pessoal e profissional, por ser meu alicerce na distância Te Amo.

Agradeço à minha família por todo amor e apoio nesta caminhada, em especial a minha mãe Vilma, minhas irmãs Naldir e Neide e minha sogra Erica.

A minha equipe de trabalho da Secretaria Municipal de Educação, Cultura e Desporto de Angelina, por todo apoio nessa jornada, vocês foram fundamentais na conclusão desta pesquisa, Marcia, Jéssica, Mariana, Roseli, Leandro e seu Tita a vocês o meu muito obrigado.

Ao Prefeito Municipal de Angelina, Gilberto Orlando Dorigon e meu colega de trabalho José Vamir Schimitt, obrigada por me proporcionarem as devidas liberações legais para participar das aulas e realizar a presente pesquisa.

A meus colegas de turma, obrigada por todo apoio nesta trajetória, aqui vale um agradecimento especialmente a você Renato por me auxiliar nas horas de dificuldade, com uma palavra de incentivo.

A todos o meu sincero Obrigada!

Índice

| | |
|---|-----------|
| Introdução | 1 |
| PARTE I – Enquadramento Teórico | 6 |
| Capítulo I - Trabalho e suas Implicações na Saúde do Trabalhador | 7 |
| 1.1.Trabalho versus trabalhador..... | 8 |
| 1.2. Saúde e doença no ambiente de trabalho | 10 |
| Capítulo II - Psicopatologia e suas manifestações no ambiente de trabalho..... | 16 |
| 2.1. Psicopatologia..... | 17 |
| 2.2. Depressão e sua implicações no ambiente de trabalho | 18 |
| 2.3. Ansiedade e ansiedade no trabalho | 21 |
| 2.4. Estresse e estresse ocupacional..... | 22 |
| 2.5. Síndrome de burnout..... | 25 |
| Capítulo III - Psicologia Positiva e Bem-Estar no Trabalho | 30 |
| 3.1.Psicologia Positiva..... | 31 |
| 3.2. Bem-Estar no Trabalho | 34 |
| 3.2.1. Bem-estar subjetivo | 36 |
| 3.2.2. Bem-estar Psicológico | 37 |
| 3.2.3.Bem-estar Social | 38 |
| PARTE II - Estudo Empírico | 40 |
| Capítulo IV - Investigação | 41 |
| 4.1.Introdução | 42 |
| 4.2. Objetivos..... | 42 |
| 4.3. Metodologia | 43 |
| 4.3.1 Caracterização da amostra..... | 43 |
| 4.3.2. Instrumentos..... | 46 |
| 4.3.2.1. Questionário Socio-demográfico..... | 46 |
| 4.3.2.2. Guião para as Entrevistas dos Coordenadores e ou Diretores | 47 |
| 4.3.2.3. Guião aplicado ao Focus Group | 48 |
| 4.3.2.4. Escala de Bem Estar Mental de Warwick-Edinburgh | 48 |
| 4.3.2.5. Escala Continuum de Saúde Mental (MHC-SF) | 49 |

| | |
|---|------------|
| 4.3.2.6. Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse-Escala DASS-21 | 50 |
| 4.3.2.7. Maslach Burnout Inventory General Survey - MBI-GS..... | 50 |
| 4.3.3. Procedimento | 51 |
| 4.3.4. Análise e interpretação dos dados..... | 53 |
| Capítulo V –Resultados | 55 |
| 5.1.Resultados quantitativos por objetivos | 56 |
| 5.2.Resultados Qualitativos Entrevistas dos Coordenadores..... | 92 |
| 5.2.1.Percepções acerca das definições do bem estar e da Saúde Mental..... | 93 |
| 5.2.1.1. Critérios que determinam o bem estar e saúde mental | 93 |
| 5.2.1.2. A percepção dos profissionais quanto o bem-estar e a saúde mental | 94 |
| 5.2.2. A Saúde Mental das Equipes do CREAS..... | 95 |
| 5.2.2.1. A influência do trabalho no bem estar e saúde mental do sujeito | 96 |
| 5.2.2.2. Rotina no Trabalho | 98 |
| 5.2.2.3. Sentimentos da Equipe | 99 |
| 5.2.2.4. Famílias atendidas | 100 |
| 5.2.3. Percepção de prevenção de saúde mental | 101 |
| 5.3.Caracterização do Focus Grupo | 102 |
| 5.3.1.Bem estar e Saúde Mental..... | 102 |
| 5.3.1.1. Critérios que determinam o bem-estar e saúde mental..... | 104 |
| 5.3.1.2. A percepção dos profissionais quanto ao bem-estar e a saúde mental nos profissionais..... | 106 |
| 5.3.1.3. Prevenção para a saúde mental, todos com seus respectivos registros semânticos | 108 |
| 5.3.2. Atividade profissional | 108 |
| 5.3.2.1. Ambiente de trabalho..... | 110 |
| 5.3.2.2. Relação Profissional | 112 |
| 5.3.2.3. Valorização pessoal | 115 |
| 5.3.3. Atendimento a comunidade..... | 116 |
| 5.3.3.1. Trabalho com as famílias..... | 116 |
| 5.3.3.2. Direitos do Cidadão | 117 |
| Capítulo VI – Discussão | 119 |
| Capítulo VII - Conclusão | 139 |

| | |
|--|------------|
| Referências | 144 |
| ANEXOS | 156 |
| ANEXO A - DECLARAÇÕES: AUTORIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA | 157 |
| ANEXO B -AUTORIZAÇÃO PARA USO DE INSTRUMENTO..... | 161 |
| ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Equipe de Referência)..... | 168 |
| ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Equipe de Referência “focus group”)..... | 172 |
| ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Equipe de Referência- Coordenador ou Diretor)..... | 176 |
| ANEXO F - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO | 180 |
| ANEXO G - GUIÃO FOCUS GROUP..... | 184 |
| ANEXO H - GUIÃO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA | 187 |
| ANEXO I - ESCALA DE BEM-ESTAR MENTAL DE WARWICK-EDINBURGH | 190 |
| ANEXO J - ESCALA CONTINUUM DE SAÚDE MENTAL - MHC-SF | 192 |
| ANEXO K - ESCALA DE ANSIEDADE DEPRESSÃO E ESTRESSE-Escalas DASS-21 | 194 |
| ANEXO L - ESCALA MBI-GS (MASLACH BURNOUT INVENTORY GENERAL SURVEY)..... | 196 |
| ANEXO M - PARECER CONSUBSTANCIADO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA PLATAFORMA BRASIL..... | 199 |

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|----------|---|----|
| Figura 1 | Fatores que determinam o estresse | 24 |
| Figura 2 | O modelo de PERMA | 32 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------|--|-----|
| Tabela 1 | Indicadores e parâmetros que organizam a disfunção ou deficiência causadas pelos transtornos mentais e do comportamento..... | 13 |
| Tabela 2 | Distribuição da Concessão de Auxílio-Doença por Transtornos Mentais e Comportamentais entre 2012 e 2016 por Categoria da Classificação Internacional de Doenças (CID10)..... | 20 |
| Tabela 3 | Distribuição da amostra por sexo (N= 115)..... | 43 |
| Tabela 4 | Distribuição da amostra por idade | 44 |
| Tabela 5 | Distribuição da amostra por grau de estado civil..... | 44 |
| Tabela 6 | Distribuição da amostra por grau de instrução | 44 |
| Tabela 7 | Distribuição da amostra por trabalho no CREAS..... | 45 |
| Tabela 8 | Distribuição da amostra por função no CREAS | 45 |
| Tabela 9 | Distribuição da amostra por carga horária semanal no CREAS..... | 45 |
| Tabela 10 | Distribuição da amostra por turno de trabalho no CREAS..... | 46 |
| Tabela 11 | Avaliação Escala Continuum de Saúde Mental (MHC-SF) | 57 |
| Tabela 12 | Escala de Bem Estar Mental de Warwick-Edinburgh e Escala de Saúde Mental Positiva MHC-SF | 58 |
| Tabela 13 | Comparação dos níveis de bem-estar mental entre os profissionais..... | 58 |
| Tabela 14 | Avaliação das Dimensões de Bem-estar da Escala MHC-SF..... | 59 |
| Tabela 15 | Subescalas Depressão, Estresse e Ansiedade | 59 |
| Tabela 16 | Avaliação da Escala MBI-GS | 60 |
| Tabela 17 | Índices das Dimensões do Burnout e do Burnout Geral (MBI-GS) | 61 |
| Tabela 18 | Subescalas Depressão, Estresse e Ansiedade por sexo (N=115)..... | 62 |
| Tabela 19 | Subescalas Depressão, Estresse e Ansiedade por faixa etária (N=115) | 63 |
| Tabela 20 | Exaustão Emocional / Cinismo/ Eficácia no Trabalho por sexo (N=115) ... | 64 |
| Tabela 21 | Exaustão Emocional / Cinismo/ Eficácia no Trabalho por idade (N=115) .. | 65 |
| Tabela 22 | Exaustão Emocional /Cinismo/ Eficácia no Trabalho por profissão (N=115) | 66 |
| Tabela 23 | Comparação dos níveis de Bem-Estar Mental entre os profissionais (N=115) | 666 |
| Tabela 24 | Distribuição da amostra por autoavaliação da saúde mental e física (N=115) | 67 |

| | | |
|-----------|--|----|
| Tabela 25 | Distribuição da amostra por uso de medicação psiquiátrica (N=115)..... | 67 |
| Tabela 26 | Distribuição da amostra por opinião sobre apoio psicológico (N=115)..... | 68 |
| Tabela 27 | Apoio para execução do trabalho (N=115)..... | 68 |
| Tabela 28 | Distribuição da amostra por ausência de trabalho por doença (N=115)..... | 69 |
| Tabela 29 | Avaliação da Escala de Saúde Mental Positiva | 69 |
| Tabela 30 | Subescalas depressão, Estresse e Ansiedade (N=115) | 70 |
| Tabela 31 | Incidência de Burnout nos profissionais..... | 70 |
| Tabela 32 | Associação Bem-Estar Emocional e Sintomas de Psicopatologia..... | 71 |
| Tabela 33 | Associação Bem-estar Social e Sintomas de Psicopatologia..... | 72 |
| Tabela 34 | Associação Bem-Estar Psicológico e Sintomas de Psicopatologia | 73 |
| Tabela 35 | Associação entre Auto Avaliação da Saúde Física e Mental com Uso de Medicação Psiquiátrica..... | 74 |
| Tabela 36 | Associação entre Faltas ao Trabalho, Atestados Médicos, Consultas com a Auto Avaliação de Saúde Mental. | 74 |
| Tabela 37 | Associação entre Faltas ao Trabalho, Atestados Médicos, Consultas com a Auto Avaliação de Saúde Física. | 75 |
| Tabela 38 | Associação Sintomas Psicopatologias e ambiente de trabalho – Exaustão Emocional..... | 76 |
| Tabela 39 | Associação Sintomas Psicopatologias e ambiente de trabalho – Cinismo ... | 77 |
| Tabela 40 | Associação Sintomas Psicopatologias e ambiente de trabalho – Eficácia do Trabalho..... | 78 |
| Tabela 41 | Associação estado de saúde e ambiente de trabalho – Burnout..... | 79 |
| Tabela 42 | Associação entre a escala global de Burnout e o uso de medicação | 79 |
| Tabela 43 | Associação entre a escala global de Burnout e as variáveis: atestado e falta ao trabalho | 80 |
| Tabela 44 | Associação Escala de Saúde Positiva Mental e Bem Estar | 81 |
| Tabela 45 | Avaliação Associação Bem Estar Emocional e Síndrome de Burnout | 82 |
| Tabela 46 | Avaliação Associação Bem-Estar Social e Síndrome de Burnout | 83 |
| Tabela 47 | Avaliação Associação Bem Estar Psicológico e Síndrome de Burnout | 84 |
| Tabela 48 | Subescalas depressão, Estresse e Ansiedade por profissão | 85 |
| Tabela 49 | A Avaliação Associação Depressão e Ambiente de Trabalho..... | 86 |
| Tabela 50 | Avaliação Associação Estresse e Ambiente de Trabalho | 87 |

| | |
|--|-----|
| Tabela 51 Avaliação Associação Ansiedade e Ambiente de Trabalho | 88 |
| Tabela 52 Incidência de Burnout..... | 88 |
| Tabela 53 Estatísticas descritivas para as escalas EE, CI e ET | 89 |
| Tabela 54 Distribuição da amostra por EE, CI e ET | 89 |
| Tabela 55 Exaustão Emocional / Cinismo/ Eficácia no Trabalho amostra por sexo..... | 90 |
| Tabela 56 Exaustão Emocional / Cinismo/ Eficácia no Trabalho amostra por idade ... | 91 |
| Tabela 57 Exaustão Emocional /Cinismo/ Eficácia no Trabalho amostra por profissão | 92 |
| Tabela 58 Categorias sobre a Percepções acerca das definições do bem estar e da Saúde Mental..... | 93 |
| Tabela 59 Categorias sobre a Saúde Mental das Equipas do CREAS..... | 95 |
| Tabela 60 Categorias sobre a Percepção da Saúde Mental | 101 |
| Tabela 61 Categorias sobre a Bem estar e Saúde Mental..... | 102 |
| Tabela 62 Categorias sobre Atividade Profissional..... | 108 |
| Tabela 63 Categorias sobre Atendimento comunidade | 116 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMA - Associação Médica Americana

CI - Cinismo

CID - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DASS -21- Depression, Anxiet Estresse Scale

DE – Despersonalização

EE – Exaustão Emocional

ET – Eficácia no Trabalho

EU-OSHA – Agência Européia para Segurança e Saúde no Trabalho

LA - Liberdade Assistida

MBI - Maslach Burnout Inventory

MBI-ES - Maslach Burnout Inventory Educators Survey

MBI-GS - Maslach Burnout Inventory General Survey

MBI-HSS - Maslach Burnout Inventory Human Services Survey

MBI-SS - Maslach Burnout Inventory Student Survey

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social

MHC-SF - Mental Health Continuum Short Form

MP – Ministério Público

NOB-SUAS/RH – Normas Operacionais Básicas de Recursos Humanos

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAEFI – Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos

PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PIB – Produto Interno Bruto

PNSST - Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho

PRP – Realização Pessoal e Profissional

PSC – Prestação de Serviços à Comunidade

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Introdução

A relação entre saúde mental e trabalho vem sendo discutida e pesquisada com frequência, isso se deve ao impacto para o mundo do trabalho e para a economia do Brasil e do mundo. Porém, se faz necessário a ampliação de pesquisas para contextos profissionais diversos, em especial, para profissionais que integram as políticas de assistência social, que atuam diretamente na área de direitos violados, podendo assim, identificar os impactos positivos ou negativos que a relação do trabalho pode ocasionar na saúde mental destes profissionais.

Ao pensar o tema desta investigação, ficou evidente a falta de material disponível sobre a saúde mental de equipes de referência, que atuam nos Centros de Referência Especializado de Assistência Social, mesmo que estes equipamentos, sejam recentes dentro da Política de Assistência Social, esse é um equipamento onde os trabalhadores estão em contato direto com os usuários do Sistema Único de Assistência Social, em especial, os indivíduos e/ou famílias com violação de direitos e vulnerabilidade social. Desta forma, o tema saúde mental das equipes de referência que atuam nos Centros de Referência Especializado de Assistência Social da Grande Florianópolis, mostrou-se de extrema relevância, considerando a necessidade de indicadores no que se refere a saúde mental das equipes que trabalham nestes equipamentos, como também, pensar ações de prevenção na área de saúde mental no trabalho.

Os Centros de Referência Especializados de Assistência Social, são equipamentos que compõem a Política de Assistência Social, integrando o Sistema Único de Assistência Social, fazem parte da estrutura de média complexidade, que atende indivíduos ou famílias com direitos violados. Segundo Ministério do Desenvolvimento Social (2011), os Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS, são espaços públicos, que podem ser instalados em municípios ou estados, este último de forma regionalizada. Esses equipamentos são denominados como referência, para o desenvolvimento do trabalho social com famílias e indivíduos com risco pessoal e social, em decorrência de direito violado, que apresentam a necessidade de atendimento especializado na esfera do Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

Os serviços ofertados nos CREAS devem ser especializados, considerando a complexidade da demanda referenciada a este equipamento via Ministério Público,

Conselho Tutelar, Conselhos de Garantia de Direitos, Rede de Saúde, Rede de Assistência Social e demais órgãos, tais como: violência física, psicológica e negligência; violência sexual; abuso e/ou exploração sexual; afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida de proteção; situação de rua; abandono; vivência de trabalho infantil; discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia; descumprimento de condicionalidades do Programa Bolsa Família e do PETI em decorrência de situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto de Liberdade Assistida de Prestação de Serviços à Comunidade por adolescentes, dentre outras demandas (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2013).

Neste espaço de trabalho dos CREAS, onde as demandas atendidas são as mais diversas, estão às equipes de referência, profissionais de diferentes áreas de atuação, que se dedicam diariamente ao atendimento de indivíduos e famílias com as mais diversas demandas, decorrentes de riscos sociais ou violação de direitos. Profissionais que trabalham o empoderamento e a superação da condição de violação de direito, através do fortalecimentos de vínculos familiares e sociais.

Segundo Ferreira (2011),

as equipes de referência são aquelas constituídas por servidores efetivos responsáveis pela organização e oferta de serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e especial, levando-se em consideração o número de famílias e indivíduos referenciados, o tipo de atendimento e as aquisições que devem ser garantidas aos usuários (p.25).

Ferreira (2011) também aponta, a partir da discussão das Normas Operacionais Básicas de Recursos Humanos (NOB-SUAS/RH), que as equipes de referência que atuam nos CREAS, devem ser organizadas a partir do porte do município, ou seja, da capacidade de atendimento que cada CREAS vai ter à partir do seu funcionamento. Desta forma, o autor considera que os CREAS com capacidade de atendimento para 50 pessoas ou indivíduos, devem ter como equipe de referência: 1 coordenador, 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 advogado, 2 profissionais de nível superior ou médio (abordagem ao usuário) e 1 auxiliar administrativo, e na medida, que a capacidade de atendimento aumenta e o porte do município também, as equipes de referências devem ser ampliadas.

Neste contexto, as equipes de referência, atuam a partir da lógica da interdisciplinariedade, com foco na superação das vulnerabilidades das famílias ou indivíduos atendidos neste espaço. Estes profissionais, vivenciam diariamente as relações institucionais, com as diferenças de opiniões dentro da própria equipe, com as mais diferentes formas de violências trazidas pelos usuários deste serviço, com todas as estratégias que necessitam ser adotadas para criar vínculos com os usuários, que na maioria das vezes não procuram o serviço, mas sim, são encaminhado a ele, via rede de proteção ou serviços judiciais.

Em pesquisa realizada com trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Costa (2013) identificou que estes profissionais, ao atuarem diariamente com várias pessoas em situação de vulnerabilidade social, se veem frente a um dilema profissional, pois ao lidarem com o sofrimento de outras pessoas no seu dia a dia de trabalho, não conseguem, muitas vezes, satisfazer suas próprias necessidades. Neste sentido, o autor aponta que muitas vezes, a instituição de trabalho, passa a ser vista pelo trabalhador, como um peso, em função das condições precárias de trabalho.

Nesta mesma perspectiva, ao realizarem uma pesquisa com Assistentes Sociais Faermann e Mello (2016) identificaram que estes profissionais vivenciam sofrimento e adoecimento e que tais condições, estão relacionadas às precárias condições de trabalho, a falta de reconhecimento profissional, a questões sociais complexas, além da ineficiência das políticas públicas e dos baixos investimentos econômicos e humanos para melhorias no desempenho de suas atividades. Faermann e Mello (2016) também constataram que os Assistentes Sociais manifestaram em suas falas, o descontentamento frente ao processo de trabalho, inclusive, tendo identificado sinais e sintomas para síndrome de *burnout*.

Segundo Benevides-Pereira (2002, p. 14), o “*burnout* passou a ter protagonismo no mundo laboral na medida em que veio a explicitar grande parte das consequências do impacto das atividades ocupacionais no trabalhador e deste na organização”. Freudenberg (1974), pontuou nos anos 70, que a alteração ou prejuízo no sentido do trabalho, seria o início para a exaustão profissional, destacando que os profissionais com mais chance de desenvolver seriam os profissionais que prestam serviços diretamente a outras pessoas, como cuidadores, professores, médicos, enfermeiras e assistentes sociais. Nesta perspectiva, a presente pesquisa se justifica, uma vez que as equipes de referência que atuam nos CREAS, atendem famílias e indivíduos em situação de

vulnerabilidade social, estando em contato direto com os usuários, na concepção de trabalhar o empoderamento dos sujeitos, através do atendimento psicossocial, que inclui atendimento individual, em grupo, visitas institucionais e domiciliares, participação em audiência e outras ações, desenvolvendo assim, vínculos profissionais e pessoais que permeiam o espaço do CREAS durante toda a jornada de trabalho.

Dejours, Abdoucheli e Jayet (2009) consideram que várias situações podem acontecer durante as atividades laborais, tais como acidentes, imprevistos, dificuldades entre colegas, chefias e com os próprios usuários e que essas situações podem ou não ocasionar alterações na saúde do trabalhador. Nesta mesma linha, Brant e Minayo-Gomez (2004) relatam que as pessoas, ao se depararem com as mais diversas situações e pressões, podem ou não adoecer, assim como podem desenvolver graus distintos de sofrimento, existem, ainda, situações que para alguns podem ser motivo de prazer e que, para outros, podem ser motivo de sofrimento.

Mauro, Paz, Mauro, Pinheiro e Silva (2010) destacam que o ambiente de trabalho não está ligado somente as condições físicas, tais como postura, iluminação, ruído, calor, frio, mas também a outras condições, como a vida social, o salário e a visão do trabalhador. Seguindo esta linha de raciocínio, a presente pesquisa teve como objetivo identificar os fatores que podem favorecer e os fatores que podem prejudicar a saúde mental positiva, bem-estar, doença mental e sintomas de psicopatologia das equipes de referência que atuam nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS, da Grande Florianópolis.

Estabelecer uma correlação entre a doença mental e o ambiente de trabalho, não é uma tarefa fácil, considerando a subjetividade de cada ser humano. Porém, os dados das Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental e Bem-estar da União Europeia (2016), apontam que são expressivos os custos correlacionados aos distúrbios mentais nos locais de trabalho, tais como absentismo elevado, ou rendimentos notadamente inferiores daqueles que sofrem de doenças mentais, as quais são atualmente a principal causa para a obtenção de pensões por invalidez. No Brasil, as estatísticas do Ministério da Fazenda (2017a), demonstram que os transtornos mentais e comportamentais ocupam o terceiro lugar em quantidade de concessões de auxílio-doença.

Partindo desta breve introdução, a presente dissertação encontra-se organizada em duas partes. A parte I foi reservada ao enquadramento teórico, sendo subdividida em três capítulos: Capítulo I - Trabalho e suas implicações na saúde do trabalhador;

Capítulo II - Psicopatologia e suas manifestações no ambiente de trabalho e Capítulo III - Psicologia Positiva e bem-estar no trabalho. A parte II foi dividida em três capítulos, onde são expostos os componentes empíricos do trabalho: No Capítulo IV, falou-se da investigação e seus desdobramentos em objetivos, metodologia, caracterização da amostra, instrumentos, procedimentos e métodos para análise dos resultados. No Capítulo V foram expostos os resultados quantitativos e qualitativos. O Capítulo VI foi reservado para discussão dos resultados e no Capítulo VII foram feitas as conclusões. Após a apresentação da estrutura da dissertação, parte-se, para o primeiro capítulo do enquadramento teórico.

PARTE I – Enquadramento Teórico

Capítulo I - Trabalho e suas Implicações na Saúde do Trabalhador

1.1.Trabalho versus trabalhador

O trabalho preenche grande parte do tempo de cada trabalhador, permeando suas relações sociais e familiares. Segundo Dejours (1992), o trabalho nem sempre possibilita realização profissional, muitas vezes pode ocasionar problemas, como insatisfação ou mesmo exaustão. Dejours (1992) salienta que o impacto do trabalho pode ser causador de alterações no aparelho psíquico, ocasionando sofrimento, este fato ocorre no momento em que a relação do homem com o trabalho não é mais um motivo de satisfação emocional e fisiológica.

Para Codo (2004), o trabalho é parte central no processo de desenvolvimento da identidade e da inclusão social, desta maneira, age sobre o indivíduo, ocasionando mudanças em sua vida, inclusive no nexo saúde e doença, podendo assim, contribuir para o surgimento de problemas físicos ou psíquicos. Roik e Pilatti (2009) corroboram a idéia que, dependendo do ambiente onde o trabalho é desenvolvido, este pode ser potencializador do adoecimento dos trabalhadores. Para estes autores, isto ocorre principalmente se considerarmos as formas contemporâneas de gestão e sua organização de trabalho, onde as estratégias de trabalho são apresentadas de forma a disfarçar as formas de manipulação dos trabalhadores, através de discursos vazios, mas que tem por propósito a submissão e comprometimento dos trabalhadores.

No dia a dia do trabalho, cada trabalhador vai desenvolvendo sua própria forma de perceber e agir no mundo do trabalho. Mendes (2004) descreve que as vivências dos trabalhadores estão relacionadas com três diferentes dimensões que estão diretamente interligadas: uma em que cada sujeito vai ter uma forma única de perceber e avaliar o mundo do trabalho, através de sua história de vida, desejos e necessidades particulares; a dimensão da organização do trabalho, que está relacionada com a forma como a organização se estrutura através de suas normas e condutas; e a dimensão da coletividade, que estaria vinculada à forma como as relações entre iguais e relações hierárquicas se estabelecem na organização do trabalho.

O trabalho apresenta-se assim, como essencial na vida das pessoas, uma vez que faz parte do processo de constituição do sujeito, não apenas em nível de identidade, mas também, a nível cognitivo, permitindo ao sujeito demonstrar suas habilidades psíquicas. A atividade profissional representa parte única de cada pessoa, podendo ser manifesta

como um processo de equilíbrio e desenvolvimento, como também da manifestação de distúrbios psíquicos (Penido & Perone, 2013).

Borges e Yamamoto (2004) propuseram uma maneira para sistematizar os aspectos que podem variar durante a execução do trabalho, propondo assim, organizá-los em dimensões:

- Dimensão concreta, que se refere à tecnologia com a qual se pode contar para realizar o trabalho, e às condições materiais e/ou ambientais em que se realiza, incluindo segurança física e conforto.
- Dimensão gerencial, que se refere ao modo pelo qual o trabalho é gerido, segundo o exercício das funções de planejar, organizar (dividir e distribuir tarefas), dirigir e controlar o mesmo.
- Dimensão socioeconômica, que abrange a articulação entre o modo de realizar o trabalho e as estruturas sociais, econômicas e políticas em plano macro da sociedade, incluindo aí aspectos como o ritmo de crescimento econômico e social, a prosperidade de um setor econômico, a renda média, o conflito distributivo, o nível de oferta de emprego, a força de trabalho e outros aspectos sociodemográficos;
- Dimensão ideológica, que consiste no discurso elaborado e articulado sobre o trabalho, no nível coletivo e social, justificando o entrelaçamento das demais dimensões e, especialmente, as relações de poder na sociedade. Deriva diretamente das grandes correntes do pensamento.
- Dimensão simbólica, que abrange os aspectos subjetivos da relação de cada indivíduo com o trabalho (p.27).

Considerando as dimensões propostas por Borges e Yamamoto, citamos Ribeiro (2008), que descreve a concretização trabalho através da compreensão das condições objetivas, tais como os instrumentos e materiais utilizados, e as condições subjetivas, tais como nossos anseios e desejos, de acordo com o sentido que o trabalho adquire em sua vida. Porém, Danna e Griffin (1999) chamam a atenção para os fatores que são anteriores ao trabalho, e que podem estar associados a mudanças nos níveis de bem-estar no trabalho, tais como certos traços de personalidade. Seguindo esta linha de raciocínio, Masumoto e Faiman (2014) pontuam que o trabalho assume uma importância central na vida das pessoas, no entanto, há outros fatores como família ou doença, que também podem colaborar para o sofrimento mental, que variam de acordo

com cada indivíduo e a sua história de vida, onde cada pessoa vai dar um sentido pessoal ao trabalho.

Borges e Yamamoto (2004) apontam que o significado do trabalho na vida do sujeito, aparece como uma ideologia, sendo o ponto central na vida do indivíduo, uma vez, que é considerado como sua fonte de sustento e sucesso. “Esse trabalho vale tanto mais quanto seja produtivo (e não pelo seu conteúdo). Para atingir estes alvos (valores sociais), é tratado como uma mercadoria, simplificado, exigindo requisitos mínimos de qualificação, mas dedicação máxima” (Borges & Yamamoto 2004, p.31). Nesse sentido, Seligmann-Silva (1994) aponta que, dependendo da situação, o trabalho é capaz de beneficiar a saúde mental, como também pode levar o trabalhador, ou o seu coletivo, a distúrbios psicossociais, juntamente com o surgimento de doenças psicossomáticas ou psiquiátricas.

Desta forma, iremos discorrer sobre o processo de saúde e doença no ambiente de trabalho e suas implicações na vida do trabalhador e na execução do trabalho.

1.2. Saúde e doença no ambiente de trabalho

A saúde ou a doença são a parte mais subjetiva do ser humano, pois pertence unicamente ao sujeito, não havendo duas doenças iguais, não pode haver delírios iguais, pois quem sofre é o sujeito em sua plenitude (Codo & Sampaio, 1995).

No Brasil e no mundo, o trabalho é parte de um processo que envolve as interações sociais, sejam estas mediadas pela subsistência humana ou pelo papel simbólico que este apresenta na constituição da subjetividade humana e, por consequência, na saúde física e mental das pessoas. Segundo os dados da Organização Mundial de Saúde (2001), o trabalho pode influenciar para que ocorram modificações na saúde mental das pessoas, através de fatores específicos como: a exposição a agentes tóxicos, ou também, pelos fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão de tarefas, as políticas de administração de pessoas e a disposição hierárquica da organização.

Neste sentido, Roik e Pilatti (2009) apontam que o trabalhador apresenta sofrimento quando o trabalho executado não permite a manifestação do desejo do trabalhador, quando o trabalhador não pode demonstrar e usar a sua inteligência.

Quando o trabalho não absorve sua criatividade este sofrimento torna-se ainda maior. Seguindo este raciocínio Zanelli (2016):

Saliente-se que não é o trabalho, em si, o determinante do adoecimento. Identificar-se como um ser produtivo na sociedade deveria ser motivo de dignidade e estima de si. São as relações e a organização de trabalho que estão, sobretudo, na base de fatores multideterminantes da proteção ou perda da saúde mental. Justificadas pela indispensável produtividade, a organização e as relações de trabalho – deterioradas, injustas e perversas – constituem os fatores de adoecimento. Na maioria, são relações silenciosas, ambíguas e dissonantes que contradizem regras e valores declarados dignos e éticos, mas que constroem patologias relacionais, que interferem nos processos subjetivos saudáveis (p. 15).

Macêdo (2016) também segue esta linha de raciocínio e afirma que a perda da autonomia e da capacidade de assumir responsabilidades coloca em risco a saúde mental dos trabalhadores, pois, se o trabalho perde o sentido, o trabalhador passa a questionar sua própria identidade.

Seligmann (2016) descreve como sendo fundamentais para a estabilidade emocional e psicossomática dos trabalhadores, os valores tidos como significativos, como o sentido conferido pelo trabalhador ao próprio trabalho. Neste viés a autora também chama a atenção, para o fato do trabalhador manifestar uma série de reações, tais como agressividade, raiva, decepção, medo, tristeza e outras reações, que podem inclusive desencadear quadros de estresse, ao perceberem que de alguma forma sua ética pessoal ou profissional foi prejudicada por imposição do ambiente de trabalho.

Segundo Batistella (2007) e Codo (2004), o processo de saúde-doença do trabalhador é consequência de um acontecimento, especialmente social, demonstrando que este tem origem em componentes multideterminados, onde fatores objetivos e subjetivos na relação da pessoa com o trabalho são importantes e estão entre aquelas capazes de provocar adoecimento. Seguindo este raciocínio o Ministério do Trabalho (2018) define o adoecimento ocupacional como qualquer alteração física ou funcional que acomete uma pessoa em consequência do processo de trabalho. Relatam, ainda que o ambiente de trabalho pode expor os trabalhadores a riscos que podem abalar a sua saúde e que estes podem ser na forma de poeiras, ruídos, calor, bactérias, produtos químicos. Também apontam para os riscos resultantes da organização do trabalho, que

podem vir a ocasionar doenças osteomusculares (como, por exemplo, dores nas costas, ou lesões por esforços repetitivos) e transtornos mentais.

Neste mesmo curso, a European Agency (2017) descreve que os riscos psicossociais decorrem de deficiências na concepção, organização e gestão do trabalho, bem como, de um contexto social de trabalho problemático, podendo ter efeitos negativos a nível psicológico, físico e social tais como estresse relacionado com o trabalho, esgotamento ou depressão. A European Agency (2017), também aponta alguns exemplos de condições de trabalho que podem levar a riscos psicossociais no trabalho, tais como: Cargas de trabalho excessivas; Exigências contraditórias e falta de clareza na definição das funções; Falta de participação na tomada de decisões que afetam o trabalhador e falta de controlo sobre a forma como executa o trabalho; Má gestão de mudanças organizacionais, insegurança laboral; Comunicação ineficaz, falta de apoio da parte de chefias e colegas e Assédio psicológico ou sexual, violência de terceiros.

Para a International Labour Organisation - OIT (1984), os fatores psicossociais também podem ser entendidos como aqueles que se referem à interação entre meio ambiente do trabalho, conteúdo do trabalho, condições organizacionais, habilidade do trabalhador, necessidades, cultura e questões pessoais extras, os quais podem, por meio de percepções e experiências, influenciar a saúde, o desempenho e a satisfação no trabalho. Os fatores psicossociais são multifatoriais, compreendem situações do ambiente de trabalho e condições individuais, percepções e experiências do trabalhador, influenciadas pela realidade econômica e social de cada contexto.

Silva e Salles (2016) apontam que a saúde e a doença são desenvolvidas na empresa com foco na produtividade e estão vinculadas aos princípios praticados da empresa no que se refere à responsabilidade social, à proteção das pessoas, dos históricos de acidentes de trabalho e da própria cultura organizacional.

Partindo para uma análise de dados estatísticos, os transtornos mentais no Brasil encontram-se entre os grandes grupos de danos relacionados com o trabalho. Foram registrados na Previdência Social, em 2012, 16.978 casos de transtornos mentais associados ao trabalho, atingindo 2,4% do total de registros que tem relação direta com o trabalho no mesmo período (Ministério da Fazenda, 2017).

Apesar de alguns dados estatísticos serem apontados, Dias (2001) relata ter dificuldade para definir a incapacidade causada pelos transtornos mentais e do comportamento, relacionados ou não com o trabalho, apontando como opção os

indicadores e parâmetros propostos pela Associação Médica Americana (AMA) conforme tabela apresentada abaixo:

Tabela 1 *Indicadores e parâmetros que organizam a disfunção ou deficiência causadas pelos transtornos mentais e do comportamento*

| Área | Descrição |
|--|---|
| Limitações em atividades da vida diária | É avaliado o conjunto de restrições e limitações que, eventualmente, afetam o indivíduo como um todo, que incluem atividades como autocuidado, higiene pessoal, comunicação, deambulação, viagens, repouso e sono, atividades sexuais e exercício de atividades sociais e recreacionais. |
| Exercício de funções sociais | Deve ser avaliado à habilidade do sujeito de se relacionar adequadamente e comunicar efetivamente com outras pessoas. Compreende também a habilidade de relacionar-se com outras pessoas, como, por exemplo, membros de sua família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, supervisores ou supervisionados, entre outros, sem agitações, agressões ou isolamento do sujeito. |
| Concentração, persistência e ritmo | Avaliar a habilidade do indivíduo em completar atividades, de forma a permanecer com a atenção focada o tempo necessário para a sua execução, dentro de um tempo considerado apropriado. Os familiares podem auxiliar nesta avaliação, fazendo um comparativo com o desempenho anterior. |
| Deterioração ou descompensação do trabalho | Avaliar as falhas que se repetem na adaptação a situações de estresse. No tocante a situações mais estressantes ou com maior exigência, os sujeitos fogem, desaparecem ou apresentam um aumento nos sinais e sintomas de seu transtorno mental ou comportamental. Acabam assim, por comprometer as funções sociais e a habilidade de finalizar tarefas. |

Fonte: *adaptado de* “Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde” (Dias, 2001, p. 163).

Neste contexto, a perturbação ou doença mental ocorre quando há um padrão de sinais, sintomas ou comportamentos que causam sofrimento aos indivíduos, no entanto, é necessário considerar as características culturais e singulares de cada pessoa (Moreira & Melo, 2005). Segundo a World Health Organization (2001), não existe uma descrição singular para saúde mental, visto que, é a capacidade que cada um tem de preservar o equilíbrio mental (psíquico) em suas atitudes.

A saúde mental é parte integrante da saúde e do bem-estar, como refletido na definição de saúde na Constituição do Organização Mundial da Saúde: A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a

ausência de doença ou enfermidade. "A saúde mental, como outros aspectos da saúde, pode ser afetada por uma série de fatores socioeconômicos (descritos abaixo) que precisam ser abordadas por meio de estratégias abrangentes de promoção, prevenção, tratamento e abordagem de todo o governo (World Health Organization, 2013, p.07).

No Brasil, a base de dados ainda é imprecisa, no entanto, os acidentes e doenças do trabalho atingem profundamente a vida dos brasileiros. No que se refere ao empregador, significa a perda da produtividade, a elevação do absenteísmo, ações judiciais, perdas financeiras e perda de imagem. Em relação ao trabalhador, representa a perda da saúde (muitas vezes até da vida), de convivência no coletivo e na família e de renda. Em relação ao País, a consequência está na ampliação de gastos públicos, que impacta na vida de todos, além da diminuição de concorrência internacional. Esses déficits e consequências de acidentes e doenças do trabalho são estimados pela OIT em 4% do PIB mundial, o que pode extrapolar a cifra de R\$ 200 bilhões de reais ao ano no Brasil. (Ministério do Trabalho, 2018).

A saúde ou doença fazem parte de um processo de equilíbrio entre a potencialidade genética, a habilidade de adaptabilidade e os agentes e riscos do ambiente. Consequentemente, a saúde abrange aspectos subjetivos, objetivos e psicossociais, que devem ser levados em consideração na proteção da saúde e segurança no trabalho. Neste sentido, pensando na manutenção da saúde e na prevenção de doenças em função do trabalho, Penido e Perone (2013) consideram que a segurança no trabalho engloba:

1- a conquista e a manutenção do mais elevado nível de saúde física, mental e social das pessoas no ambiente de trabalho; 2- a prevenção do adoecimento dos empregados, causado por condições adversas de trabalho; 3 - a proteção contra todos os riscos e agentes nocivos à saúde no ambiente de trabalho, sejam eles físicos; químicos; biológicos; ergonômicos ou psicossociais; 4 - O ingresso e a manutenção dos trabalhadores em um ambiente de trabalho adaptado às suas características fisiológicas e psicológicas (p. 43).

Apesar de dos conceitos de segurança no trabalho e da busca por prevenção de doenças ocupacionais, ainda são poucas as pesquisas na área da saúde mental de trabalhadores da área de Assistência Social, em especial em CREAS. Aqui podemos referenciar a pesquisa realizada com educadores sociais, realizada por Bottega e Merlo

(2010), que verificaram que estes profissionais usam tanto estratégias de enfrentamento positivas, como negativas no ambiente de trabalho. As primeiras (tais como “ambivalência”, “estar sempre alerta” e “enfrentamento de acontecimentos”) procuram modificar a contexto que ocasionou o sofrimento, buscando assim, uma mobilização coletiva, ao mesmo tempo que o segundo modelo de enfrentamento não gera essa mobilização nos trabalhadores, pois são estratégias individuais (que podem ser exemplificadas nas seguintes condutas: “banalização”, “amortecimento e anestesia do sofrimento”, e “racionalização”).

Neste sentido, vamos ampliar a discussão da psicopatologia no trabalho, com o objetivo de entender um pouco mais o processo de saúde e doença dos trabalhadores, assim como, suas implicações no ambiente de trabalho e na vida dos trabalhadores.

**Capítulo II - Psicopatologia e suas manifestações no ambiente de
trabalho**

2.1. Psicopatologia

A psicopatologia estuda a doença mental em suas especificidades: as causas, as modificações estruturais e funcionais correlacionadas, as estratégias de investigação e os sinais e sintomas que se manifestam (Cheniaux, 2015). Para Seligmann-Silva (1994) a psicopatologia do trabalho está concentrada no processo mais amplo que concerne à gênese e as transformações do sofrimento mental, vinculado à organização do trabalho.

Para Dejours (2004), o sofrimento do sujeito, aparece no momento em que a organização do trabalho entra em divergência com os seus desejos, isto é, com o funcionamento psicológico do sujeito. A partir desse momento, o sujeito passa a desenvolver estratégias de defesa, no que se refere ao ambiente, com o objetivo de se proteger do que pode lhe prejudicar. Desta forma, a psicopatologia do trabalho tem-se dedicado a estudar a relação do homem e a organização do trabalho. Trata-se do impacto da organização científica do trabalho sobre a saúde mental do trabalhador. Pereira (2010) descreve que entre as principais psicopatologias associadas ao trabalho estão os transtornos de estresse, Síndrome de *Burnout* e síndrome do pânico considerando que o estresse aparece com um grande causador de sofrimento e salientando que a síndrome de *burnout se* manifesta com sintomas de esgotamento físico e emocional, descontentamento pessoal, podendo manifestar-se comportamento agressivo e de irritação.

Por sua vez, o Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Brasil, 2005) identificam diversos transtornos mentais, de personalidade e do comportamento vinculados ao trabalho, como por exemplo, delírio, transtornos cognitivos, estresse pós-traumático, neurose profissional, transtorno de vigília-sono, síndrome do esgotamento profissional (*Burnout*), síndrome do pânico, episódios depressivos e alcoolismo crônico. No entanto, trabalhos a respeito da psicopatologia do trabalho apontam que o sofrimento no trabalho se reflete não apenas na vivência psicológica, acontecendo também, uma desestruturação na saúde em todos os seus aspectos, como a doença mental e a doença somática.

Considerando a fala de Pereira e Sousa (2016):

Algumas profissões têm o cuidado como função primordial, pois são voltadas para o atendimento de pessoas em situação de necessidade ou de fragilidade,

como é o caso das doenças orgânicas, das dificuldades psicológicas ou sociais e do próprio processo de desenvolvimento humano, no caso das crianças. Sendo assim, os profissionais da área de enfermagem, medicina, psicologia, educação infantil, fisioterapia etc., são chamados de profissionais da área de cuidado, por terem de um modo ou de outro, em alguma medida, de cuidar de outras pessoas (p.275).

Neste sentido, podemos inserir os profissionais que atuam nas equipes de referência dos CREAS como agentes do cuidado, uma vez que as demandas de trabalho destes profissionais estão no ato de “cuidar das famílias” ou “dos sujeitos”, no sentido de atender as demandas sociais de vulnerabilidade e violação de direitos. Segundo Pereira e Sousa (2016):

o cuidar do outro exige um custo emocional e psicológico, pois cuidar exige desprendimento, atenção redobrada, afeição, empenho, dedicação e, além disso, quando os efeitos do cuidado não são os esperados pelos profissionais, pode gerar frustração, sentimento de culpa, fracasso. Compreende-se dessa forma que esses profissionais, ao vivenciarem tantos sentimentos e emoções no seu cotidiano, podem ter sua própria saúde mental comprometida (p. 275).

A presente pesquisa priorizou o estudo de sintomas para depressão, ansiedade, estresse e Síndrome de *Burnout* nas equipes de referência dos CREAS da Grande Florianópolis, sendo assim, iremos aprofundar um pouco mais tais temáticas.

2.2. Depressão e suas implicações no ambiente de trabalho

A depressão é vista como um transtorno afetivo que causa alterações psicológicas, físicas e distúrbios de humor. Os sinais podem permanecer por semanas, meses e até anos, afetando a vida pessoal, social e profissional do sujeito (Jardim, 2011). A Organização Mundial da Saúde (2008) define a depressão como um conjunto de manifestações onde se encontram; a necessidade de isolamento, a presença de pensamentos negativos, desânimo, ansiedade, fadiga, insônia, sentimentos de tristeza, angústia, muito medo e vontade de chorar.

A expressão depressão pode encontra-se associada a três significados distintos (Quevedo & Silva, 2013): (a) a depressão pode estar vinculada a um sinal ou queixa, que se remete à tristeza ou humor triste; (b) pode caracterizar uma síndrome psiquiátrica, que pode ser entendida como primária ou secundária, sendo que a

depressão primária pode ser caracterizada como depressão genuína, idiopática ou essencial por ter sua causa desconhecida, e a depressão secundária está relacionada com causas bem determinadas, como medicamentos anti-hipertensivos ou uma condição médica geral; (c) e, finalmente, o termo depressão igualmente pode ser usado para descrever um transtorno mental.

De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 (Organização Mundial de Saúde, 2008), o episódio depressivo é identificado por um rebaixamento no humor e pela diminuição das atividades executadas, mudança na forma experimentar o prazer, diminuição do interesse, alteração na habilidade de concentração, relacionadas geralmente a esgotamento, mesmo após um pequeno esforço. Percebem-se, na maioria das vezes, alterações no sono e no apetite. Quase sempre é encontrado rebaixamento na autoestima e na autoconfiança. Na maioria das vezes estão presentes ideias de culpabilidade e/ou de indignidade. O humor depressivo tem pouca alteração de um dia para o outro, pode estar associado a sintomas como: perda de interesse ou prazer, piora do quadro de depressão pela manhã, lentidão psicomotora, agitação, diminuição no apetite, perda de peso e diminuição ou perda da libido (Organização Mundial de Saúde, 2008).

Também não podemos deixar de falar da estrutura da personalidade, Teodoro (2009) aponta que a estrutura de personalidade está por trás da maioria dos casos de depressão, ocasionando padrões de comportamento que irão influenciar na forma como cada pessoa irá responder frente a condições externas como acontecimentos estressantes, perdas e outros. O autor refere-se a uma série de traços individuais que constituem a forma de compreender o mundo, de estabelecer relações interpessoais, de lidar com as emoções e de agir, resultante de um método de interação entre as vivências emocionais, o conjunto de crenças concebidas e as condições biológicas.

Farah (2016) chama a atenção para os quadros de depressão, pois considera a depressão como um mal que aflige grande parte das pessoas, no entanto, suas repercussões no ambiente de trabalho ainda são pouco estudadas e desconhecidas ou ignoradas por grande parte das pessoas. “A pressão por resultados satisfatórios, pela eficiência das operações e pelo cumprimento de metas, muitas vezes além do alcance humano, leva muitos a desenvolverem transtornos psicológicos que, quando não identificados e tratados, tornam-se destrutivos para toda a equipe” (Farah, 2016, p. 15).

Neste sentido, a depressão vinculada ao ambiente de trabalho pode ser desencadeada por ambientes que envolvam altos níveis de competição, perdas ao longo dos anos, altos níveis de exigência quanto ao desempenho, insatisfação quanto ao futuro das aspirações relacionadas à carreira e demissão, sendo capaz de causar acontecimentos mais ou menos graves (Organização Mundial de Saúde, 2001).

Os dados do Boletim Quadrimestral de Benefícios por Incapacidade do Ministério da Fazenda (2017b) indicam que os episódios depressivos (F32), exerceram uma grande influência nas licenças para auxílio-doença, por transtornos mentais, ao longo do período visitado (mais de 30% do total). Juntos, os episódios depressivos (F32), outros transtornos ansiosos (F41) e o transtorno depressivo recorrente (F33) deram causa a quase 60% dessa cedência, dados que podem ser evidenciados na tabela adaptada deste material

Tabela 2 Distribuição da Concessão de Auxílio-Doença por Transtornos Mentais e Comportamentais entre 2012 e 2016 por Categoria da Classificação Internacional de Doenças (CID10).

| Categoria CID10 | Frequência B31 | % |
|---|---------------------------|----------|
| F32 – Episódios depressivos | 188.463 | 30,67% |
| F41 – Outros transtornos ansiosos | 109.992 | 17,90% |
| F33 – Transtorno depressivo recorrente | 64.381 | 10,48% |
| F31- Transtorno afetivo bipolar | 48.983 | 7,97% |
| F19 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas | 45.933 | 7,47% |
| F43 – “Reações ao “estresse” graves e transtornos de adaptação” | 34.511 | 5,62% |
| F10 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool | 29.880 | 4,86% |
| F14 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína | 16.467 | 2,68% |
| F20 – Esquizofrenia | 13.504 | 2,20% |
| F29 – Psicose não-orgânica não específica | 10.404 | 1,69% |
| F40 – Transtornos fóbicos-ansiosos | 7.719 | 1,26% |
| F23 – Transtornos psicóticos agudos e transitórios | 7.133 | 1,16% |
| F60 – Transtornos específicos da personalidade | 4.684 | 0,76% |
| F25 – Transtorno esquizo afetivos | 4.117 | 0,67% |
| F44 – Transtornos dissociativos (de conversão) | 3.103 | 0,50% |
| F06 – Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física | 2.973 | 0,48% |
| F42 – Transtorno obsessivo-compulsivo | 2.663 | 0,43% |
| F34 – Transtorno do humor (afetivos) persistentes | 2.619 | 0,43% |
| F45 – Transtorno somatoformes | 1.757 | 0,29% |
| F53 – Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte | 1.715 | 0,28% |

| | | |
|--------|---------|---------|
| Outros | 13.527 | 2,20% |
| Total | 614.508 | 100,00% |

Fonte: Adaptado de “1º Bol. Quadrimestral Benefícios por Incapacidade 2017”, (Ministério da Fazenda, 2017b), p. 21.

Partindo dos dados apresentados na tabela 2, onde a ansiedade representa mais de 17, 90% dos benefícios por incapacidade no ano de 2017 no Brasil, vamos explicar e entender um pouco mais a manifestação da ansiedade, em especial a ansiedade associada ao trabalho.

2.3. Ansiedade e ansiedade no trabalho

A ansiedade é uma manifestação habitual do ser humano, contudo, quando determinado grau de ansiedade é superado, quando os argumentos para determinado acontecimento não são realistas ou quando a ansiedade leva a resultados negativos, é imprescindível que essa manifestação seja controlada (Holmes, 1997). Neste sentido, cabe pensar que o ser humano também pode ser acometido por tais manifestações no ambiente de trabalho.

Segundo Dalgalarrondo (2008), a ansiedade pode afetar o indivíduo em alguns ambientes de trabalho, com sensações e emoções desagradáveis, que podem acompanhar sintomas somáticos, fisiológicos e psíquico, entretanto, se não controlados, podem prejudicar o trabalho do indivíduo. Biaggio, Natalício e Spielberger (1977), apontam para o fato da ansiedade poder aparecer como um estado desagradável e difuso, que pode ter sua causa em três circunstâncias primárias, que são: a alta estimulação ocasionada por quaisquer estímulos, a incoerência, e a do fato da pessoa não ter respostas, não saber o que fazer.

A ansiedade também pode se manifestar na forma de quadro de ansiedade generalizada que é caracterizado, segundo Dalgalarrondo (2008, p. 304):

Pela presença de sintomas ansiosos excessivos, na maior parte dos dias, por pelo menos seis meses. A pessoa vive angustiada, tensa, preocupada, nervosa ou irritada. Nesses quadros, são frequentes sintomas como insônia, dificuldade em relaxar, angústia constante, irritabilidade aumentada e dificuldade em concentrar-se. São também comuns sintomas físicos como cefaleia, dores musculares, dores ou queimação no estômago, taquicardia, tontura, formigamento e sudorese fria. (...) Para se fazer o diagnóstico de uma síndrome ansiosa, também é necessário verificar se os sintomas ansiosos causam

sofrimento clinicamente significativo e prejudicam a vida social e ocupacional do indivíduo.

Miskell e Miskell (1996), chamam à atenção para os quadros de ansiedade no trabalho, os autores relatam que os sintomas da ansiedade, como as batidas acelerado do coração, a respiração ofegante, o estômago contraído, a fala trêmula e os pensamentos desorganizados no trabalho, podem ser ignorados por um tempo, porém, se deixados em segundo plano, esses sintomas podem ocasionar maiores problemas no decorrer do tempo, afetando o desempenho, aumento da ansiedade e no futuro prejudicar as chances de sucesso e satisfação profissional. Nesta mesma direção, cabe citar Medeiros e Peniche (2006), que caracterizam a ansiedade como uma análise subjetiva da vivência do indivíduo. Os autores refletem que a ansiedade é um comportamento emocional atravessado pela consciência e por “sentimentos subjetivos de apreensão, nervosismo e preocupação, intensificando a atividade do sistema nervoso autônomo. Porém, a maneira como o indivíduo percebe a ameaça é mais importante que a própria ameaça.” (Medeiros & Peniche, 2006, p.87).

Isto nos leva a corroborar com Biaggio, Natalício e Spielberger (1977) que descrevem a ansiedade como um sentimento que se manifesta em várias direções, a pessoa apresenta medo, diante de algo, mas que não sabe precisar o que é, e para o qual não tem uma resposta exata. Logo, a ansiedade aparece com um sentimento indefinido e desagradável de medo, angustia, caracterizada por tensão ou desconforto resultante da antecipação do perigo ou de algo desconhecido. Os autores Biaggio, Natalício e Spielberger (1977), lembram que quando temos medo de alguma coisa, fugimos dela, no entanto, a ansiedade é capaz de nos paralisar, de nos deixar sem saber qual a ação deve ser tomada, sendo assim, os graus elevados de ansiedade podem nos causar estresse.

Desta forma, daremos procegimento ao texto, estudando os conceitos de estresse e suas implicações no indivíduo e no ambiente de trabalho.

2.4. Estresse e estresse ocupacional

Segundo Lipp (2010), o estresse é ocasionado por um desequilíbrio do funcionamento tanto físico como mental. Caso seja prontamente restabelecido, não há prejuízos para o indivíduo, mas se este desequilíbrio permanecer por longo tempo, pode

surgir doenças. O estresse teria início com a constante necessidade de adaptação a mudanças rápidas e bruscas que ocorrem no ambiente, provocando incoerência entre a capacidade do indivíduo em conduzir e adaptar-se às transformações, gerando desequilíbrio no organismo.

O estresse se caracteriza por uma série de alterações fisiológicas e psicológicas com reflexos emocionais e comportamentais. É observado na forma crônica como consequência do desgaste físico e mental (excesso de atividades ou insatisfação) ou na forma aguda em situações indesejáveis que exigem adaptação, como a morte de pessoas na família e a perda do emprego. Entre as alterações decorrentes do estresse está a diminuição dos níveis de neurotransmissores nas sinapses (ligação entre dois neurônios) (Teodoro, 2009, p.56).

Os estressores são os geradores de estresse que podem vir de uma fonte externa ou interna, exigindo do indivíduo uma maior adaptação, que pode gerar estresse positivo ou estresse negativo (Lipp, 2000). Lipp (2000), descreve os estressores externos como tudo que vem de fora do nosso organismo, como a profissão, a falta de dinheiro, perdas, falecimentos, entre outros. Já os estressores internos seriam a forma como cada indivíduo age considerando suas crenças e valores.

Seguindo esta lógica, Penido e Perone (2013) mencionam que em decorrência de estressores no local de trabalho, ocorre a diminuição do bem-estar e sentimento de ameaça, ocasionando um processo de adoecimento que pode provocar uma série de incidentes. Se não forem interrompidas, essas reações, que inicialmente eram temporárias, transformam-se em permanentes, e o estresse, antes esporádico, pode progredir para um transtorno mais grave, como a depressão ou o *burnout*.

Conforme Tamayo, Lima e Silva (2004), o estresse ocupacional é resultante das demandas de trabalho, nas quais o indivíduo não consegue usar suas habilidades para enfrentá-las adequadamente. Alguns elementos parecem desencadear o estresse no trabalho, tais como a falta de atuação na tomada de decisões, o controle excessivo do trabalho, a falta de comunicação, o alto nível de formalidade, a liderança autoritária e a falta de apoio social. Corroborando com a temática, Silva e Salles (2016) definem o estresse ocupacional como a impressão pessoal de instabilidade entre o trabalho e o emocional do colaborador, podendo ser causado por medo de fracassar, cansaço físico

e emocional, ausência de apoio por parte dos superiores, ambiente de trabalho altamente competitivo, longa jornada de trabalho, entre outros.

Na situação particular, do estresse relacionado ao trabalho, ele é definido como as situações em que a pessoa percebe seu ambiente de trabalho como ameaçador a suas necessidades de realização pessoal e profissional e ou a sua saúde física ou mental, prejudicando a interação dessa com o trabalho e com o ambiente de trabalho, à medida que esse ambiente contém demandas excessivas a ela, ou que ela não contém recursos adequados para enfrentar tais situações (Limongi-França & Rodrigues, 1999, p.31).

Utilizando ainda o referencial de Limongi-França e Rodrigues (1999), demonstrar-se, através da figura 1 (Figura 1), os fatores que determinam o estresse:

Figura 1 *Fatores que determinam o estresse*



Fonte: adaptado de Limongi-França e Rodrigues (1999, p. 45).

Na figura 1 fica evidente a correlação entre o estresse, personalidade, organismo e meio social (organização). Neste sentido, Silva e Salles (2016) apontam que as diferenças individuais são um componente importante, que atuam de uma forma ou de outra no ambiente de trabalho. Os autores consideram que as inter-relações que ocorrem entre a pessoa, o local de trabalho e a organização configuram-se como um processo

dinâmico, porém, nem sempre este processo é adequado, e, quando falha, o indivíduo tende a perceber que não dispõe de recursos suficientes para ajustar-se, manifestando-se assim o estado de estresse. Estas experiências são geralmente, negativas e podem ter consequências graves e, muitas vezes, irreparáveis tanto para a saúde e bem-estar físico, quanto psicológico e social.

O estresse é uma resposta que o organismo dá frente a uma situação que é interpretada como desafiante. O estímulo interpretado como desafiador provoca uma quebra na homeostase do funcionamento interno que, por sua vez, cria uma necessidade de adaptação exige emissão de vários comportamentos adaptativos que se constituem na forma como a pessoa lida com o estresse, ou seja, suas estratégias, adequadas ou não, de enfrentamento (Lipp, & Malagris, 2001, p.477).

Para Silva e Marchi (1997) o estresse pode ser caracterizado como uma situação intermediária entre a saúde e a doença, uma condição ao longo do qual o corpo luta contra o agente responsável pela doença. No momento em que se defronta com um estressor, o corpo reage e essa reação em três estágios que são denominados de: alarme, resistência e exaustão. Prado (2016) também chama a atenção para a diferença entre o estresse e a síndrome de *burnout*, considerando que, no estresse, são encontrados pontos positivos e negativos, além de que, há um predomínio de sintomas físicos com emoções exageradas, enquanto que no *burnout* são evidentes somente os pontos negativos.

Partindo do referencial exposto, que indica o estresse como um possível causador da Síndrome de *burnout*, iremos adentrar ao estudo desta psicopatologia, detalhando suas manifestações no indivíduo e no mundo do trabalho.

2.5. Síndrome de *burnout*

A partir de uma revisão da literatura a respeito da Síndrome de *Burnout* no Brasil e em outros países, Trigo, Teng e Hallak (2007) constataram que existe uma relação entre a síndrome de *burnout* e prolongados níveis de estresse no trabalho, sendo que, o estresse, segundo os autores estaria associado à exaustão emocional, afastamento das relações pessoais e rebaixamento do sentimento de realização pessoal.

Neste tocante, Nascimento, Barros, Tironi e Marques (2010), descrevem a síndrome de *burnout* como um evento psicológico habitual, em especial, em indivíduos cujo trabalho envolve contato regular com pessoas que necessitam de assistência e

cuidados. Ainda sobre a definição de síndrome de *burnout* Zanatta e Lucca (2015), num estudo realizado com profissionais de saúde de um hospital que atende pacientes onco-hematológicos infantis, definiram a síndrome de *burnout* como um fenômeno psicossocial que manifesta-se como resultado aos estressores interpessoais crônicos no trabalho. Em consonância, Loureiro, Pereira, Oliveira e Pessoa (2008), descreveram o *burnout* como um processo de resposta ao estresse laboral crônico, no qual, as principais manifestações seriam a exaustão emocional e física, o cinismo e a ineficácia profissional, prejudicando o indivíduo, interferindo nas relações familiares, sociais e profissionais. Luciano (2012, p. 30) caracteriza a síndrome de *burnout* por:

A síndrome de *burnout* caracteriza-se por Exaustão Emocional (EE) manifestada por fadiga intensa, sensação de impotência diante das exigências diárias. O distanciamento emocional e a indiferença em relação ao trabalho e às pessoas com quem interagem constituem a Despersonalização (DE). A diminuição da realização pessoal e profissional (PRP) se apresenta como falta de visão de futuro, frustração e sentimento de incapacidade e fracasso associados à insônia, ansiedade generalizada, déficit de concentração e atenção, labilidade efetiva, irritabilidade e transtornos de apetite.

Em revisão sistemática e meta-análise de 485 estudos, com uma amostra de 267.995 indivíduos Faragher, Cass e Cooper (2005), encontraram evidências de correlação entre a satisfação no trabalho, saúde, bem-estar físico e mental. Também identificaram associação entre baixos graus de satisfação com o trabalho e perturbações mentais e psicológicas, como *burnout*, diminuição da autoestima, depressão e ansiedade.

O *burnout* tem sido apontado como uma complicação de ordem social e de grande expressão, já que seus custos organizacionais vêm se ampliando em função das crescentes ocorrências de trabalhadores afetados. Alguns destes custos devem-se à rotatividade de pessoal, absenteísmo, problemas de produtividade e qualidade, e também ao fato de se associar a vários tipos de problemas pessoais, como a manifestação de graves complicações psicológicas e físicas, sendo capaz de levar o trabalhador a desqualificação para o trabalho (Carlotto, & Câmara, 2008).

Os graus de atenção e concentração necessários para a efetivação das tarefas, correlacionado com a pressão realizada pelo ambiente de trabalho e manter a vigilância são possíveis causadores da síndrome de *burnout* (ou síndrome do esgotamento

profissional), que compreende um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais do contexto organizacional (Dias, 2001). Decerto, “resulta da vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas, envolvendo a representação que a pessoa tem de si e dos outros” (Dias, 2001, p. 191).

Dias (2001) classifica a síndrome de *burnout* como uma sensação de estar acabado ou síndrome do esgotamento profissional, definindo-a como uma consequência de uma vivência profissional em circunstâncias de convivências sociais difíceis, compreendendo a concepção que a pessoa tem de si e dos outros. Neste sentido,

O trabalhador que antes era muito envolvido afetivamente com os seus clientes, com os seus pacientes ou com o trabalho em si, desgasta-se e, em um dado momento, desiste, perde a energia ou se “queima” completamente. O trabalhador perde o sentido de sua relação com o trabalho, desinteressa-se e qualquer esforço lhe parece inútil (Dias, 2001, p. 191).

Segundo os dados apresentados por Dias (2001), a síndrome de *burnout* atinge especialmente profissionais que atuam em serviços que tenham contato direto com os usuários, como os trabalhadores da educação, da saúde, policiais, assistentes sociais, agentes penitenciários, professores. A incidência da síndrome de *burnout* também é maior para os profissionais que vivenciam mudanças na jornada de trabalho e considerável diminuição no cenário econômico.

Uma das definições mais comuns sobre a síndrome de *burnout* baseia-se na concepção social-psicológica de Maslache e Jackson (1981), que consideram esta síndrome de *burnout* como uma reação à tensão emocional crônica ao trabalhar diretamente com pessoas. É um construto formado por três princípios relacionados - a exaustão emocional, a despersonalização e redução da realização pessoal no trabalho.

Corroborando com Maslache e Jackson (1981), Pêgo e Pêgo (2016) descrevem as principais características para as dimensões da síndrome de *burnout*:

- Exaustão Emocional – acontece quando a pessoa sente que não tem mais força e energia para a execução do seu trabalho. É apontada como possíveis causas de exaustão a sobrecarga de atividades, conflitos pessoais nas relações, entre outros.

- Despersonalização – seria o elemento que diferenciaria a síndrome de *burnout* do estresse, manifestando-se como uma forma da pessoa se proteger da carga emocional advinda do contato direto com outras pessoas. Por esse motivo, as pessoas passam a se manifestar de forma insensível em relação às pessoas nas atividades que executam.

• Reduzida Realização Profissional – que se manifesta como um sentimento de insatisfação/decepção que a pessoa passa a ter com ela própria e na realização do seu trabalho, resultando sentimentos de incapacidade e baixa autoestima.

Segundo Pereira (2010), a síndrome de *burnout* é caracterizada pela exaustão física e mental do colaborador, decorrente da constante exposição ao estresse. Essa condição resulta na perda do sentido da relação do colaborador com o trabalho, de forma que as coisas já não importam mais e qualquer esforço lhe parece ser inútil.

Tamayo (2008) propõe seis abordagens para a síndrome de *burnout*, sendo essas:

1. Uma sobrecarga emocional - as relações inerentes ao ambiente de trabalho, em especial as advindas das relações interpessoais, que ocasionam vivências negativas, e que impactam de forma muito individual em cada pessoa;

2. Um “processo virulento” – onde o ambiente de trabalho seria inapropriado e doentil;

3. Uma questão existencial – resultante de um processo de desilusão no que se refere a percepção e significado do seu trabalho, causando exaustão física, emocional e mental;

4. Um “choque de realidade” – o indivíduo passa a ter dúvidas no que se refere a sua competência profissional, está diretamente vinculado a sobrecarga de trabalho, falta de autonomia, objetivos institucionais diferentes dos pessoais, práticas de liderança e supervisão inadequadas, entre outros;

5. Falta de reciprocidade – onde os profissionais esperam um reconhecimento, equivalente aos seus esforços, o rompimento nesse contrato psicológico favorece o esgotamento dos recursos emocionais do indivíduo, levando-o à exaustão, caracterizando o quadro de *burnout*; e,

6. Um desajuste entre o indivíduo e o seu trabalho - um instabilidade entre o que o trabalhador oferece e o que ele tem de retorno (Tamayo, 2008).

Nessa mesma direção, citamos Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), que identificaram seis situações que podem influenciar no desenvolvimento da síndrome de *burnout* que seriam: o excesso de trabalho, a falta de controle sobre o trabalho, a falta de recompensas, a falta de comunidade (trabalho em equipe), a falta de equidade (que compreende três elementos: verdade, transparência e respeito) e conflito de valores. Codo (1999) também chama a atenção para os profissionais que estão profundamente

envolvidos com o seu trabalho, que se responsabilizam pelo sucesso ou insucesso das suas conseqüências, serem mais sujeitos à síndrome de *burnout*.

No que se refere as manifestações advindas nos quadros de *burnout*, citamos Benevides-Pereira (2001), os sintomas mais frequentes e mais associados a síndrome de *burnout* são:

Psicossomáticos: enxaquecas, dores de cabeça, insônia, gastrites e úlceras; diarreias, crises de asma, palpitações, hipertensão, maior frequência de infecções, dores musculares e/ou cervicais; alergias, suspensão do ciclo menstrual nas mulheres". Comportamentais: absenteísmo, isolamento, violência, drogadição, incapacidade de relaxar, mudanças bruscas de humor, comportamento de risco. Emocionais: impaciência, distanciamento afetivo, sentimento de solidão, sentimento de alienação, irritabilidade, ansiedade, dificuldade de concentração, sentimento de impotência; desejo de abandonar o emprego; decréscimo do rendimento de trabalho; baixa autoestima; dúvidas de sua própria capacidade e sentimento de onipotência. Defensivos: negação das emoções, ironia, atenção seletiva, hostilidade, apatia e desconfiança (pp. 32-33).

Apesar dos constantes estudos na área, Trigo, Teng e Hallak (2007), , há pouco mais de uma década, contrapunham dizendo que a incidência da síndrome de *burnout* ainda era indefinida, apesar das estatísticas apontarem, já nessa altura, para que esta síndrome atingisse um número expressivo de pessoas, variando de em torno de 4,0 a 85,7%, dependendo da amostra ou população pesquisada.

A partir do próximo capítulo, iremos abordar o referencial teórico da Psicologia Positiva como uma abordagem promissora, no que se refere, a saúde mental e bem-estar no trabalho.

Capítulo III - Psicologia Positiva e Bem-Estar no Trabalho

3.1. Psicologia Positiva

A psicologia positiva procura ser uma disciplina científica, rigorosa dentro das ciências sociais e do comportamento, que vêm se destacando nos últimos anos. Tem como princípios questões como a felicidade e outras emoções positivas, além de se ater a sua evolução e benefícios, visando ações que proporcionem o bem-estar e a qualidade de vida (Nunes, 2007).

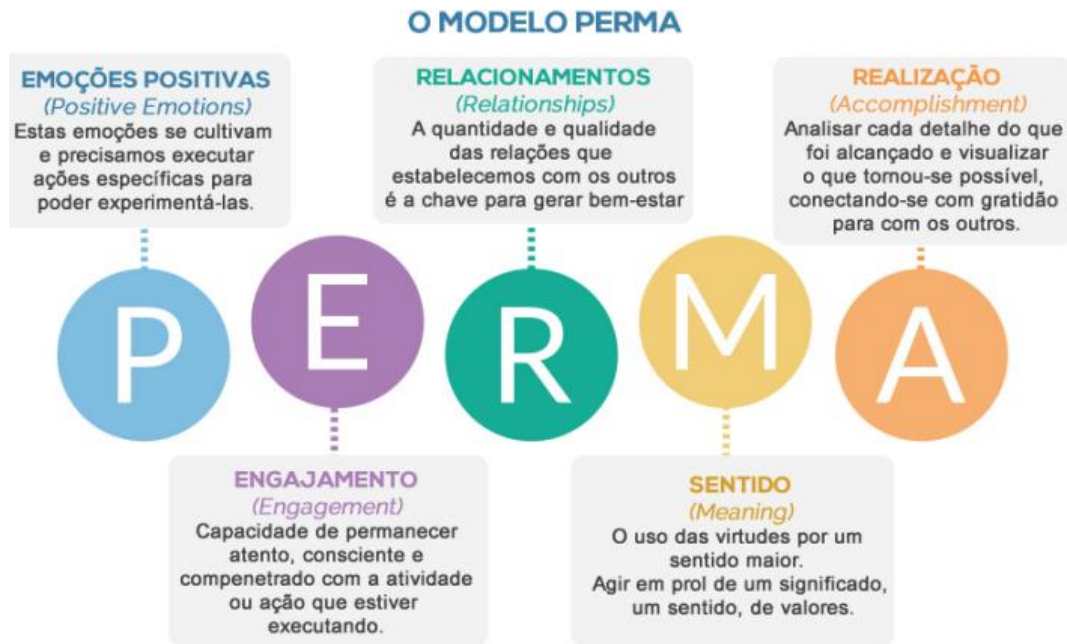
O movimento da psicologia positiva, com esta designação, teve início em 1998, quando o psicólogo Martin Seligman assumiu a presidência da American Psychological Association (APA). No início dos trabalhos, Seligman (2010) apresentou uma psicologia positiva respaldada em três pilares: o primeiro definido como o estudo da emoção positiva, o segundo como o estudo das qualidades positivas como as forças, as virtudes e as habilidades como a inteligência e a capacidade atlética e o terceiro pilar seria o estudo das organizações positivas, tal como a democracia, a família e a liberdade. Seligman (2010) também descrevia que estes pilares auxiliavam no alicerce das virtudes, da mesma forma, ajudam no apoio das emoções positivas.

Ao longo do tempo foram ocorrendo mudanças na forma de pensar e agir da psicologia positiva, neste sentido, Seligman (2011) também entendeu como necessário repensar sua teoria inicial que tinha na felicidade o tema central e em que a principal forma de mensurá-la seria através da realização na vida. Inicialmente, o autor considerava que o objetivo da psicologia positiva seria de melhorar a realização do sujeito com a sua vida. Porém, ao longo dos estudos, o autor passou a tratar o tema da psicologia positiva como sendo o bem-estar ou “florescimento”, se diferenciando das primeiras proposições do autor.

No seu livro intitulado “Florescer”, Seligman (2011) apresentou uma nova forma de entendimento da felicidade e do bem-estar a partir de cinco elementos básicos, conhecida também como teoria de “PERMA”: 1) a emoção positiva; 2) o engajamento; 3) relacionamentos positivos; 4) sentido e 5) realização. A partir destes elementos seria possível conseguir um bem-estar efetivo e duradouro que foi chamado pelo autor de “Florescer”.

A figura 2 apresenta de forma clara e didática o modelo de PERMA:

Figura 2: O modelo de PERMA



Fonte: Adaptado de Borges (2017, p.51).

O florescimento tem sido um conceito muito utilizado na Psicologia Positiva, sendo estabelecido por Keyes e Haidt (2003) como uma situação que possibilita o evoluçãp plena, saudável e positivo dos elementos psicológicos, biológicos e sociais dos indivíduos. Os autores relatam que o florescimento representa um estado no qual os sujeitos vivenciam uma emoção positiva frente a vida, em consequência, demonstram um ótimo desempenho emocional e social, além disso, não apresentam dificuldades associadas a saúde mental, no entanto, isso não representa que estes não terão nenhum problema diante da vida, mas sim, que pessoas em pleno florescimento vivenciam a vida de foma mais intensa.

A Psicologia Positiva estudo das experiências afetivas e subjetivas, das ocorrências positivas dos indivíduos e das instituições que consentem a vivência e a ênfase destas particularidades positivas. A Psicologia Positiva incentiva os psicólogos a apresentarem um comportamento mais positivo dos potenciais, das motivações e das habilidades dos indiiduos, procurando transformar antigas questões em possibilidades de compreender evidências psicológicas, como otimismo, altruísmo, esperança, alegria, satisfação, e outras tão importantes para a análise quanto depressão, ansiedade, angústia e agressividade (Nunes, 2007).

No entanto, isso não significa que a Psicologia Positiva recrimine o restante da psicologia, longe disso. A Psicologia Positiva não tem por objetivo reprovar o que há de

ruim, o que não está bem, as doenças ou outras questões que podem ocorrer na vida. “A Psicologia Positiva reconhece a existência do sofrimento humano, situações de risco e patologias, no entanto, não está restrita apenas a reparar o que há de errado ou o ruim, mas (re) construir qualidades positivas” (Portella, 2014, p. 23).

Paludo e Koller (2007) apontam para mais uma considerável colaboração da Psicologia Positiva que compreende a possibilidade de se aproximar de situações relacionadas ao desenvolvimento das pessoas, demonstrando que elas e as suas vivências estão inseridas em meios sociais e culturais. Esse movimento não é o único que identifica a relevância do meio social para o comportamento humano, entretanto, manifesta uma transformação na ciência psicológica ao considerá-lo como um ser integrado. Neste sentido, a Psicologia Positiva vem também se dedicando ao estudo de grupos e instituições, por considerar que esses espaços são importantes na vida dos indivíduos.

Nesta mesma linha, citamos Borges (2017), que descreve a Psicologia Positiva como uma abordagem nova, preparada para enfrentar demandas antigas e atuais, usando novos instrumentos, assim como, também procura se utilizar da tecnologia acessível no dia a dia. O autor relata que a Psicologia Positiva expandiu o seu campo de visão sobre o mundo, principalmente na forma como avaliar o potencial humano, suas forças de caráter, sua criatividade e virtude. O autor também chama a atenção para o foco do trabalho da Psicologia Positiva, que não é diagnosticar a patologia, mas evidenciar no diagnóstico o que “há de saudável nas pessoas, do potencial a ser explorado, de como auxiliar pessoas a encontrarem sentido e realização em suas vidas” (Borges, 2017, p.32).

De acordo com Seligman (2002), o avanço da Psicologia Positiva pode trazer como benefício à prevenção de vários casos de alterações emocionais, assim como, auxiliar no processo para que as pessoas se tornem mais saudáveis e produtivas, através do desenvolvimento de suas potencialidades. Neste mesmo viés, Vázquez-Colunga et al. (2017) sugerem uma abordagem da saúde mental positiva ocupacional, fundamentada na Psicologia Positiva, a psicologia ecológica, a abordagem salutogênica e o humanismo. Vázquez-Colunga et al. (2017) propuseram um modelo de seis fatores: bem-estar pessoal no trabalho, relações interpessoais positivas no trabalho, filosofia da vida laboral, empoderamento no trabalho, fortalezas pessoais no trabalho, e imersão no serviço. Estes seriam representados em quatro fatores: cognitiva, sócio afetiva, de comportamento e espiritual.

Na perspectiva da promoção da saúde, a Psicologia Positiva procura evidenciar as virtudes pessoas, delinear as vivências positivas e como estas podem contribuir para a saúde física e o bem-estar das pessoas (Snyder & Lopez, 2009). Paludo e Koller (2007) assinalam que a Psicologia Positiva deseja colaborar para o florescimento e o desempenho saudável das pessoas, grupos e instituições, detendo-se no fortalecimento das potencialidades ao contrário de retificar problemas. Neste mesma direção, Gomide, Silvestrin e Oliveira (2015) consideram que a Psicologia Positiva tem como propósito a modificação de foco, sendo o seu objetivo restaurar os lapsos estruturais ou individuais para o desenvolvimento de qualidades positivas e a compreensão das condições que promovem a saúde e a felicidade humana.

Segundo Keyes e Lopez (2002), a condição de saúde ou de doença, no contexto da Psicologia Positiva acontece no momento em que um conjunto de sintomas interfere no desempenho mental ou social. Neste sentido, a saúde mental, pode ser apresentada como uma síndrome de sintomas de bem-estar emocional manifestos na possibilidade de efetivação do potencial intelectual e emocional numa pessoa.

A saúde e a doença não são situações opostas de um mesmo contínuo, são entidades diferentes, com processos distintos e, portanto, indicadores distintos e não precisamente antagônicos. Dessa maneira, suprimir a doença não garante a geração de saúde, de tal forma que as intervenções orientadas a promover a saúde mental devem ser distintas às intervenções para suprimir ou prevenir a doença; superar o mal-estar não leva automaticamente a obter o bem-estar; reduzir o mal-estar e incrementar o bem-estar são duas metas não necessariamente convergentes e, nesse sentido, se busca a geração de círculos virtuosos e não a supressão de círculos viciosos (Vázquez-Colunga et al., 2017 p. 591).

Na sequência, iremos conceituar o bem-estar e suas implicações no mundo do trabalho, assim como definir o bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar social que são partes integrantes do bem-estar geral.

3.2. Bem-Estar no Trabalho

O bem-estar compreende todas as particularidades do indivíduo, deste modo, abrange a preservação de uma boa nutrição, exercícios, boas relações pessoais, familiares e sociais, e o controle do estresse (Albuquerque, 2005). Segundo Diener e

Seligman (2004), os indivíduos que têm um bem-estar elevado aparentam dispor de relações sociais melhores, do que indivíduos que demonstram um rebaixamento no bem-estar. Neste sentido Sousa et al. (2003) afirmam que o bem-estar é apresentado como uma dimensão associada à confiança, ao amor próprio, as possibilidades de conquistar metas pessoais, contentamento com a vida, a alegria e ao sentido positivo.

Neste estudo vamos nos deter mais especificamente no bem-estar no trabalho, que é definido por Paschoal (2008, p. 23) como a “prevalência de emoções positivas no trabalho e a percepção do indivíduo de que, no seu trabalho, expressa e desenvolve seus potenciais/habilidades e avança no alcance de suas metas de vida”. O conceito de bem-estar no trabalho surge com uma concepção de investigação fundamentada na Psicologia Positiva, tendo como tema central os pontos positivos das pessoas e das organizações, buscando elencar estratégias psicológicas que possibilitem formas mais adequadas de responder as mais diversas situações (Meireles & Lobo, 2011).

Harter, Schmidt e Keyes (2003), procurando contribuir para um maior entendimento da relação entre bem-estar no trabalho e resultados organizacionais positivos, relatam que melhores níveis de satisfação com o local de trabalho, desenvolvimento pessoal por meio do trabalho e relações amigáveis no trabalho estão positivamente associados a níveis mais altos de fidelidade, lucratividade, produtividade e retenção. Nesta mesma direção Sant’anna, Paschoal e Gosendo (2012) expõem que o bem-estar, de modo particular as experiências positivas do trabalhador, tem se mostrado como situações fundamentais para o bom andamento da organização. Os autores também destacam a importância de compreender os hábitos, ações ou particularidades da organização uma vez que estes podem influenciar positivamente no bem-estar no trabalho.

O bem-estar laboral consiste na avaliação positiva dos vários aspectos do trabalho e inclui elementos afetivos, motivacionais, comportamentais, cognitivos, psicossomáticos. A dimensão afetiva do bem-estar laboral é composta por afetos (emoções), comprometimento organizacional, exaustão emocional e satisfação (Van Horn, Taris, Schaufeli, & Schreurs, 2004).

O bem-estar do trabalhador constitui um dos resultados organizacionais que deveria ser tão valorizado quanto o desempenho. Um funcionário competente não poderia oferecer contribuições relevantes à organização se ele percebesse que o estresse é o resultado central da sua experiência de trabalho. Por essa

razão, compreender o efeito das características da organização e das suas políticas de gestão sobre o estresse relatado pelos trabalhadores é tarefa fundamental na busca constante por efetividade organizacional (Puentes-Palacios, Pacheco, & Severino, 2013, p.38).

O bem-estar no trabalho pode ser considerado um modelo psicológico, que envolve satisfação no trabalho, ou seja, a forma como cada pessoa se compromete afetivamente com o trabalho, sendo concebido como um “estado mental positivo” (Siqueira, Orengo, & Peiró, 2014; Siqueira, & Padovam, 2008). A teoria do bem-estar desenvolvida por Seligman (2011) destaca a existência de cinco elementos fundamentais que constituem o bem-estar e que contribuem para ele, que são: emoção positiva ou vida agradável, realização pessoal, relações positivas, significado, variáveis subjetivas e envolvimento. Podemos aqui citar o estudo realizado por Loiola, Alves e Siqueira (2017) com trabalhadores de empresas privadas, em que os resultados sugeriram que, quanto mais uma organização recompensa e apoia seus empregados, reconhecendo de maneira justa seus esforços perante a instituição, tratando-os de forma adequada, respeitando as regras com recompensas condizentes às responsabilidades a eles atribuídas, maior será o seu nível de bem-estar no trabalho.

Corroborando na conceituação de bem-estar no trabalho, Warr (2007) descreve que o bem-estar no trabalho está diretamente ligado às emoções positivas frente ao ambiente de trabalho e o entendimento do indivíduo de que, no seu dia a dia de trabalho, demonstra e aprimora seus potenciais. De forma prática, o bem-estar no trabalho pode ser estruturado em três princípios: afeto positivo, afeto negativo e realização pessoal no trabalho. Os dois primeiros pertencem aos elementos emocionais do bem-estar no trabalho e o último está relacionado aos princípios cognitivos.

Na sequência, trabalharemos de forma individualizada cada um dos tipos de bem-estar, objetivando um melhor entendimento das dimensões que pode atribuir-se.

3.2.1. Bem-estar subjetivo

O bem-estar subjetivo é considerado um construto importante da Psicologia Positiva, que pode beneficiar a forma como olhamos a nós mesmo e as demais pessoas (Passareli & Silva). O bem-estar subjetivo é entendido por Albuquerque e Tróccoli (2004) a partir de três aspectos: o afeto positivo, o afeto negativo e a satisfação com a

vida. Os autores chamam a atenção, para o fato de que um alto nível de bem-estar não quer dizer obrigatoriamente a inexistência de sensações negativas, mas sim o predomínio de sensações positivas a respeito das negativas. Consequentemente o bem-estar subjetivo está relacionado a manifestação constantes sentimentos positivos, onde há poucas vivência emocional negativas e a satisfação com a vida na sua totalidade.

Segundo Diener (1995), o bem-estar subjetivo compreende a atitude de avaliação dos indivíduos para sua vida, seja em relação à satisfação com a mesma (avaliação cognitiva), seja em relação à afetividade (reações emocionais). Nesta linha de raciocínio, Nunes (2007) menciona que o bem-estar subjetivo é considerado como enfoque positivo da saúde, ao mesmo tempo em sua conceituação se torna difícil, pois engloba questões cognitivas, afetivas em uma área de estudo estudos que abrangem também concepções como a qualidade de vida, o afeto positivo e o afeto negativo. Albuquerque e Tróccoli (2004) explicam que o bem-estar subjetivo elevado compreende sucessivas experiências emocionais positivas, poucas experiências emocionais negativas, além de incluirá realização da vida em sua totalidade. Os autores ponderam que certamente o humor das pessoas, suas emoções e princípios de auto avaliação se alteram ao longo do tempo, demarcando assim, a satisfação com a vida como um processo multidimensional e dinâmico.

3.2.2. Bem-estar Psicológico

O bem-estar psicológico (BEP) também conhecido como bem-estar eudaimônico é um construto fundamentado nos princípios psicológicos, é formado por seis fatores: relações positivas com outros, autonomia, domínio do ambiente, crescimento pessoal, propósito na vida e auto aceitação (Machado e Bandeira, 2015). Segundo Frasen et al. (2018), o bem-estar psicológico está focado na promoção das potencialidades humanas, auto realização e desenvolvimento pessoal. Nesta mesma linha, Ferreira (2007) relata que o bem-estar psicológico, representa a análise subjetiva que as pessoas realizam das suas vidas, abrangendo princípios tais como: a felicidade, os sentimentos de realização pessoal, as emoções agradáveis, satisfação com o trabalho, qualidade de vida e a satisfação com a vida, em detrimento apensamentos negativos e complicados. Segundo Diener, Scollon e Lucas (2003), e Albuquerque e Tróccoli (2004), o bem-estar psicológico corresponde à forma como analisamos as nossas vidas, em certos momentos

e durante o percurso da vida, e, não expressando a saúde psicológica propriamente dita, não deixa de representar um ponto indispensável ao bem-estar.

Aprofundando um pouco mais o conceito de bem-estar psicológico citamos Ryan e Deci (2001) que consideram o bem-estar psicológico seria multidimensional que representa particularidades relacionadas ao desempenho psicológico positivo ou ótimo.

Na sequência definimos outra perspectiva do bem-estar, o bem-estar social.

3.2.3. Bem-estar Social

Além dos dois construtos de bem-estar abordados anteriormente (bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico), se faz fundamental incluir o bem-estar social, uma vez que este está diretamente associado à saúde mental das pessoas, como parte da estrutural do ser humano, através de suas vivências sociais.

O bem-estar social é formado por cinco fatores: a integração social, que é a visão da qualidade do relacionamento de indivíduo com a sociedade; a percepção da sua aceitação social; a contribuição social que tem ligação com o nível de compreensão que uma pessoa tem a respeito da sua importância para determinado grupo social; a forma como as pessoas acreditam na possibilidade de estruturação de um contexto social para todos e o entendimento da qualidade, organização e clareza da sociedade onde as pessoas encontram-se inseridas (Ferreira & Novo, 2005). Segundo Van Horn et al. (2004), o bem-estar social inclui aspecto comportamental do bem-estar laboral e compreende dois tipos de definição: despersonalização, proveniente da conceituação de esgotamento profissional, mas diretamente vinculadas a atitudes negativas ou indiferentes na relação com os colegas de trabalho, e a qualidade das relações sociais na organização.

McDowell e Newell (1987) contextualizam a saúde social como parte integrante do bem-estar de um indivíduo, que está relacionada diretamente com a maneira como este indivíduo se relaciona com outras pessoas, como estes agem diante deste indivíduo e como este se relaciona com instituições sociais e com hábitos e costumes sociais. Neste sentido, Keyes (1998), aponta que os indivíduos que percebem a sua importância e contribuição para a sociedade, que apresentam expectativa positiva no que se refere ao futuro da sociedade, valorizando a importância desta sociedade. Podem ser considerados indivíduos saudáveis, pois não se preocupam apenas com o tipo de mundo que estão

vivendo, mas também percebem que conseguem assimilar os acontecimentos em seu entorno sem ter a sensação de mundo perfeito, ou seja, sem a sensação de ser iludido.

Antes de adentrarmos aos elementos práticos desta investigação, foi necessário desenvolver e elaborar a revisão da literatura, vinculados à saúde mental no trabalho, bem-estar, psicopatologia e Psicologia Positiva. Sendo assim, torna-se relevante introduzirmos a parte empírica desta investigação.

PARTE II - Estudo Empírico

Capítulo IV - Investigação

4.1. Introdução

Na segunda parte desta pesquisa encontra-se o estudo empírico, onde são apresentados os objetivos, a metodologia, os resultados e a sua discussão, através da literatura e base de dados científicos.

4.2. Objetivos

O objetivo geral desta investigação foi identificar os fatores que podem favorecer e os fatores que podem prejudicar a saúde mental positiva, bem-estar, doença mental e sintomas de psicopatologia das equipes de referência que atuam nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS, da Grande Florianópolis.

Este objetivo geral traduziu-se nos seguintes objetivos:

- a) Descrever o nível de saúde mental positiva, bem-estar e psicopatologia (depressão, ansiedade, estresse e Síndrome de Burnout) tendo em conta as variáveis sociodemográficas e profissionais;
- b) Caracterizar a amostra em termos dos níveis de bem-estar total;
- c) Caracterizar a saúde mental global das equipes;
- d) Analisar se existe associação entre saúde mental positiva, bem-estar, doença mental e sintomas de psicopatologia nestes profissionais;
- e) Analisar se existe uma associação entre a percepção do estado de saúde em geral e o ambiente de trabalho;
- f) Analisar se existe uma associação entre a saúde mental positiva e bem-estar nas equipes;
- g) Analisar se existe uma associação entre as dimensões do bem-estar emocional, bem-estar social e bem-estar psicológico com o ambiente de trabalho;
- h) Investigar se existe uma associação entre a saúde mental global, depressão, ansiedade e estresse, e ambiente de trabalho;
- i) Avaliar se existe e de que grau de Síndrome de Burnout nas equipes;
- j) Analisar os níveis da Síndrome de *Burnout* nas dimensões de exaustão emocional, cinismo e eficácia no trabalho;

- k) Verificar se existe associação entre a Síndrome de *Burnout* e as variáveis sociodemográficas e ambiente de trabalho.

4.3. Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, através do método misto, desenvolvido junto das equipes de referência dos CREAS, instalados nos municípios de médio e grande porte da microrregião de Florianópolis.

4.3.1 Caracterização da amostra

A amostra estudada foi não probabilística, de conveniência, composta por 115 profissionais que fazem parte das equipes de referência dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social, dos municípios de médio e grande porte da grande Florianópolis, participantes desta pesquisa.

Nesta amostra, a maior parte dos profissionais foram mulheres (85,2% - 98), enquanto os homens correspondem a 14,8% (n=17) das entrevistadas.

Tabela 3 Distribuição da amostra por sexo (N= 115)

| | n | % |
|-----------|----|-------|
| Masculino | 17 | 14,8% |
| Feminino | 98 | 85,2% |

Com relação à idade dos profissionais, observa-se que a maior parte possui entre 26 e 45 anos de idade. Os profissionais com idade entre 46 a 59 anos correspondem a 17,4% da amostra, enquanto os que possuem mais de 60 anos são a minoria com 1,7%.

Tabela 4 *Distribuição da amostra por idade*

| | n | % |
|------------------|----------|----------|
| Menos de 25 anos | 2 | 1,7% |
| De 26 a 35 anos | 46 | 40,0% |
| De 36 a 45 anos | 45 | 39,1% |
| De 46 a 59 anos | 20 | 17,4% |
| Mais de 60 anos | 2 | 1,7% |

No que diz respeito ao estado civil dos profissionais, observa-se que a maioria 55,7% é casada ou vive em união estável. Em seguida a amostra é representada pelos profissionais solteiros 32,2% e os restantes 9,6% profissionais divorciados, 1,7% profissionais viúvos e 0,9% afirmam outra condição de estado civil.

Tabela 5 *Distribuição da amostra por grau de estado civil*

| | n | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| Solteiro (a) | 37 | 32,2% |
| Casado (a) ou União Estável | 64 | 55,7% |
| Divorciado (a) ou Separado (a) | 11 | 9,6% |
| Viúvo | 2 | 1,7% |
| Outras | 1 | 0,9% |

A maioria dos profissionais possui um grau de instrução elevado, cerca de 58,3% possui pós graduação ou especialização, 10,4% possui mestrado e 5,2% (6) possui doutorado.

Tabela 6 *Distribuição da amostra por grau de instrução*

| | n | % |
|---------------------------------|----------|----------|
| 2º. Grau | 11 | 9,6% |
| Graduação | 19 | 16,5% |
| Pós Graduação ou Especialização | 67 | 58,3% |
| Mestrado | 12 | 10,4% |
| Doutorado | 6 | 5,2% |

Em relação ao tempo de trabalho no CREAS, observa-se que os profissionais possuem em sua maioria mais de 2 anos de trabalho. O total de 29,6% trabalha entre 2 e 5 anos, 26,1% trabalham entre 5 a 10 anos e 8,7% trabalham há mais de 10 anos.

Tabela 7 *Distribuição da amostra por trabalho no CREAS*

| | n | % |
|--------------------|----------|----------|
| Há menos de 1 ano | 19 | 16,5% |
| De 1 a 2 anos | 22 | 19,1% |
| De 2 a 5 anos | 34 | 29,6% |
| De 5 a 10 anos | 30 | 26,1% |
| Há mais de 10 anos | 10 | 8,7% |

As funções dos profissionais no CREAS são distribuídas entre Assistente Social, Psicólogo, Apoio Administrativo e entre outras atividades de nível superior.

Tabela 8 *Distribuição da amostra por função no CREAS*

| | n | % |
|-----------------------------------|----------|----------|
| Assistente Social | 37 | 32,2% |
| Psicólogo | 45 | 39,1% |
| Outra atividade de nível superior | 14 | 12,2% |
| Apoio Administrativo | 19 | 16,5% |

Em geral os profissionais trabalham no CREAS cerca de 30 horas semanais (81,7%) ou 40 horas semanais (14,8%). Pouco são os profissionais que apresentam uma carga horária diferente.

Tabela 9 *Distribuição da amostra por carga horária semanal no CREAS*

| | n | % |
|----------|----------|----------|
| 10 horas | 2 | 1,7% |
| 20 horas | 2 | 1,7% |
| 30 horas | 94 | 81,7% |
| 40 horas | 17 | 14,8% |

O turno de trabalho dos profissionais dividido entre matutino (47,8%), vespertino (32,2%) e integral (20,0%).

Tabela 10 Distribuição da amostra por turno de trabalho no CREAS

| | n | % |
|------------|----------|----------|
| Matutino | 55 | 47,8% |
| Vespertino | 37 | 32,2% |
| Integral | 23 | 20,0% |

4.3.2. Instrumentos

Na presente investigação de pesquisa foram selecionados os instrumentos: Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edimburgo (Anexo I); Escala Continuum de Saúde Mental - MHC-SF (Anexo J); Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse - DASS-21(Anexo K) e Maslach Burnout Inventory General Survey MBI-GS (Anexo L). Para recolher informações sociodemográficas e de trabalho foi elaborado um Questionário Sociodemográfico específico para à pesquisa (Anexo F); também foi elaborado um Guião para realização do *Focus Group* (Anexo G) e um Guião para Entrevista Semiestruturada para Coordenadores ou Diretores (Anexo H).

4.3.2.1. Questionário Socio-demográfico

Este instrumento foi desenvolvido especificamente para este estudo, formado por 19 questões, cujo objetivo foi caracterizar os participantes no que se refere à idade, sexo, escolaridade, estado civil, há quanto tempo trabalha no CREAS, qual sua função no CREAS, qual sua carga horária semanal, qual seu turno de trabalho, como diria que é sua saúde mental, como diria que é a sua saúde física, se faz uso de medicação psiquiátrica, se recebe acompanhamento psicológico, se os serviços lhe oferecem algum tipo de apoio, se tem a percepção de que os profissionais usam esses apoios, se pensam que os serviços deveriam proporcionar apoio, se já sentiram necessidade de apoio para executar melhor seu trabalho, se no último ano faltou ao trabalho por doença, se esteve com atestado médico no último ano, se teve que faltar ao trabalho para ir a consultas médicas ou de psicologia, no último ano.

O questionário sociodemográfico foi utilizado com o objetivo de caracterizar a amostra da pesquisa no que se referia a questões sociodemográficas e de trabalho.

4.3.2.2. Guião para as Entrevistas dos Coordenadores e ou Diretores

Foi elaborado um guião para entrevista semiestruturada que foi aplicado aos coordenadores ou Diretores. Segundo Manzini (2004) a entrevista semiestruturada está orientada para uma tema, para o qual vai ser elaborado um roteiro com perguntas essenciais, mas que podem ser complementadas por questões que podem ser motivadas durante a entrevista. Este autor acredita que esta forma de entrevista pode trazer a tona informações em condições mais espontâneas, sem um padrão de alternativas.

O guião para entrevista foi elaborado com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre a temática “saúde mental das equipas de referência que atuam nos CREAS na grande Florianópolis” na visão de coordenadores ou diretores. Este guião foi elaborado com 16 perguntas, sendo estas: O que você entende por bem-estar e saúde mental? Como percebe a saúde e bem-estar nos profissionais? Você considera este um domínio importante? Como você descrever a rotina de trabalho da equipe de referência do CREAS? Qual o número de famílias atendidas por equipe de referência neste CREAS? Como você percebe a equipe referência do CREAS no que se refere à saúde mental? Quais os sentimentos mais presentes nas equipas durante o trabalho no CREAS? Como se sente durante o dia de trabalho no CREAS? No seu trabalho, há alguma coisa que lhe proporcione prazer? O quê? Qual sua opinião a respeito do ambiente de trabalho do CREAS. Como você considera seu bem-estar e saúde mental neste contexto de trabalho. Tem alguma coisa que lhe causa sofrimento e desgaste durante o trabalho no CREAS? Como você percebe os sentimentos da equipe de referência em relação ao atendimento a famílias com direitos violados? Qual sua percepção no que se refere aos seus sentimentos das equipas em trabalhar no CREAS? Percebe da existência de perturbação/doença mental nos trabalhadores do CREAS? Existe algum trabalho de prevenção à saúde mental dos trabalhadores do CREAS? Quando estas perturbações estão presentes existe algum trabalho com os profissionais das equipas, cuida-se dos profissionais de alguma forma?

4.3.2.3. Guião aplicado ao Focus Group

Foi elaborado um guião de *focus group* exclusivo para este estudo. “O grupo focal ou *focus group*, consiste, basicamente, numa técnica de pesquisa qualitativa baseada numa entrevista em profundidade realizada em grupos” (Schroeder & Klerin, 2009).

Neste estudo, o *focus group* teve como objetivo identificar as percepções, sentimentos, atitudes e ideias dos participantes a respeito do tema central da pesquisa “saúde mental das equipas de referência que atuam nos CREAS”.

O guião contempla 20 questões principais, que se desmembram em outras sub questões a serem desenvolvidas como temática junto aos participantes dos “*focus group*”, sendo estas: Qual a percepção que vocês têm sobre o trabalho que desenvolvem no CREAS? Como o CREAS é percebido hoje? Como você percebe a saúde mental do seu grupo de trabalho? Há alguma coisa que lhes dê prazer no trabalho realizado no CREAS. Têm alguma coisa que lhe causa sofrimento ou desgaste no trabalho realizado no CREAS? Como percebe o trabalho no CREAS? O que poderá ocasionar? Sente que seu trabalho tem valor? Como vocês se sentem trabalhando no CREAS? Quais são os fatores que podem causar bem-estar no trabalho? Como este trabalho a faz sentir? Quais poderão ser causas de dificuldade no trabalho? O que o CREAS poderia oferecer para o trabalho não ser tão desgastante? Quais os sentimentos mais evidentes no trabalho com as famílias no CREAS? Você utiliza alguma estratégia para manutenção da saúde mental, qual ou quais seriam? Como é trabalhar com pessoas que têm seus direitos violados? Como vocês percebem seu bem-estar e saúde mental durante o horário de trabalho do CREAS? Como vocês se sentem ao saírem do trabalho e chegarem a suas casas? Como vocês consideram seu bem-estar e sua saúde mental? Vocês percebem a existência de problemas mentais na equipa de trabalho do CREAS? Quais seriam os problemas mais frequentes? Pensam que a instituição deveria proporcionar cuidados com a saúde mental dos seus trabalhadores? Por quê? Quais? De que forma?

4.3.2.4. Escala de Bem Estar Mental de Warwick-Edinburgh

A escala de bem-estar mental Warwick-Edinburgh (WEMWBS) foi projetada para avaliar o nível de bem-estar mental de uma população ou grupos específicos. É

formada por 14 itens que envolvem aspectos psicológicos, funcionais, assim como, o bem-estar. A pontuação final é calculada somando a resposta de cada item, que oscilam de 1 a 5, obtendo um resultado de 14 a 70 pontos (Santos, Costa, Guilherme, Silva, Abentroth, Krebs & Sotoriva, 2015).

Santos et al (2015) validaram a escala de bem-estar mental Warwick-Edinburgh para população Brasileira, sendo a que a versão final mostrou resultados semelhantes aos da versão original, demonstrada por análise fatorial, consistência interna (alfa de Cronbach: 0,89) e correlação com instrumentos validados para a língua portuguesa. A versão brasileira da WEMWBS mostrou-se de fácil aplicação e compreensão, apresentou alta consistência interna e similar validade de construto ao instrumento original.

A versão brasileira da WEMWBS foi aplicada a 122 indivíduos de ambos os sexos (99 mulheres e 23 homens) com média de idade de $21,5 \pm 4$ anos, que concordaram voluntariamente em participar do estudo. Todos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e tiveram suas identidades ocultas. A amostra geral apresentou uma pontuação de $51,8 \pm 8$ pontos. (Santos et al, 2015).

Neste estudo a escala de bem-estar mental Warwick-Edinburgh foi utilizada com o objetivo de avaliar o nível de bem-estar mental das equipes de referncia que atuam nos CREAS da grande Florianópolis.

4.3.2.5. Escala Continuum de Saúde Mental (MHC-SF)

Neste estudo usamos a Escala Continuum de Saúde Mental (MHC-SF) para Adultos, versão reduzida. Está é uma escala de autorrelato de saúde mental, projetada por Keyes em 2002, como forma de conferir diagnósticos e categoriais para a saúde mental, tipificando como flourishing, saúde mental moderada, e languishing. Machado e Bandeira (2015), adaptaram e validaram MHC-SF para o português brasileiro, sendo denominada de Escala de Saúde Mental Positiva, Os métodos utilizados para validação MHC-SF demonstraram que escala, em sua versão brasileira, é um instrumento válido e fidedigno para avaliação da saúde mental positiva.

Essa escala foi desenvolvida com base em vários constructos que se referem ao bem-estar emocional, psicológico e social (Keyes, 2002), e está distribuída em 14 itens de auto relato: três itens para o bem-estar emocional (itens 1-3), cinco itens para o bem-

estar social (itens 4-8) e seis itens para o bem-estar psicológico (itens 9-14) (Lamers et al., 2011; Matos et al., 2010).

As pontuações brutas da escala podem ser usadas como indicadores de níveis positivos de saúde mental; no entanto, os autores recomendam o uso de escores modelados (fator análise e teoria da resposta do item) sempre que possível. Neste estudo, a Escala de Saúde Mental Positiva, foi utilizada para avaliar a saúde mental positiva das Equipes de Referência dos CREAS da Grande Florianópolis.

4.3.2.6. Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse-Escala DASS-21

A Escala de Ansiedade Depressão e Estresse foi utilizada neste estudo com o objetivo de avaliar sintomas de depressão, ansiedade e estresse.

A Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse (DASS-21) foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond em 1995, e validada para o Brasil por Vignola e Tucci (2014). A Escala de Ansiedade Depressão e Estresse é um instrumento de avaliação de autorrelato, que contém três subescalas, pontuadas segundo escala Likert de quatro pontos (0, 1, 2 e 3), variando de 0 ("Discordo totalmente") a 3 ("Concordo Totalmente"). Cada subescala da DASS-21 consiste em sete itens que avaliam os estados de depressão, ansiedade e estresse (Vignola & Tucci, 2014). Segundo Cunha (2007), Os itens encontram-se divididos em três fatores: Depressão (3, 5,10, 13, 16, 17, 21); Ansiedade (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20) e Estresse (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18). O resultado são obtidos através da soma dos escores dos itens, para cada uma das três subescalas, sendo que estes escores, devem ser obrigatoriamente, multiplicados por dois, para o cálculo do escore final. Os valores utilizados como referência para esta investigação, foram os propostos por Vignola e Tucci (2014) na validação DASS-21 para o Brasil.

4.3.2.7. Maslach Burnout Inventory General Survey - MBI-GS

Essa escala foi elaborada, no início de 1980, por Maslach e Jackson, que se embasaram em um modelo de três fatores para medir a exaustão emocional, cinismo e a realização pessoal. A MBI possui diversas versões dirigidas a públicos específicos, como por exemplo: educadores, médicos, estudantes, e a versão direcionada ao público

geral, a General Survey (Schuster *et al.*2015). A Maslach Burnout Inventory (MBI) apresenta diversas variações, como a MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), para trabalhadores nos serviços humanos e de saúde, a MBI- Educators Survey (MBI-ES), para professores, a MBI Student Survey (MBI-SS) para alunos, e uma versão mais geral, a MBI-General Survey (MBI-GS), utilizada para populações com diversos tipos de ocupação, que avalia as mesmas três dimensões, mas mantendo uma estrutura de fator consistente com diversas ocupações e não apenas com as relações pessoais do trabalho (Maslach; Schaufeli & Leiter, 2001).

A Maslach Burnout Inventory General Survey é uma escala do tipo Likert, constituída de 16 itens, apresentados em uma escala de 7 pontos, que varia de 0 (nunca) a 6 (todos os dias), segundo o grau em que cada um deles expressa determinado sentimento experimentado pelo empregado, buscando-se avaliar como o trabalhador vivencia seu trabalho. Foi validado no Brasil por Schuster *et al.*(2015). Segundo Ferreira (2011) a MBI-GS é composta de três dimensões: Exaustão Emocional (EE), com seis variáveis, Cinismo (CI), com quatro variáveis, e Eficácia no Trabalho (ET), com seis variáveis. É considerada uma escala likert de onde sua pontuação varia de 0 a 6, sendo que sua descrição vai de nunca até todo dia (Ferreira, 2011).

A MBI-GS identifica os índices de Síndrome de *Burnout* de acordo com os *scores* de cada dimensão. Da pontuação da escala total, obtém-se a soma dos valores apurados nos 16 itens. Neste estudo utilizamos a pontuação sugerida por Mclaurine (2008), sendo definindo que valores até 1,33 são considerados baixos, entre 1,34 e 2,43 são intermediários e a acima de 2,43 são definidos como altos. Para calcular as dimensões para *Burnout* a regra compreende que, para a dimensão Exaustão Emocional é calcula com base nas respostas de 1 a 6, para a dimensão Cinismo o calculo é feito com base nas respostas das questões de 7 a 10 e para a dimensão Eficácia no Trabalho com base nas respostas das questões de 11 a 16. No que se refere a pontuação da escala geral de Burnout, se faz necessário, antes do calculo, fazer a inversão dos valores da dimensão Eficácia no Trabalho (Mclaurine, 2008).

4.3.3. Procedimento

O estudo foi desenvolvido em seis Centros de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, os quais fazem parte da mesorregião da Grande

Florianópolis. Está é uma das seis mesorregiões do estado brasileiro de Santa Catarina. É formada pela união de 21 municípios agrupados em três microrregiões, sendo que iremos nos deter a quatro municípios que formam a microrregião de Florianópolis - uma das microrregiões do estado brasileiro de Santa Catarina - e está dividida em nove municípios: Antônio Carlos, Baguaçu, Florianópolis, Governador Celso Ramos, Palhoça, Paulo Lopes, Santo Amaro da Imperatriz, São José e São Pedro de Alcântara.

Foram incluídos na pesquisa seis Centros de Referência Especializados de Assistência Social de municípios de médio e grande porte, da microrregião de Florianópolis, com este equipamento instalado e em funcionamento, ficou fora dessa pesquisa um CREAS dessa microrregião, considerando a troca de Secretário Municipal de Assistência Social no momento que o projeto estava para ser encaminhado para Comissão de Ética.

Com o objetivo de obter a aprovação da Comissão de Ética, o projeto, sob o número CAAE: 02631718.7.0000.0115, foi submetido à Plataforma Brasil, uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado em 07/03/2019 através do parecer consubstanciado da CONEP n. 3.183.812 (Anexo M).

Para realização da presente intenção de pesquisa foi solicitada autorização de utilização aos pesquisadores que validaram para uso no Brasil a Escala de bem-estar mental de Warwick-Edinburgh; Continuum de Saúde Mental - Forma Curta (MHC-SF); Escalas DASS-21 (*Depression Anxiety Estresse Scale-21*) e escala MBI-GS (*Maslach Burnout Inventory*) (Anexo B).

Com relação às instituições nas quais se realizou a pesquisa, foi solicitada autorização nas Secretarias Municipais de Assistência Social dos Municípios (Anexo A) de médio e grande porte, da microrregião da grande Florianópolis, de Santa Catarina, responsáveis pelos Centros de Referência Especializados em Assistência Social. Após autorização e parecer favorável do comitê de ética, foi realizado contato com os Diretores de Média Complexidade das Secretarias Municipais de Assistência Social com o propósito de apresentar a pesquisa e solicitar autorização para adentrar aos espaços dos CREAS, já que estes profissionais são os responsáveis por tal autorização após a liberação das Secretarias. Após as devidas autorizações, foi realizada ligação telefônica para os coordenadores ou diretores de cada CREAS, sendo, então, agendado

horário para apresentação da pesquisa, e posterior, agendamento para entrevista com tal profissional. Sendo que a coleta de dados ocorreu entre março e agosto de 2019.

Na sequência os participantes receberam as devidas explicações sobre a pesquisa, assim como, sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C). No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi descritos os objetivos, instrumentos e justificativa da pesquisa, assim como, os direitos e deveres dos participantes; os possíveis desconfortos e riscos ao participarem da pesquisa, os recursos disponíveis de acompanhamento e assistência aos participantes, caso necessário. No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, também foram descritos os benefícios; a garantia de sigilo e privacidade dos participantes; a participação voluntária na pesquisa. Além disso, foi descrito o comprometimento da pesquisadora com a legislação Brasileira, seguindo as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n. 510/2016 e n° 466/2012 e do Código Civil Brasileiro, Lei 10.406/2002. Neste mesmo documento, foi disponibilizado aos participantes os contatos da pesquisadora e dos comitês de ética no qual a pesquisa foi submetida

Após a leitura e assinatura do TCLE em duas vias, por parte dos participantes e pesquisadora, uma via ficou com os participantes e a outra retornou a pesquisadora.

Na sequência, os participantes receberam os instrumentos que compunham o protocolo de pesquisa, sendo-lhes solicitado que o preenchessem, seguindo as orientações desta pesquisadora. Após o preenchimento do protocolo de pesquisa, foram convidados a participarem do *focus group*, onde receberam um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D), considerando a necessidade da autorização para a gravação das falas do grupo. Os coordenadores e/ou diretores que aceitaram participar da pesquisa foram convidados a realizarem uma entrevista semiestruturada, recebendo, assim, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico (Anexo E), onde contava a autorização para gravação da entrevista.

4.3.4. Análise e interpretação dos dados

Os dados quantitativos foram analisados com o auxílio do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 25, já a análise dos dados qualitativos foi realizada através da análise de conteúdo de Bardin. A análise de conteúdo de Bardin é uma técnica feita por etapas, passando pela organização, codificação, categorização e

inferência das respostas obtidas, tendo em conta toda a informação verbal e não-verbal (Bardin, 2009).

Capítulo V – Resultados

Este capítulo refere-se aos resultados obtidos após a aplicação do protocolo de pesquisa, inicialmente serão expostos os resultados relativos aos dados quantitativos por objetivo, para que fique mais clara a compreensão. Os dados quantitativos foram obtidos através do questionário sociodemográfico e de trabalho, escala de bem-estar de Warnik-Edenburg, escala continuum de saúde mental (MHC-SF), escala de ansiedade, depressão e estresse(DASS-21) e escala MBI-GS. Na sequência, serão apresentados os resultados dos dados qualitativos, que são provenientes das entrevistas semi-estruturadas realizadas com coordenadores ou diretores dos CREAS e dos dados obtidos através do *focus groups* realizados junto as equipes de referências dos CREAS participantes da pesquisa.

5.1.Resultados quantitativos por objetivos

- a) Descrever o nível de saúde mental positiva, bem-estar e psicopatologia (depressão, ansiedade, estresse e síndrome de *burnout*) tendo em conta as variáveis sociodemográficas e profissionais;

Relativamente à saúde mental positiva dos profissionais, observam-se maiores médias nos itens: interesse pela vida, relacionamentos afetuosos e de confiança com outras pessoas e que sua vida tem um propósito ou um sentido. Os profissionais demonstraram menor média de avaliação para o item “a forma como a nossa sociedade funciona faz sentido para você” (Tabela 11).

Tabela 11 Avaliação Escala Continuum de Saúde Mental (MHC-SF)

| | Média | Desvio- Padrão | Míni mo | Máxi mo | Mediana |
|--|--------------|---------------------------|--------------------|--------------------|----------------|
| 1. Feliz | 4,35 | 0,91 | 2,00 | 6,00 | 5,00 |
| 2. Interessada (o) pela vida. | 4,99 | 1,05 | 2,00 | 6,00 | 5,00 |
| 3. Satisfeito (a). | 4,02 | 1,18 | 1,00 | 6,00 | 4,00 |
| 4. Que você teve algo importante para contribuir para a sociedade. | 4,06 | 1,26 | 1,00 | 6,00 | 4,00 |
| 5. Que você pertencia a uma comunidade (como um grupo social ou sua vizinhança). | 4,00 | 1,45 | 1,00 | 6,00 | 4,00 |
| 6. Que a nossa sociedade esta se tornando um lugar melhor para as pessoas como você. | 2,52 | 1,33 | 1,00 | 6,00 | 2,00 |
| 7. Que as pessoas, em geral, são boas. | 3,39 | 1,29 | 1,00 | 6,00 | 3,00 |
| 8. Que forma como a nossa sociedade funciona faz sentido para você. | 2,33 | 1,27 | 1,00 | 6,00 | 2,00 |
| 9. Que você gostava da maior parte de suas características de personalidade. | 4,48 | 1,14 | 1,00 | 6,00 | 5,00 |
| 10. Que você administrou bem as responsabilidades do seu dia a dia. | 4,46 | 1,08 | 1,00 | 6,00 | 5,00 |
| 11. Que você tinha relacionamentos afetuosos e de confiança com outras pessoas. | 4,82 | 1,14 | 1,00 | 6,00 | 5,00 |
| 12. Que você teve experiências que o desafiaram a crescer e tornar-se uma pessoa melhor. | 4,39 | 1,27 | 2,00 | 6,00 | 5,00 |
| 13. Que você foi confiante para pensar ou expressar suas ideias e opiniões próprias. | 4,19 | 1,22 | 1,00 | 6,00 | 4,00 |
| 14. Que sua vida tem um propósito ou um sentido. | 4,83 | 1,32 | 1,00 | 6,00 | 5,00 |

No que se refere à escala de bem-estar à WEMWBS observa-se na tabela 15, que os resultados apontam para uma média de 49,53 pontos para a amostra deste estudo, já a mínima está em 33 pontos e a máxima em 66 pontos e $DP = 7,72$ pontos, apontando para níveis consideráveis de bem-estar geral nas equipes de referência. O mesmo ocorre na escala de saúde mental positiva MHC-SF, onde a média é de 56,85, com mínima de 27 pontos, máxima de 77 pontos com $DP = 11,17$. Indo de encontro com os resultados da escala WEMWB, indicando também níveis consideráveis de saúde mental positiva e

bem-estar. No que se refere às subescalas de bem-estar emocional, bem-estar social e bem-estar psicológico têm as médias em 13,37, 16,30 e 27,18 respectivamente (Tabela 12).

Tabela 12 Escala de Bem Estar Mental de Warwick-Edinburgh e Escala de Saúde Mental Positiva MHC-SF

| | Amostra (N= 115) | | | |
|-----------------------|------------------|--------|--------|-------|
| | Média | Mínimo | Máximo | DP |
| WEMWBS | 49,53 | 33 | 66 | 7,72 |
| MHC-SF | 56,85 | 27 | 77 | 11,17 |
| Bem-estar Emocional | 13,37 | 6 | 18 | 2,68 |
| Bem-estar Social | 16,30 | 6 | 27 | 4,69 |
| Bem-estar Psicológico | 27,18 | 11 | 36 | 5,44 |

Na tabela 13 é possível observar que a maior parte dos profissionais encontra-se acima a média de 49,53 pontos (53%), representando, assim, que estão com alto nível de bem-estar mental, no entanto o percentual de profissionais que estão com o bem-estar mental abaixo da média é de 47,0%, apontando para alterações no bem-estar mental.

Tabela 13 Comparação dos níveis de bem-estar mental entre os profissionais.

| Bem-Estar Mental | N | % |
|------------------|----|-------|
| Acima da Média | 61 | 53,0% |
| Abaixo da Média | 54 | 47,0% |

Em relação aos níveis de bem-estar da amostra é possível constatar que a maioria dos profissionais apresenta resultados acima da média no que se refere ao bem-estar emocional e bem-estar psicológico, com indicativo para saúde mental florescente. No entanto, a maioria dos profissionais encontra-se com avaliação abaixo da média para o bem-estar social. Paralelamente, não deixa de ser considerável o número de profissionais com resultados abaixo da média nas esferas de bem-estar emocional e bem-estar psicológico, que configuram alteração na saúde mental destes profissionais (Tabela 14).

Tabela 14 Avaliação das Dimensões de Bem-estar da Escala MHC-SF

| Dimensões de Bem-estar | | n | % |
|------------------------|-----------------|----|-------|
| Bem-Estar Emocional | Abaixo da Média | 54 | 47,0% |
| | Acima da Média | 61 | 53,0% |
| Bem-Estar Social | Abaixo da Média | 61 | 53,0% |
| | Acima da Média | 54 | 47,0% |
| Bem-Estar Psicológico | Abaixo da Média | 55 | 47,8% |
| | Acima da Média | 60 | 52,2% |

No que se refere à doença mental e psicopatologia, foram analisados os dados obtidos através dos resultados da Escala DASS-21 e MBI-GS.

Em relação à subescala para depressão, a maioria dos profissionais apresentou um nível normal/leve (68,7%). Já em relação ao nível de estresse observa-se que os profissionais estão com resultados de normal/leve (60,0%), porém é considerável o percentual de profissionais com nível moderado (12,2%), grave (6,1%) e muito grave (1,7%). Para a subescala de ansiedade, verificou-se que a maior parte dos profissionais se encontra no nível normal/leve (69,6%). Apesar dos valores de avaliação normal/leve serem superiores em todas as subescalas, deve-se atentar ao alto percentual de profissionais com algum indício de perturbação: 31,3% apresentaram sintomas depressivos, 40% sintomas de estresse e 30,4% sintomas de ansiedade (Tabela 15)

Tabela 15 Subescalas Depressão, Estresse e Ansiedade

| DASS-21 | Nível | n | % |
|-----------|-------------|----|-------|
| Depressão | Muito Grave | 3 | 2,6% |
| | Grave | 4 | 3,5% |
| | Moderado | 15 | 13,0% |
| | Mínimo | 14 | 12,2% |
| | Normal/Leve | 79 | 68,7% |
| Estresse | Muito Grave | 2 | 1,7% |
| | Grave | 7 | 6,1% |
| | Moderado | 14 | 12,2% |
| | Mínimo | 23 | 20,0% |
| | Normal/Leve | 69 | 60,0% |
| Ansiedade | Grave | 6 | 5,2% |
| | Mínimo | 9 | 7,8% |
| | Moderado | 11 | 9,6% |
| | Muito Grave | 9 | 7,8% |
| | Normal/Leve | 80 | 69,6% |

No que se refere ao *burnout* descrevem-se, na tabela 16, médias, desvios-padrão, valores mínimos, valores máximos e medianas dos itens que compõem a Escala MBI-GS. Nos itens da dimensão exaustão emocional, evidenciam-se as médias mais elevadas, nos itens EE1 “Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho” apresentou uma média de 2,63, EE2 “Sinto-me esgotado no final de um dia de trabalho” com média de 3,25 demonstrando alta exaustão emocional; item EE3 “Sinto-me cansado quando me levanto pela manhã e preciso encarar outro dia de trabalho” com média de 2,73 e item EE6 “Só desejo fazer meu trabalho e não ser incomodado” com média de 2,60, que demonstram exaustão moderada; no que se refere à dimensão cinismo, as médias indicam níveis moderados para cinismo, exceto o item CI10 “Duvido da importância do meu trabalho”, que tem média 0,98; no que se refere à dimensão eficácia no trabalho, as médias demonstram que a grande maioria do público pesquisado encontra-se no nível moderado para eficácia no trabalho, sendo que apenas o item ET13 “Posso efetivamente solucionar os problemas que surgem no meu trabalho” apresentou média de 3,67, estando assim, com baixa eficácia no trabalho para este item.

Tabela 16 Avaliação da Escala MBI-GS

| Código | Variáveis | Média | DP | Mínimo | Máximo | Mediana |
|--------|---|-------|------|--------|--------|---------|
| EE1 | Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho | 2,63 | 1,67 | 0,00 | 6,00 | 2,00 |
| EE2 | Sinto-me esgotado no final de um dia de trabalho | 3,25 | 1,66 | 0,00 | 6,00 | 3,00 |
| EE3 | Sinto-me cansado quando me levanto pela manhã e preciso encarar outro dia de trabalho | 2,73 | 1,82 | 0,00 | 6,00 | 3,00 |
| EE4 | Trabalhar o dia todo é realmente motivo de tensão para mim | 1,96 | 2,03 | 0,00 | 6,00 | 1,00 |
| EE5 | Sinto-me acabado por causa do meu trabalho | 1,90 | 1,70 | 0,00 | 6,00 | 2,00 |
| EE6 | Só desejo fazer meu trabalho e não ser incomodado | 2,60 | 2,05 | 0,00 | 6,00 | 2,00 |
| CI7 | Sou menos interessado no meu trabalho desde que assumi essa função | 1,25 | 1,73 | 0,00 | 6,00 | 0,00 |
| CI8 | Sou menos entusiasmado | 1,85 | 1,80 | 0,00 | 6,00 | 1,00 |

| | | | | | | |
|------|--|------|------|------|------|------|
| | com o meu trabalho | | | | | |
| CI9 | Sou mais descrente sobre a contribuição do meu trabalho para algo | 1,52 | 1,65 | 0,00 | 6,00 | 1,00 |
| CI10 | Duvido da importância do meu trabalho | 0,98 | 1,46 | 0,00 | 6,00 | 0,00 |
| ET11 | Sinto-me entusiasmado quando realizo algo no meu trabalho | 4,30 | 1,40 | 0,00 | 6,00 | 5,00 |
| ET12 | Realizo muitas coisas valiosas no meu trabalho | 4,35 | 1,40 | 0,00 | 6,00 | 5,00 |
| ET13 | Posso efetivamente solucionar os problemas que surgem no meu trabalho | 3,67 | 1,63 | 0,00 | 6,00 | 4,00 |
| ET14 | Sinto que estou dando uma contribuição efetiva para essa organização | 4,27 | 1,62 | 0,00 | 6,00 | 5,00 |
| ET15 | Na minha opinião, sou bom no que faço | 4,72 | 1,26 | 1,00 | 6,00 | 5,00 |
| ET16 | No meu trabalho, me sinto confiante de que sou eficiente e capaz de fazer com que as coisas aconteçam. | 4,26 | 1,58 | 0,00 | 6,00 | 5,00 |

Na tabela 17 podemos encontrar as médias de cada uma das dimensões do *burnout*, os resultados demonstram que a média para exaustão emocional é de 2,51, a média para cinismo é de 1,40, a média para eficácia no trabalho é de 4,26 e média para *burnout* é de 1,99, os dados apontam que de modo geral os profissionais das equipes de referência apresentam médias dentro do nível moderado para as dimensões de *burnout* e para o próprio *burnout*.

Tabela 17 Índices das Dimensões do Burnout e do Burnout Geral (MBI-GS)

| | Média | Mínima | Máxima | DP |
|----------------------|-------|--------|--------|------|
| Exaustão | 2,51 | 0 | 5,66 | 1,47 |
| Cinismo | 1,40 | 0 | 5,50 | 1,38 |
| Eficácia no Trabalho | 4,26 | 1,16 | 6,00 | 1,13 |
| <i>Burnout</i> | 1,99 | 0,31 | 4,12 | 0,96 |

Neste estudo realizamos a análise das variáveis relacionadas com psicopatologia (ou seja os resultados da escala DASS-21 e MBI-GS) tendo em conta as variáveis sociodemográficas.

Na análise comparativa entre os homens e as mulheres para os resultados da escala DASS21, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto ao nível de depressão, de ansiedade e de estresse (Tabela 18).

Tabela 18 Subescalas Depressão, Eestresse e Ansiedade por sexo(N=115)

| | Sexo | | | | Teste Chi-Square (p) | |
|-----------|-------------|----|----------|----|----------------------|--------------------|
| | Masculino | | Feminino | | | |
| DASS-21 | n | % | n | % | | |
| Depressão | Muito Grave | 1 | 5,90% | 2 | 2,00% | 3,481 (p=0,481) |
| | Grave | 0 | 0,00% | 4 | 4,10% | |
| | Moderado | 4 | 23,50% | 11 | 11,20% | |
| | Mínimo | 2 | 11,80% | 12 | 12,20% | |
| | Normal/Leve | 10 | 58,80% | 69 | 70,40% | |
| Estresse | Muito Grave | 1 | 5,90% | 1 | 1,00% | 6,109 (p=0,191) |
| | Grave | 0 | 0,00% | 7 | 7,10% | |
| | Moderado | 0 | 0,00% | 14 | 14,30% | |
| | Mínimo | 4 | 23,50% | 19 | 19,40% | |
| | Normal/Leve | 12 | 70,60% | 57 | 58,20% | |
| Ansiedade | Grave | 1 | 5,90% | 5 | 5,10% | 2,586 (p=0,629) |
| | Mínimo | 1 | 5,90% | 8 | 8,20% | |
| | Moderado | 0 | 0,00% | 11 | 11,20% | |
| | Muito Grave | 1 | 5,90% | 8 | 8,20% | |
| | Normal/Leve | 14 | 82,40% | 66 | 67,30% | |

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre profissionais pertencentes às diversas faixas etárias estudadas quanto aos níveis de ansiedade, depressão e estresse (Tabela 19).

Tabela 19 Subescalas Depressão, Estresse e Ansiedade por faixa etária (N=115)

| DASS-21 | | Idade | | | | | | | | | | Teste Chi-Square (p-valor) |
|-----------|-------------|------------------|---------|-----------------|--------|-----------------|--------|-----------------|--------|-----------------|---------|----------------------------|
| | | Menos de 25 anos | | De 26 a 35 anos | | De 36 a 45 anos | | De 46 a 59 anos | | Mais de 60 anos | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Depressão | Muito Grave | 0 | 0,00% | 1 | 2,20% | 0 | 0,00% | 2 | 10,00% | 0 | 0,00% | 15,433 (p=0,493) |
| | Grave | 0 | 0,00% | 2 | 4,30% | 2 | 4,40% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | |
| | Moderado | 0 | 0,00% | 5 | 10,90% | 7 | 15,60% | 3 | 15,00% | 0 | 0,00% | |
| | Mínimo | 0 | 0,00% | 10 | 21,70% | 4 | 8,90% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | |
| | Normal/Leve | 2 | 100,00% | 28 | 60,90% | 32 | 71,10% | 15 | 75,00% | 2 | 100,00% | |
| Estresse | Muito Grave | 0 | 0,00% | 1 | 2,20% | 0 | 0,00% | 1 | 5,00% | 0 | 0,00% | 15,338 (p=0,500) |
| | Grave | 0 | 0,00% | 3 | 6,50% | 2 | 4,40% | 2 | 10,00% | 0 | 0,00% | |
| | Moderado | 0 | 0,00% | 8 | 17,40% | 5 | 11,10% | 1 | 5,00% | 0 | 0,00% | |
| | Mínimo | 2 | 100,00% | 10 | 21,70% | 8 | 17,80% | 3 | 15,00% | 0 | 0,00% | |
| | Normal/Leve | 0 | 0,00% | 24 | 52,20% | 30 | 66,70% | 13 | 65,00% | 2 | 100,00% | |
| Ansiedade | Grave | 0 | 0,00% | 4 | 8,70% | 1 | 2,20% | 1 | 5,00% | 0 | 0,00% | 14,148 (p=0,588) |
| | Mínimo | 1 | 50,00% | 5 | 10,90% | 2 | 4,40% | 1 | 5,00% | 0 | 0,00% | |
| | Moderado | 0 | 0,00% | 6 | 13,00% | 5 | 11,10% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | |
| | Muito Grave | 0 | 0,00% | 3 | 6,50% | 3 | 6,70% | 3 | 15,00% | 0 | 0,00% | |
| | Normal/Leve | 1 | 50,00% | 28 | 60,90% | 34 | 75,60% | 15 | 75,00% | 2 | 100,00% | |

No que diz respeito aos níveis de exaustão emocional e cinismo, observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais do sexo feminino e do sexo masculino, no entanto existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à eficácia no trabalho, sendo que os homens apresentaram um percentual maior de alto nível de eficácia no trabalho (58,80%). Além disso, existe diferença significativa da escala geral de *burnout* entre os sexos ($p=0,014$), sendo que os profissionais do sexo feminino apresentaram um índice de síndrome de *burnout*

maior que os do sexo masculino (Tabela 20).

Tabela 20 *Exaustão Emocional / Cinismo/ Eficácia no Trabalho por sexo (N=115)*

| | | Sexo | | | | Teste Chi-Square (p) |
|----------------------|----------|-----------|--------|----------|--------|----------------------|
| | | Masculino | | Feminino | | |
| MBI-GS | | n | % | n | % | |
| Exaustão Emocional | Alto | 3 | 17,60% | 36 | 36,70% | 5,189 (p=0,075) |
| | Moderado | 2 | 11,80% | 22 | 22,40% | |
| | Baixo | 12 | 70,60% | 40 | 40,80% | |
| Cinismo | Alto | 2 | 11,80% | 27 | 27,60% | 2,397 (p=0,302) |
| | Moderado | 3 | 17,60% | 20 | 20,40% | |
| | Baixo | 12 | 70,60% | 51 | 52,00% | |
| Eficácia do Trabalho | Alto | 10 | 58,80% | 28 | 28,60% | 6,222 (p=0,045) |
| | Moderado | 2 | 11,80% | 28 | 28,60% | |
| | Baixo | 5 | 29,40% | 42 | 42,90% | |
| Burnout | Alto | 2 | 11,80% | 32 | 32,70% | 8,555 (p=0,014) |
| | Moderado | 5 | 29,40% | 42 | 42,90% | |
| | Baixo | 10 | 58,80% | 24 | 24,50% | |

No que se refere à faixa etária dos profissionais, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre profissionais de distintas faixas etárias quanto às dimensões exaustão emocional, cinismo e eficácia no trabalho. No entanto, existem diferenças significativas na escala geral de *burnout* entre os profissionais de distintas as faixas etárias ($p= 0,010$), sendo que os profissionais que tinham entre 26 e 35 anos apresentaram um *burnout* alto (45,70%), enquanto os que tinham entre 36 e 45 anos apresentaram um *burnout* moderado (48,90%) já os que tinham entre 46 e 59 anos apresentaram um *burnout* baixo (50,00%). (Tabela 21)

Tabela 21 *Exaustão Emocional / Cinismo/ Eficácia no Trabalho por idade (N=115)*

| | | Idade | | | | | | | | | | Teste Chi-Square (p) |
|----------------------|----------|------------------|--------|-----------------|--------|-----------------|--------|-----------------|--------|-----------------|---------|----------------------|
| | | Menos de 25 anos | | De 26 a 35 anos | | De 36 a 45 anos | | De 46 a 59 anos | | Mais de 60 anos | | |
| MBI-GS | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Exaustão Emocional | Alto | 1 | 50,00% | 21 | 45,70% | 13 | 28,90% | 4 | 20,00% | 0 | 0,00% | 10,112 (p=0,257) |
| | Moderado | 0 | 0,00% | 11 | 23,90% | 9 | 20,00% | 4 | 20,00% | 0 | 0,00% | |
| | Baixo | 1 | 50,00% | 14 | 30,40% | 23 | 51,10% | 12 | 60,00% | 2 | 100,00% | |
| Cinismo | Alto | 1 | 50,00% | 16 | 34,80% | 10 | 22,20% | 2 | 10,00% | 0 | 0,00% | 8,647 (p=0,373) |
| | Moderado | 0 | 0,00% | 10 | 21,70% | 7 | 15,60% | 5 | 25,00% | 1 | 50,00% | |
| | Baixo | 1 | 50,00% | 20 | 43,50% | 28 | 62,20% | 13 | 65,00% | 1 | 50,00% | |
| Eficácia do Trabalho | Alto | 0 | 0,00% | 11 | 23,90% | 16 | 35,60% | 10 | 50,00% | 1 | 50,00% | 8,105 (p=0,423) |
| | Moderado | 1 | 50,00% | 12 | 26,10% | 11 | 24,40% | 6 | 30,00% | 0 | 0,00% | |
| | Baixo | 1 | 50,00% | 23 | 50,00% | 18 | 40,00% | 4 | 20,00% | 1 | 50,00% | |
| Burnout | Alto | 1 | 50,00% | 21 | 45,70% | 9 | 20,00% | 3 | 15,00% | 0 | 0,00% | 19,976 (p=0,010) |
| | Moderado | 0 | 0,00% | 18 | 39,10% | 22 | 48,90% | 7 | 35,00% | 0 | 0,00% | |
| | Baixo | 1 | 50,00% | 7 | 15,20% | 14 | 31,10% | 10 | 50,00% | 2 | 100,00% | |

Na comparação das profissões, verificaram-se menores níveis de cinismo para os profissionais de apoio administrativos e outras atividades de nível superior ($p=0,001$). Para a escala de eficácia no trabalho também identificou diferenças significativas entre as profissões ($p=0,026$), maiores scores para funções de apoio administrativo e outras atividades de nível superior. Além disso, existem diferenças estatisticamente significativas na escala geral de *burnout* entre participantes com diferentes funções ($p=0,002$), sendo que os assistentes sociais apresentaram um *burnout* moderado (54,10%), os psicólogos um *burnout* alto (42,20%) e os profissionais de outra atividade de nível superior e de apoio administrativo um *burnout* baixo (64,30% e 52,60%, respectivamente). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre profissionais com distintas funções nos CREAS quanto à escala de exaustão emocional (Tabela 22).

Tabela 22 *Exaustão Emocional /Cinismo/ Eficácia no Trabalho por profissão (N=115)*

| | | Qual sua função no CREAS? | | | | | | | | |
|----------------------|----------|---------------------------|--------|-----------|--------|-----------------------------------|--------|----------------------|--------|----------------------|
| | | Assistente Social | | Psicólogo | | Outra atividade de nível superior | | Apoio Administrativo | | Teste Chi-Square (p) |
| MBI-GS | | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Exaustão Emocional | Alto | 15 | 40,50% | 16 | 35,60% | 3 | 21,40% | 5 | 26,30% | 4,981 (p=0,546) |
| | Moderado | 9 | 24,30% | 10 | 22,20% | 2 | 14,30% | 3 | 15,80% | |
| | Baixo | 13 | 35,10% | 19 | 42,20% | 9 | 64,30% | 11 | 57,90% | |
| Cinismo | Alto | 7 | 18,90% | 20 | 44,40% | 1 | 7,10% | 1 | 5,30% | 22,106 (p=0,001) |
| | Moderado | 11 | 29,70% | 8 | 17,80% | 1 | 7,10% | 3 | 15,80% | |
| | Baixo | 19 | 51,40% | 17 | 37,80% | 12 | 85,70% | 15 | 78,90% | |
| Eficácia do Trabalho | Alto | 10 | 27,00% | 10 | 22,20% | 9 | 64,30% | 9 | 47,40% | 14,315 (p=0,026) |
| | Moderado | 13 | 35,10% | 10 | 22,20% | 3 | 21,40% | 4 | 21,10% | |
| | Baixo | 14 | 37,80% | 25 | 55,60% | 2 | 14,30% | 6 | 31,60% | |
| Burnout | Alto | 10 | 27,00% | 19 | 42,20% | 1 | 7,10% | 4 | 21,10% | 21,111 (p=0,002) |
| | Moderado | 20 | 54,10% | 18 | 40,00% | 4 | 28,60% | 5 | 26,30% | |
| | Baixo | 7 | 18,90% | 8 | 17,80% | 9 | 64,60% | 10 | 52,60% | |

b) Caracterizar a amostra em termos dos níveis de bem-estar total;

Na tabela 23, é possível observar que a maior parte dos profissionais encontra-se acima da média de 49,5 pontos, representando, assim, que 53% dos profissionais estão com alto nível de bem-estar mental. No entanto, é importante destacar o percentual de 47% de profissionais com o bem-estar mental abaixo da média.

Tabela 23 *Comparação dos níveis de Bem-Estar Mental entre os profissionais (N=115)*

| | | n | % |
|------------------|-----------------|----|-------|
| Bem-Estar Mental | Abaixo da Média | 54 | 47,0% |
| | Acima da Média | 61 | 53,0% |

- c) Caracterizar a saúde mental global das equipes;

No que se refere à caracterização da saúde mental global das equipes de referência que atuam nos CREAS da Grande Florianópolis, foi levado em consideração a autoavaliação dos participantes no que se refere à saúde mental e saúde física, assim como ao uso de medicação e faltas ao trabalho. Também foram incluídos os resultados das escalas DASS-21 e MBI-GS.

A tabela 24 mostra os resultados da autoavaliação dos profissionais, no que se refere a sua saúde mental e física e que revelam que a maior dos profissionais avaliou sua saúde mental e física como boa (60%). No entanto, é significativo o percentual de profissionais que avaliaram sua saúde mental como sendo regular e ruim (26,9%) e que avaliaram a sua saúde física como regular e ruim (26,1%).

Tabela 24 *Distribuição da amostra por autoavaliação da saúde mental e física (N=115)*

| | Saúde Mental (%) | Saúde Física (%) |
|------------|-------------------------|-------------------------|
| Muito boa | 13,0% | 13,9% |
| Boa | 60,0% | 60,0% |
| Regular | 24,3% | 23,5% |
| Ruim | 2,6% | 2,6% |
| Muito ruim | 0,0% | 0,0% |

A maioria dos profissionais dos CREAS salientaram não fazer uso de medicação psiquiátrica (79,1%). Porém, 20,9% dos profissionais relataram que fazem atualmente uso dessa medicação ou fizeram recentemente (Tabela 25).

Tabela 25 *Distribuição da amostra por uso de medicação psiquiátrica (N=115)*

| | n | % |
|--------------------------|----------|----------|
| Neste momento | 20 | 17,4% |
| No último mês | 4 | 3,5% |
| Não faz uso de medicação | 91 | 79,1% |

Em relação ao apoio psicológico, a maioria dos profissionais afirmou que não recebeu qualquer acompanhamento psicológico. Além disso, todos os profissionais

consideram que os serviços não lhe oferecem apoio psicológico, mas que o deveriam fazer (Tabela 26).

Tabela 26 Distribuição da amostra por opinião sobre apoio psicológico (N=115)

| | n | % |
|--|----------|----------|
| Recebe acompanhamento psicológico? | | |
| Sim | 30 | 26,1% |
| Não | 85 | 73,9% |
| Os serviços lhes oferecem apoio psicológico? | | |
| Sim | 0 | 0,0% |
| Não | 115 | 100,0% |
| Os profissionais usam esse apoio psicológico? | | |
| Sim | 0 | 0,0% |
| Não | 115 | 100,0% |
| Pensam que os serviços lhes devam proporcionar apoio psicológico? | | |
| Sim | 115 | 100,0% |
| Não | 0 | 0,0% |

Os profissionais também responderam sobre a necessidade de apoio para executar melhor o seu trabalho. A maioria (92,2%) afirma que já sentiu essa necessidade, principalmente a necessidade de Apoio técnico (40,2%), Psicoterapia (29,3%), Grupos Terapêuticos (16,1%), Apoio Médico (6,3%) e Supervisão (1,7%) (Tabela 27).

Tabela 27 Apoio para execução do trabalho (N=115)

Já sentiu necessidade de apoio para executar melhor seu trabalho?

| | n | % |
|---|------------|--------------|
| Não | 9 | 7,8% |
| Sim | 106 | 92,2% |
| Apoio Técnico | 43 | 40,2% |
| Psicoterapia | 31 | 29,3% |
| Grupos Terapêuticos | 17 | 16,1% |
| Apoio Médico | 7 | 6,3% |
| Supervisão | 2 | 1,7% |
| Reich (Técnicas Terapêuticas Energéticas) | 1 | 1,1% |
| Outros | 5 | 5,2% |

Com relação à assiduidade no trabalho, 48,7% dos profissionais afirma que, no último ano, tiveram que faltar por alguma doença, 65,2% teve que utilizar algum atestado médico no último ano e 65,2% dos profissionais teve que faltar ao trabalho para ir a consultas médicas ou psicológicas no último ano (Tabela 28).

Tabela 28 Distribuição da amostra por ausência de trabalho por doença (N=115)

| | n | % |
|---|----------|----------|
| No último ano teve de faltar ao trabalho por doença? | | |
| Não | 59 | 51,3% |
| Sim | 56 | 48,7% |
| Teve atestado médico no último ano? | | |
| Não | 40 | 34,8% |
| Sim | 75 | 65,2% |
| Teve que faltar ao trabalho para ir a consultas médicas ou psicológicas no último ano? | | |
| Não | 40 | 34,8% |
| Sim | 75 | 65,2% |

Os resultados apontam que a maioria dos profissionais da presente pesquisa apresenta resultados acima da média no que se refere ao bem-estar emocional e bem-estar psicológico, com indicativo para saúde mental florescente. No entanto, a maioria dos profissionais encontra-se com avaliação abaixo da média para o bem-estar social. Também, é considerável o número de profissionais com resultados abaixo da média nas esferas de bem-estar emocional e bem-estar psicológico, que configuram alteração na saúde mental destes profissionais. (Tabela 29).

Tabela 29 Avaliação da Escala de Saúde Mental Positiva

| | Classificação | n | % |
|-----------------------|----------------------|----------|----------|
| Bem-Estar Emocional | Abaixo da Média | 54 | 47,0% |
| | Acima da Média | 61 | 53,0% |
| Bem-Estar Social | Abaixo da Média | 61 | 53,0% |
| | Acima da Média | 54 | 47,0% |
| Bem-Estar Psicológico | Abaixo da Média | 55 | 47,8% |
| | Acima da Média | 60 | 52,2% |

Em relação à depressão, a maioria dos profissionais apresentou um nível normal/leve (68,7%). Em relação ao nível de estresse, observa-se que os profissionais estão na sua maioria na classificação normal/leve (60,0%), porém 40% dos profissionais

apresentaram um nível diferente de normal. Para subescala de ansiedade, verificou-se que a maior parte dos profissionais se encontra no nível normal/leve (69,6%). Apesar dos valores de avaliação normal/leve serem superiores em todas as subescalas, deve-se atentar ao alto percentual de profissionais com algum indício de psicopatologia: 31,3% apresenta sintomas depressivos, 40% sintomas de estresse e 30,4% sintomas de ansiedade (Tabela 30).

Tabela 30 Subescalas depressão, Estresse e Ansiedade (N=115)

| DASS-21 | | n | % |
|-----------|-------------|----|-------|
| Depressão | Muito Grave | 3 | 2,6% |
| | Grave | 4 | 3,5% |
| | Moderado | 15 | 13,0% |
| | Mínimo | 14 | 12,2% |
| | Normal/Leve | 79 | 68,7% |
| Estresse | Muito Grave | 2 | 1,7% |
| | Grave | 7 | 6,1% |
| | Moderado | 14 | 12,2% |
| | Mínimo | 23 | 20,0% |
| | Normal/Leve | 69 | 60,0% |
| Ansiedade | Grave | 6 | 5,2% |
| | Mínimo | 9 | 7,8% |
| | Moderado | 11 | 9,6% |
| | Muito Grave | 9 | 7,8% |
| | Normal/Leve | 80 | 69,6% |

É possível observar a incidência da síndrome de *burnout* nos profissionais que atuam nos CREAS da Grande Florianópolis, sendo 70,4% dos profissionais apresenta índices moderados e altos de *burnout* e apenas 29,6% dos profissionais apresenta baixa incidência de *burnout* (Tabela 31).

Tabela 31 Incidência de Burnout nos profissionais

| | Nível | % |
|---------|----------|-------|
| Burnout | Alto | 29,5% |
| | Moderado | 40,9% |
| | Baixo | 29,6% |

- d) Analisar se existe associação entre saúde mental positiva, bem-estar, doença mental e sintomas de psicopatologia nestes profissionais;

Com o objetivo de analisar a associação entre a saúde emocional e os sintomas de psicopatologia dos profissionais foi aplicado o Teste Qui-Quadrado de Pearson, os resultados encontram-se na tabela 32. Observa-se a existência de uma associação estatisticamente significativa ($p=0,002$) entre a ansiedade e o bem-estar emocional dos profissionais. Os profissionais que apresentaram nível de ansiedade grave ou muito grave também apresentaram um nível de bem-estar emocional baixo. De igual forma, os profissionais que apresentam níveis de depressão e de estresse grave ou muito grave também apresentam um nível de bem-estar emocional baixo ($p < 0,05$). Curiosamente verificou-se não existir uma associação entre os níveis de *burnout* e o bem-estar emocional ($p > 0,05$).

Tabela 32 Associação Bem-Estar Emocional e Sintomas de Psicopatologia

| | | Bem-Estar Emocional | | | | | | Teste Chi-Square (p) |
|------------------------|-------------|---------------------|---------|----------|-------|------|--------|--------------------------|
| | | Baixo | | Moderado | | Alto | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Ansiedade (DASS-21) | Muito Grave | 7 | 77,80% | 0 | 0,00% | 2 | 22,20% | 17,434 (p= 0,002) |
| | Grave | 6 | 100,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | |
| | Moderado | 7 | 63,60% | 0 | 0,00% | 4 | 36,40% | |
| | Mínimo | 6 | 66,70% | 0 | 0,00% | 3 | 33,30% | |
| | Normal/Leve | 28 | 35,00% | 0 | 0,00% | 52 | 65,00% | |
| Depressão (DASS-21) | Muito Grave | 3 | 100,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 28,387 (p= 0,0001) |
| | Grave | 3 | 75,00% | 0 | 0,00% | 1 | 25,00% | |
| | Moderado | 12 | 80,00% | 0 | 0,00% | 3 | 20,00% | |
| | Mínimo | 12 | 85,70% | 0 | 0,00% | 2 | 14,30% | |
| | Normal/Leve | 24 | 30,40% | 0 | 0,00% | 55 | 69,60% | |
| Estresse (DASS-21) | Muito Grave | 2 | 100,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 27,579 (p= 0,0001) |
| | Grave | 5 | 71,40% | 0 | 0,00% | 2 | 28,60% | |
| | Moderado | 14 | 100,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | |
| | Mínimo | 12 | 52,20% | 0 | 0,00% | 11 | 47,80% | |
| | Normal/Leve | 21 | 30,40% | 0 | 0,00% | 48 | 69,60% | |
| Burnout (MBI-GS) | Alto | 27 | 79,40% | 0 | 0,00% | 7 | 20,60% | 24,236 (p= 0,061) |
| | Moderado | 20 | 42,60% | 0 | 0,00% | 27 | 57,40% | |
| | Baixo | 7 | 20,60% | 0 | 0,00% | 27 | 79,40% | |

Em relação à associação entre bem-estar social e sintomas de psicopatologia dos profissionais, não existem evidências suficientes para afirmar que há relação entre essas duas escalas mensuradas (Tabela 33), com exceção da escala geral de *burnout*.

Profissionais com alto nível de *burnout* apresentam um baixo nível de bem-estar social (82,40%).

Tabela 33 Associação Bem-estar Social e Sintomas de Psicopatologia

| | | Bem Estar Social | | | | | | Teste Chi-Square (p) |
|---------------------|-------------|------------------|---------|----------|-------|------|--------|----------------------|
| | | Baixo | | Moderado | | Alto | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Ansiedade (DASS-21) | Muito Grave | 6 | 66,70% | 0 | 0,00% | 3 | 33,30% | 3,271 (p=0,514) |
| | Grave | 4 | 66,70% | 0 | 0,00% | 2 | 33,30% | |
| | Moderado | 7 | 63,60% | 0 | 0,00% | 4 | 36,40% | |
| | Mínimo | 6 | 66,70% | 0 | 0,00% | 3 | 33,30% | |
| | Normal/Leve | 38 | 47,50% | 0 | 0,00% | 42 | 52,50% | |
| Depressão (DASS-21) | Muito Grave | 2 | 66,70% | 0 | 0,00% | 1 | 33,30% | 6,199 (p=0,185) |
| | Grave | 4 | 100,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | |
| | Moderado | 10 | 66,70% | 0 | 0,00% | 5 | 33,30% | |
| | Mínimo | 8 | 57,10% | 0 | 0,00% | 6 | 42,90% | |
| | Normal/Leve | 37 | 46,80% | 0 | 0,00% | 42 | 53,20% | |
| Estresse (DASS-21) | Muito Grave | 1 | 50,00% | 0 | 0,00% | 1 | 50,00% | 2,534 (p=0,639) |
| | Grave | 5 | 71,40% | 0 | 0,00% | 2 | 28,60% | |
| | Moderado | 9 | 64,30% | 0 | 0,00% | 5 | 35,70% | |
| | Mínimo | 13 | 56,50% | 0 | 0,00% | 10 | 43,50% | |
| | Normal/Leve | 33 | 47,80% | 0 | 0,00% | 36 | 52,20% | |
| Burnout (MBI-GS) | Alto | 28 | 82,40% | 0 | 0,00% | 6 | 17,60% | 21,439 (p<0,0001) |
| | Moderado | 24 | 51,10% | 0 | 0,00% | 23 | 48,90% | |
| | Baixo | 9 | 26,50% | 0 | 0,00% | 25 | 73,50% | |

A tabela 34 apresenta a análise da associação entre o bem-estar psicológico e os sintomas de psicopatologia dos profissionais. Não houve associação estatisticamente significativa entre o bem-estar psicológico e o nível de ansiedade dos profissionais ($p=0,203$). Para de depressão, estresse e *burnout* houve presença de associação com a escala de bem-estar psicológico. Em geral, quando os profissionais apresentam níveis graves ou muito graves de depressão e estresse também apresentam baixo bem-estar psicológico. Para a escala geral de *burnout*, observa-se que os profissionais que apresentam um alto nível de *burnout* também apresentam, em sua maioria, um nível de bem-estar psicológico baixo (76,50%).

Tabela 34 Associação Bem-Estar Psicológico e Sintomas de Psicopatologia

| | | Bem-Estar Psicológico | | | | | | Teste Chi-Square (p) |
|---------------------|-------------|-----------------------|---------|----------|-------|------|--------|----------------------|
| | | Baixo | | Moderado | | Alto | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Ansiedade (DASS-21) | Muito Grave | 5 | 55,60% | 0 | 0,00% | 4 | 44,40% | 5,951 (p=0,203) |
| | Grave | 5 | 83,30% | 0 | 0,00% | 1 | 16,70% | |
| | Moderado | 7 | 63,60% | 0 | 0,00% | 4 | 36,40% | |
| | Mínimo | 5 | 55,60% | 0 | 0,00% | 4 | 44,40% | |
| | Normal/Leve | 33 | 41,30% | 0 | 0,00% | 47 | 58,80% | |
| Depressão (DASS-21) | Muito Grave | 3 | 100,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 14,017 (p=0,007) |
| | Grave | 4 | 100,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | |
| | Moderado | 8 | 53,30% | 0 | 0,00% | 7 | 46,70% | |
| | Mínimo | 10 | 71,40% | 0 | 0,00% | 4 | 28,60% | |
| | Normal/Leve | 30 | 38,00% | 0 | 0,00% | 49 | 62,00% | |
| Estresse (DASS-21) | Muito Grave | 2 | 100,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 11,894 (p=0,018) |
| | Grave | 5 | 71,40% | 0 | 0,00% | 2 | 28,60% | |
| | Moderado | 11 | 78,60% | 0 | 0,00% | 3 | 21,40% | |
| | Mínimo | 11 | 47,80% | 0 | 0,00% | 12 | 52,20% | |
| | Normal/Leve | 26 | 37,70% | 0 | 0,00% | 43 | 62,30% | |
| Burnout (MBI-GS) | Alto | 26 | 76,50% | 0 | 0,00% | 8 | 23,50% | 26,324 (p<0,0001) |
| | Moderado | 24 | 51,10% | 0 | 0,00% | 23 | 48,90% | |
| | Baixo | 5 | 14,70% | 0 | 0,00% | 29 | 85,30% | |

- e) Analisar se existe uma associação entre a percepção do estado de saúde em geral e o ambiente de trabalho;

A Tabela 35 apresenta a associação entre as autoavaliação da saúde física e mental dos profissionais e o uso de medicação psiquiátrica. Observa-se que os profissionais que avaliam a sua saúde mental como sendo boa ou muito boa não fazem uso de medicação em sua maioria. Por outro lado, a maior parte dos profissionais que avaliam a sua saúde mental como sendo entre regular e ruim faz uso neste momento ($p=0,015$). A percepção de saúde física revelou não estar associada, de forma estatisticamente significativa ($p=0,210$), com o uso de medicação.

Tabela 35 Associação entre Auto Avaliação da Saúde Física e Mental com Uso de Medicação Psiquiátrica.

| | | Faz uso de medicação psiquiátrica? | | | | | | Teste Qui-Quadrado (p) |
|-----------------------------|------------|------------------------------------|--------|---------------|-------|--------------------------|---------|------------------------|
| | | Neste momento | | No último mês | | Não faz uso de medicação | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Auto avaliação saúde física | Muito boa | 2 | 12,50% | 0 | 0,00% | 14 | 87,50% | 8,408 (p=0,210) |
| | Boa | 9 | 13,00% | 3 | 4,30% | 57 | 82,60% | |
| | Regular | 7 | 25,90% | 1 | 3,70% | 19 | 70,40% | |
| | Ruim | 2 | 66,70% | 0 | 0,00% | 1 | 33,30% | |
| | Muito ruim | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | |
| Auto avaliação saúde mental | Muito boa | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 15 | 100,00% | 15,857 (p=0,015) |
| | Boa | 9 | 13,00% | 2 | 2,90% | 58 | 84,10% | |
| | Regular | 9 | 32,10% | 2 | 7,10% | 17 | 60,70% | |
| | Ruim | 2 | 66,70% | 0 | 0,00% | 1 | 33,30% | |
| | Muito ruim | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | |

Verificou-se não existir uma associação estatisticamente significativa entre a percepção de saúde mental e a necessidade no último ano, de faltar ao trabalho por doença ($p>0,05$), atestado médico ($p>0,05$) ou faltar ao trabalho para ir a consultas médicas ou de Psicologia ($p>0,05$) (Tabela 36).

Tabela 36 Associação entre Faltas ao Trabalho, Atestados Médicos, Consultas com a Auto Avaliação de Saúde Mental.

| | | Auto avaliação saúde mental | | | | | | | | | | Teste Qui-Quadrado (p) |
|--|-----|-----------------------------|--------|-----|--------|---------|--------|------|--------|------------|-------|------------------------|
| | | Muito boa | | Boa | | Regular | | Ruim | | Muito ruim | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | N | % | |
| No último ano teve de faltar ao trabalho por doença? | Não | 8 | 53,30% | 40 | 58,00% | 10 | 35,70% | 1 | 33,30% | 0 | 0,00% | 4,364 (p=0,225) |
| | Sim | 7 | 46,70% | 29 | 42,00% | 18 | 64,30% | 2 | 66,70% | 0 | 0,00% | |
| Teve atestado médico no último ano? | Não | 5 | 33,30% | 24 | 34,80% | 10 | 35,70% | 1 | 33,30% | 0 | 0,00% | 0,027 (p=0,999) |
| | Sim | 10 | 66,70% | 45 | 65,20% | 18 | 64,30% | 2 | 66,70% | 0 | 0,00% | |
| Teve que faltar ao trabalho para ir a consultas médicas ou psicológicas no último ano? | Não | 6 | 40,00% | 26 | 37,70% | 9 | 32,10% | 1 | 33,30% | 0 | 0,00% | 0,363 (p=0,948) |
| | Sim | 9 | 60,00% | 43 | 62,30% | 19 | 6,90% | 2 | 66,70% | 0 | 0,00% | |

Um resultado semelhante é observado quando analisada a percepção da saúde física. Verificou-se que não existiu uma associação estatisticamente significativa entre a

percepção de Saúde Física e a necessidade de, no último ano, faltar ao trabalho por doença ($p>0,05$), atestado médico ($p>0,05$) ou faltar ao trabalho para ir a consultas médicas ou de Psicologia ($p>0,05$) (Tabela 37).

Tabela 37 Associação entre Faltas ao Trabalho, Atestados Médicos, Consultas com a Auto Avaliação de Saúde Física.

| | | Autoavaliação saúde física | | | | | | | | | | Teste Qui-Quadrado (p) |
|--|-----|----------------------------|--------|--------|--------|---------|--------|------|--------|------------|-------|------------------------|
| | | Muito boa | | Boa | | Regular | | Ruim | | Muito ruim | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| No último ano teve de faltar ao trabalho por doença? | Não | 8 | 50,00% | 3 8 | 55,10% | 12 | 44,40% | 1 | 33,30% | 0 | 0,00% | 1,299 (p=0,729) |
| | Sim | 8 | 50,00% | 3 1 | 44,90% | 15 | 55,60% | 2 | 66,70% | 0 | 0,00% | |
| Teve atestado médico no último ano? | Não | 6 | 37,50% | 2 3 | 33,30% | 10 | 37,00% | 1 | 33,30% | 0 | 0,00% | 0,179 (p=0,981) |
| | Sim | 10 | 62,50% | 4 6 | 66,70% | 17 | 63,00% | 2 | 66,70% | 0 | 0,00% | |
| Teve que faltar ao trabalho para ir a consultas médicas ou psicológicas no último ano? | Não | 6 | 37,50% | 2 4 | 34,80% | 11 | 40,70% | 1 | 33,30% | 0 | 0,00% | 0,317 (p=0,957) |
| | Sim | 10 | 62,50% | 4 5 | 65,20% | 16 | 59,30% | 2 | 66,70% | 0 | 0,00% | |

Na análise dos sintomas de psicopatologia e o ambiente de trabalho, observa-se que existe associação estatisticamente significativa com a escala de exaustão emocional. Em geral, profissionais que possuem níveis normais/leveis de ansiedade, depressão e estresse também apresentam baixos níveis de exaustão emocional (Tabela 38).

Tabela 38 Associação Sintomas Psicopatologias e ambiente de trabalho – Exaustão Emocional

| | Exaustão Emocional (MBI-GS) | | | | | | Teste Chi-Square (p) | |
|---------------------|-----------------------------|----|----------|----|--------|----|----------------------|----------------------|
| | Baixo | | Moderado | | Alto | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| | Muito Grave | 0 | 0,00% | 2 | 22,20% | 7 | 77,80% | |
| Ansiedade (DASS-21) | Grave | 1 | 16,70% | 3 | 50,00% | 2 | 33,30% | 30,930 (p>0,0001) |
| | Moderado | 1 | 9,10% | 2 | 18,20% | 8 | 72,70% | |
| | Mínimo | 2 | 22,20% | 2 | 22,20% | 5 | 55,60% | |
| | Normal/Leve | 48 | 60,00% | 15 | 18,80% | 17 | 21,30% | |
| | Muito Grave | 1 | 33,30% | 0 | 0,00% | 2 | 66,70% | |
| Depressão (DASS-21) | Grave | 0 | 0,00% | 1 | 25,00% | 3 | 75,00% | 15,735 (p=0,046) |
| | Moderado | 4 | 26,70% | 3 | 20,00% | 8 | 53,30% | |
| | Mínimo | 3 | 21,40% | 4 | 28,60% | 7 | 50,00% | |
| | Normal/Leve | 44 | 55,70% | 16 | 20,30% | 19 | 24,10% | |
| | Muito Grave | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 2 | 100,00% | |
| Estresse (DASS-21) | Grave | 0 | 0,00% | 2 | 28,60% | 5 | 71,40% | 31,290 (p>0,0001) |
| | Moderado | 2 | 14,30% | 2 | 14,30% | 10 | 71,40% | |
| | Mínimo | 7 | 30,40% | 6 | 26,10% | 10 | 43,50% | |
| | Normal/Leve | 43 | 62,30% | 14 | 20,30% | 12 | 17,40% | |

Na análise dos sintomas de psicopatologia e a escala de cinismo, observa-se que, em geral, profissionais que possuem níveis normais/leveis de ansiedade, depressão e estresse também apresentam baixos níveis de cinismo (Tabela 39).

Tabela 39 Associação Sintomas Psicopatologias e ambiente de trabalho – Cinismo

| | Cinismo (MBI-GS) | | | | | | Teste Chi-Square (p) | |
|---------------------|------------------|----|----------|----|--------|----|----------------------|----------------------|
| | Baixo | | Moderado | | Alto | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Ansiedade (DASS-21) | Muito Grave | 4 | 44,40% | 2 | 22,20% | 3 | 33,30% | 20,022 (p=0,010) |
| | Grave | 1 | 16,70% | 2 | 33,30% | 3 | 50,00% | |
| | Moderado | 3 | 27,30% | 4 | 36,40% | 4 | 36,40% | |
| | Mínimo | 1 | 11,10% | 3 | 33,30% | 5 | 55,60% | |
| | Normal/Leve | 54 | 67,50% | 12 | 15,00% | 14 | 17,50% | |
| Depressão (DASS-21) | Muito Grave | 0 | 0,00% | 2 | 66,70% | 1 | 33,30% | 17,978 (p= 0,021) |
| | Grave | 0 | 0,00% | 1 | 25,00% | 3 | 75,00% | |
| | Moderado | 9 | 60,00% | 3 | 20,00% | 3 | 20,00% | |
| | Mínimo | 5 | 35,70% | 2 | 14,30% | 7 | 50,00% | |
| | Normal/Leve | 49 | 62,00% | 15 | 19,00% | 15 | 19,00% | |
| Estresse (DASS-21) | Muito Grave | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 2 | 100,00% | 17,224 (p= 0,028) |
| | Grave | 4 | 57,10% | 2 | 28,60% | 1 | 14,30% | |
| | Moderado | 3 | 21,40% | 5 | 35,70% | 6 | 42,90% | |
| | Mínimo | 11 | 47,80% | 4 | 17,40% | 8 | 34,80% | |
| | Normal/Leve | 45 | 65,20% | 12 | 17,40% | 12 | 17,40% | |

Não existe uma associação estatisticamente significantiva entre os sintomas de psicopatologia (ansiedade, depressão e estresse) e a escala de eficácia do trabalho ($p > 0,05$).

Tabela 40 Associação Sintomas Psicopatologias e ambiente de trabalho – Eficácia do Trabalho

| | | Eficácia do Trabalho (MBI-GS) | | | | | | Teste Chi-Square (p) |
|---------------------|-------------|-------------------------------|---------|----------|--------|------|--------|----------------------|
| | | Baixo | | Moderado | | Alto | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Ansiedade (DASS-21) | Muito Grave | 4 | 44,40% | 2 | 22,20% | 3 | 33,30% | 5,168 (p=0,739) |
| | Grave | 1 | 16,70% | 3 | 50,00% | 2 | 33,30% | |
| | Moderado | 5 | 45,50% | 3 | 27,30% | 3 | 27,30% | |
| | Mínimo | 6 | 66,70% | 1 | 11,10% | 2 | 22,20% | |
| | Normal/Leve | 31 | 38,80% | 21 | 26,30% | 28 | 35,00% | |
| Depressão (DASS-21) | Muito Grave | 2 | 66,70% | 1 | 33,30% | 0 | 0,00% | 11,436 (p=0,178) |
| | Grave | 4 | 100,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | |
| | Moderado | 5 | 33,30% | 5 | 33,30% | 5 | 33,30% | |
| | Mínimo | 6 | 42,90% | 1 | 7,10% | 7 | 50,00% | |
| | Normal/Leve | 30 | 38,00% | 23 | 29,10% | 26 | 32,90% | |
| Estresse (DASS-21) | Muito Grave | 2 | 100,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 10,190 (p=0,252) |
| | Grave | 1 | 14,30% | 2 | 28,60% | 4 | 57,10% | |
| | Moderado | 9 | 64,30% | 3 | 21,40% | 2 | 14,30% | |
| | Mínimo | 10 | 43,50% | 7 | 30,40% | 6 | 26,10% | |
| | Normal/Leve | 25 | 36,20% | 18 | 26,10% | 26 | 37,70% | |

Para a escala geral de *burnout*, foram observadas associações estatisticamente significativas com as escalas de ansiedade, depressão e estresse. Em geral, os profissionais que apresentam ansiedade normal/leve (45,00%), depressão normal/leve (45,60%) e estresse normal/leve (46,40%) apresentaram *burnout* moderado e aqueles que apresentam um nível grave ou muito grave apresentam alto *burnout*.

Tabela 41 Associação estado de saúde e ambiente de trabalho – Burnout

| | | Burnout (MBI-GS) | | | | | | Teste Chi-Square (p) |
|---------------------|-------------|------------------|--------|----------|--------|------|---------|-----------------------|
| | | Baixo | | Moderado | | Alto | | |
| | | n | % | n | % | N | % | |
| Ansiedade (DASS-21) | Muito Grave | 0 | 0,00% | 4 | 44,40% | 5 | 55,60% | 23,390 (p= 0,003) |
| | Grave | 1 | 16,70% | 3 | 50,00% | 2 | 33,30% | |
| | Moderado | 2 | 18,20% | 2 | 18,20% | 7 | 63,60% | |
| | Mínimo | 1 | 11,10% | 2 | 22,20% | 6 | 66,70% | |
| | Normal/Leve | 30 | 37,50% | 36 | 45,00% | 14 | 17,50% | |
| Depressão (DASS-21) | Muito Grave | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 3 | 100,00% | 26,409 (p= 0,001) |
| | Grave | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 4 | 100,00% | |
| | Moderado | 3 | 20,00% | 6 | 40,00% | 6 | 40,00% | |
| | Mínimo | 2 | 14,30% | 5 | 35,70% | 7 | 50,00% | |
| | Normal/Leve | 29 | 36,70% | 36 | 45,60% | 14 | 17,70% | |
| Estresse (DASS-21) | Muito Grave | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 2 | 100,00% | 29,973 (p< 0,0001) |
| | Grave | 0 | 0,00% | 3 | 42,90% | 4 | 57,10% | |
| | Moderado | 0 | 0,00% | 4 | 28,60% | 10 | 71,40% | |
| | Mínimo | 7 | 30,40% | 8 | 34,80% | 8 | 34,80% | |
| | Normal/Leve | 27 | 39,10% | 32 | 46,40% | 10 | 14,50% | |

A Tabela 42 apresenta a associação entre a escala global de *burnout* e o uso de medicação psiquiátrica pelos profissionais avaliados. Observa-se que a maior parte dos profissionais não faz uso de medicação. Verificou-se também, que não existe uma associação estatisticamente significativa entre a frequência do uso de medicação e o nível de *Burnout* dos profissionais (p= 0,149).

Tabela 42 Associação entre a escala global de Burnout e o uso de medicação

| | | Escala Global de Burnout | | | | | | Teste Qui-Quadrado (p) |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|----------|--------|-------|--------|------------------------|
| | | Alto | | Moderado | | Baixo | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Faz uso de medicação psiquiátrica? | Neste momento | 7 | 20,60% | 6 | 12,80% | 7 | 20,60% | 6,767 (p=0,149) |
| | No último mês | 0 | 0,00% | 4 | 8,50% | 0 | 0,00% | |
| | Não faz uso de medicação | 27 | 79,40% | 37 | 78,70% | 27 | 79,40% | |

Observa-se que não existe uma associação estatisticamente significativa entre o nível de *burnout* dos profissionais e as variáveis do ambiente de trabalho – faltar por doença, ter atestado médico ou faltar para estar presente em consultas médicas ou de Psicologia (tabela 43).

Tabela 43 Associação entre a escala global de Burnout e as variáveis: atestado e falta ao trabalho

| | | Escala Global de Burnout | | | | | | Teste Qui-Quadrado (p) |
|--|-----|--------------------------|--------|----------|--------|-------|--------|------------------------|
| | | Alto | | Moderado | | Baixo | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| No último ano teve de faltar ao trabalho por doença? | Não | 15 | 44,10% | 25 | 53,20% | 19 | 55,90% | 1,055 (p=0,590) |
| | Sim | 19 | 55,90% | 22 | 46,80% | 15 | 44,10% | |
| Teve atestado médico no último ano? | Não | 11 | 32,40% | 18 | 38,30% | 11 | 32,40% | 0,433 (p=0,805) |
| | Sim | 23 | 67,60% | 29 | 61,70% | 23 | 67,60% | |
| Teve que faltar ao trabalho para ir a consultas médicas ou psicológicas no último ano? | Não | 12 | 35,30% | 19 | 40,40% | 11 | 32,40% | 0,433 (p=0,746) |
| | Sim | 22 | 64,70% | 28 | 59,60% | 23 | 67,60% | |

- f) Analisar se existe uma associação entre a saúde mental positiva e bem-estar nas equipes;

O resultado da análise da associação entre a saúde mental positiva e o bem-estar nas equipes está apresentado na tabela 44. Observa-se a existência de uma associação estatisticamente significativa entre a saúde mental positiva e as escalas de bem-estar emocional, bem-estar social e bem-estar psicológico. Em geral, profissionais com baixo nível de bem-estar emocional, social e psicológico também apresentam níveis baixos de bem-estar mental.

Tabela 44 Associação Escala de Saúde Positiva Mental e Bem-Estar

| | | Bem-Estar Mental (WARWICK) | | | | | | Teste Chi-Square (p) |
|--------------------------------|----------|----------------------------|--------|----------|-------|------|--------|----------------------|
| | | Baixo | | Moderado | | Alto | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Bem Estar Emocional (MHC-SF) | Abaixo | 43 | 79,60% | 0 | 0,00% | 11 | 20,40% | 43,633 |
| | Moderado | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | (p< |
| | Acima | 11 | 18,00% | 0 | 0,00% | 50 | 82,00% | 0,0001) |
| Bem Estar Social (MHC-SF) | Abaixo | 38 | 62,30% | 0 | 0,00% | 23 | 37,70% | 12,271 |
| | Moderado | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | (p< |
| | Acima | 16 | 29,60% | 0 | 0,00% | 38 | 70,40% | 0,0001) |
| Bem Estar Psicológico (MHC-SF) | Abaixo | 39 | 70,90% | 0 | 0,00% | 16 | 29,10% | 24,282 |
| | Moderado | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | (p< |
| | Acima | 15 | 25,00% | 0 | 0,00% | 45 | 75,00% | 0,0001) |

- g) Analisar se existe uma associação entre as dimensões do bem-estar emocional, bem-estar social e bem-estar psicológico com o ambiente de trabalho;

Na análise da associação do bem-estar emocional com as escalas *burnout*, observa-se valores estatisticamente significativos para as escalas de cinismo, eficácia no trabalho e exaustão emocional (Tabela 45). Em geral, os profissionais que apresentam alto nível de *burnout*, cinismo e exaustão emocional apresentaram um baixo nível de bem-estar emocional. Por outro lado, profissionais com alto nível de eficácia no trabalho também apresentam um alto nível de bem-estar emocional (65,80%).

Tabela 45 Avaliação Associação Bem Estar Emocional e Síndrome de Burnout

| | | Bem Estar Emocional (MHC-SF) | | | | | | Teste Chi-Square (p) |
|-------------------------------|----------|------------------------------|--------|----------|-------|------|--------|-----------------------|
| | | Baixo | | Moderado | | Alto | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| <i>Burnout</i> | Alto | 27 | 79,40% | 0 | 0,00% | 7 | 20,60% | 24,239 (p< 0,0001) |
| | Moderado | 20 | 42,60% | 0 | 0,00% | 27 | 57,40% | |
| | Baixo | 7 | 20,60% | 0 | 0,00% | 27 | 79,40% | |
| Cinismo (MBI-GS) | Alto | 21 | 72,40% | 0 | 0,00% | 8 | 27,60% | 22,355 (p< 0,0001) |
| | Moderado | 16 | 69,60% | 0 | 0,00% | 7 | 30,40% | |
| | Baixo | 17 | 27,00% | 0 | 0,00% | 46 | 73,00% | |
| Eficácia do Trabalho (MBI-GS) | Alto | 13 | 34,20% | 0 | 0,00% | 25 | 65,80% | 9,126 (p< 0,01) |
| | Moderado | 11 | 36,70% | 0 | 0,00% | 19 | 63,30% | |
| | Baixo | 30 | 63,80% | 0 | 0,00% | 17 | 36,20% | |
| Exaustão Emocional (MBI-GS) | Alto | 26 | 66,70% | 0 | 0,00% | 13 | 33,30% | 15,709 (p< 0,0001) |
| | Moderado | 14 | 58,30% | 0 | 0,00% | 10 | 41,70% | |
| | Baixo | 14 | 26,90% | 0 | 0,00% | 38 | 73,10% | |

Na análise da associação do bem-estar social e as escalas de *burnout*, observa-se resultados estatisticamente significativos para todas as subescalas. Em geral, profissionais que apresentam alto nível de cinismo, exaustão emocional e de *burnout* apresentaram um baixo nível de bem-estar social. Os profissionais que apresentaram baixo nível de eficácia do trabalho também apresentaram baixos níveis de bem-estar social (Tabela 46).

Tabela 46 Avaliação Associação Bem-Estar Social e Síndrome de Burnout

| | | Bem-Estar Social (MHC-SF) | | | | | | Teste Chi-Square (p) |
|-------------------------------|----------|---------------------------|--------|----------|-------|------|--------|----------------------|
| | | Baixo | | Moderado | | Alto | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| <i>Burnout</i> | Alto | 28 | 82,40% | 0 | 0,00% | 6 | 17,60% | 21,439 (p<0,0001) |
| | Moderado | 24 | 51,10% | 0 | 0,00% | 23 | 48,90% | |
| | Baixo | 9 | 26,50% | 0 | 0,00% | 25 | 73,50% | |
| Cinismo (MBI-GS) | Alto | 23 | 79,30% | 0 | 0,00% | 6 | 20,70% | 16,318 (p<0,0001) |
| | Moderado | 15 | 65,20% | 0 | 0,00% | 8 | 34,80% | |
| | Baixo | 23 | 36,50% | 0 | 0,00% | 40 | 63,50% | |
| Eficácia do Trabalho (MBI-GS) | Alto | 14 | 36,80% | 0 | 0,00% | 24 | 63,20% | 8,385 (p<0,0001) |
| | Moderado | 15 | 50,00% | 0 | 0,00% | 15 | 50,00% | |
| | Baixo | 32 | 68,10% | 0 | 0,00% | 15 | 31,90% | |
| Exaustão Emocional (MBI-GS) | Alto | 28 | 71,80% | 0 | 0,00% | 11 | 28,20% | 9,957 (p<0,007) |
| | Moderado | 13 | 54,20% | 0 | 0,00% | 11 | 45,80% | |
| | Baixo | 20 | 38,50% | 0 | 0,00% | 32 | 61,50% | |

Existe uma associação estatisticamente significativa entre bem-estar psicológico e as subescalas *de burnout* ($p < 0,05$). Os profissionais que apresentam alto nível Cinismo, Exaustão Emocional e Síndrome de *burnout* apresentaram um baixo nível de Bem-estar Psicológico. Os profissionais que apresentaram baixo nível de eficácia do trabalho também apresentaram baixos níveis de bem-estar psicológico (Tabela 47).

Tabela 47 Avaliação Associação Bem Estar Psicológico e Síndrome de Burnout

| | | Bem Estar Psicológico (MHC-SF) | | | | | | Teste Chi-Square (p) |
|-------------------------------|----------|--------------------------------|--------|----------|-------|------|--------|-----------------------|
| | | Baixo | | Moderado | | Alto | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| <i>Burnout</i> | Alto | 26 | 76,50% | 0 | 0,00% | 8 | 23,50% | 26,324 (p< 0,0001) |
| | Moderado | 24 | 51,10% | 0 | 0,00% | 23 | 48,90% | |
| | Baixo | 5 | 14,70% | 0 | 0,00% | 29 | 85,30% | |
| Cinismo (MBI-GS) | Alto | 22 | 75,90% | 0 | 0,00% | 7 | 24,10% | 18,584 (p< 0,0001) |
| | Moderado | 14 | 60,90% | 0 | 0,00% | 9 | 39,10% | |
| | Baixo | 19 | 30,20% | 0 | 0,00% | 44 | 69,80% | |
| Eficácia do Trabalho (MBI-GS) | Alto | 10 | 26,30% | 0 | 0,00% | 28 | 73,70% | 13,255 (p< 0,001) |
| | Moderado | 14 | 46,70% | 0 | 0,00% | 16 | 53,30% | |
| | Baixo | 31 | 66,00% | 0 | 0,00% | 16 | 34,00% | |
| Exaustão Emocional (MBI-GS) | Alto | 27 | 69,20% | 0 | 0,00% | 12 | 30,80% | 20,090 (p< 0,0001) |
| | Moderado | 15 | 62,50% | 0 | 0,00% | 9 | 37,50% | |
| | Baixo | 13 | 25,00% | 0 | 0,00% | 39 | 75,00% | |

h) Investigar se existe uma associação entre a saúde mental global, depressão, ansiedade e estresse, e ambiente de trabalho;

Não existem diferenças estatisticamente significativas quanto aos níveis de depressão, estresse e ansiedade entre os profissionais que exercem diferentes atividades (Tabela 48).

Tabela 48 Subescalas depressão, Estresse e Ansiedade por profissão

| | | Qual sua função no CREAS? | | | | | | | | Teste Chi-Square (p) |
|-----------|-------------|---------------------------|--------|-----------|--------|-----------------------------------|--------|----------------------|--------|----------------------|
| | | Assistente Social | | Psicólogo | | Outra atividade de nível superior | | Apoio Administrativo | | |
| DASS-21 | | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Depressão | Muito Grave | 2 | 5,40% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 1 | 5,30% | 9,163 (p=0,689) |
| | Grave | 1 | 2,70% | 3 | 6,70% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | |
| | Moderado | 6 | 16,20% | 3 | 6,70% | 3 | 21,40% | 3 | 15,80% | |
| | Mínimo | 4 | 10,80% | 6 | 13,30% | 1 | 7,10% | 3 | 15,80% | |
| | Normal/Leve | 24 | 64,90% | 33 | 73,30% | 10 | 71,40% | 12 | 63,20% | |
| Estresse | Muito Grave | 0 | 0,00% | 1 | 2,20% | 0 | 0,00% | 1 | 5,30% | 15,775 (p=0,202) |
| | Grave | 5 | 13,50% | 1 | 2,20% | 0 | 0,00% | 1 | 5,30% | |
| | Moderado | 6 | 16,20% | 6 | 13,30% | 0 | 0,00% | 2 | 10,50% | |
| | Mínimo | 5 | 13,50% | 7 | 15,60% | 6 | 42,90% | 5 | 26,30% | |
| | Normal/Leve | 21 | 56,80% | 30 | 66,70% | 8 | 57,10% | 10 | 52,60% | |
| Ansiedade | Grave | 2 | 5,40% | 2 | 4,40% | 1 | 7,10% | 1 | 5,30% | 9,685 (p=0,644) |
| | Mínimo | 3 | 8,10% | 4 | 8,90% | 2 | 14,30% | 0 | 0,00% | |
| | Moderado | 5 | 13,50% | 5 | 11,10% | 1 | 7,10% | 0 | 0,00% | |
| | Muito Grave | 5 | 13,50% | 2 | 4,40% | 0 | 0,00% | 2 | 10,50% | |
| | Normal/Leve | 22 | 59,50% | 32 | 71,10% | 10 | 71,40% | 16 | 84,20% | |

Na análise da associação nível de depressão e o ambiente de trabalho, observa-se valores estatisticamente significativos para a escala de cinismo. Em geral, profissionais que apresentam um nível de depressão grave ou muito grave também apresentam alto nível de cinismo (75,0% e 33,3%, respectivamente) e de exaustão emocional (75% e 66,7%, respectivamente). Não houve evidências suficientes para confirmar a associação entre a escala de depressão e a escala de eficácia do trabalho (Tabela 49).

Tabela 49 Avaliação Associação Depressão e Ambiente de Trabalho

| | | Depressão (DASS-21) | | | | | | | | | | Teste Chi-Square (p) |
|-------------------------------|----------|---------------------|-------|-------|--------|----------|-------|-------------|-------|--------|-------|----------------------|
| | | Muito Grave | | Grave | | Moderado | | Normal/Leve | | Mínimo | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Cinismo (MBI-GS) | Alto | 1 | 33,3% | 3 | 75,0% | 3 | 20,0% | 15 | 19,0% | 7 | 50,0% | 17,978 (p=0,021) |
| | Moderado | 2 | 66,7% | 1 | 25,0% | 3 | 20,0% | 15 | 19,0% | 2 | 14,3% | |
| | Baixo | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 9 | 60,0% | 49 | 62,0% | 5 | 35,7% | |
| Eficácia do Trabalho (MBI-GS) | Alto | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 5 | 33,3% | 26 | 32,9% | 7 | 50,0% | 11,436 (p=0,178) |
| | Moderado | 1 | 33,3% | 0 | 0,0% | 5 | 33,3% | 23 | 29,1% | 1 | 7,1% | |
| | Baixo | 2 | 66,7% | 4 | 100,0% | 5 | 33,3% | 30 | 38,0% | 6 | 42,9% | |
| Exaustão Emocional (MBI-GS) | Alto | 2 | 66,7% | 3 | 75,0% | 8 | 53,3% | 19 | 24,1% | 7 | 50,0% | 15,734 (p=0,046) |
| | Moderado | 0 | 0,0% | 1 | 25,0% | 3 | 20,0% | 16 | 20,3% | 4 | 28,6% | |
| | Baixo | 1 | 33,3% | 0 | 0,0% | 4 | 26,7% | 44 | 55,7% | 3 | 21,4% | |

Existe uma associação estatisticamente significativa entre o nível de estresse e as subescalas de *burnout* cinismo e exaustão emocional. Em geral, profissionais que apresentam um nível estresse muito grave, também apresentam alto nível de cinismo e exaustão emocional. Não houve associação estatisticamente significante entre a escala de estresse e a escala de eficácia do trabalho.

Tabela 50 Avaliação Associação Estresse e Ambiente de Trabalho

| | Estresse (DASS-21) | | | | | | | | | | Teste Chi-Square (p) | |
|-------------------------------|--------------------|---|--------|---|----------|----|-------------|----|--------|----|----------------------|----------------------|
| | Muito Grave | | Grave | | Moderado | | Normal/Leve | | Mínimo | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Cinismo (MBI-GS) | Alto | 2 | 100,0% | 1 | 14,3% | 6 | 42,9% | 12 | 17,4% | 8 | 34,8% | 17,224 (p= 0,028) |
| | Moderado | 0 | 0,0% | 2 | 28,6% | 5 | 35,7% | 12 | 17,4% | 4 | 17,4% | |
| | Baixo | 0 | 0,0% | 4 | 57,1% | 3 | 21,4% | 45 | 65,2% | 11 | 47,8% | |
| Eficácia do Trabalho (MBI-GS) | Alto | 0 | 0,0% | 4 | 57,1% | 2 | 14,3% | 26 | 37,7% | 6 | 26,1% | 10,190 (p=0,252) |
| | Moderado | 0 | 0,0% | 2 | 28,6% | 3 | 21,4% | 18 | 26,1% | 7 | 30,4% | |
| | Baixo | 2 | 100,0% | 1 | 14,3% | 9 | 64,3% | 25 | 36,2% | 10 | 43,5% | |
| Exaustão Emocional (MBI-GS) | Alto | 2 | 100,0% | 5 | 71,4% | 10 | 71,4% | 12 | 17,4% | 10 | 43,5% | 31,290 (p<0,0001) |
| | Moderado | 0 | 0,0% | 2 | 28,6% | 2 | 14,3% | 14 | 20,3% | 6 | 26,1% | |
| | Baixo | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 14,3% | 43 | 62,3% | 7 | 30,4% | |

Observa-se a existência de uma associação estatisticamente significativa entre o nível de ansiedade e os níveis de cinismo e de exaustão emocional. Em geral, os profissionais que apresentam um nível ansiedade muito grave também apresentam alto nível de cinismo (33,3%) e exaustão emocional (77,8%). Não houve associação estatisticamente significativa entre a escala de ansiedade e a escala de eficácia do trabalho (Tabela 51).

Tabela 51 Avaliação Associação Ansiedade e Ambiente de Trabalho

| | | Ansiedade (DASS-21) | | | | | | | | | | Teste Chi-Square (p) |
|-------------------------------|----------|---------------------|-------|-------|-------|----------|-------|-------------|-------|--------|-------|----------------------|
| | | Muito Grave | | Grave | | Moderado | | Normal/Leve | | Mínimo | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Cinismo (MBI-GS) | Alto | 3 | 33,3% | 3 | 50,0% | 4 | 36,4% | 14 | 17,5% | 5 | 55,6% | 20,022 (p=0,010) |
| | Moderado | 2 | 22,2% | 2 | 33,3% | 4 | 36,4% | 12 | 15,0% | 3 | 33,3% | |
| | Baixo | 4 | 44,4% | 1 | 16,7% | 3 | 27,3% | 54 | 67,5% | 1 | 11,1% | |
| Eficácia do Trabalho (MBI-GS) | Alto | 3 | 33,3% | 2 | 33,3% | 3 | 27,3% | 28 | 35,0% | 2 | 22,2% | 5,168 (p=0,739) |
| | Moderado | 2 | 22,2% | 3 | 50,0% | 3 | 27,3% | 21 | 26,3% | 1 | 11,1% | |
| | Baixo | 4 | 44,4% | 1 | 16,7% | 5 | 45,5% | 31 | 38,8% | 6 | 66,7% | |
| Exaustão Emocional (MBI-GS) | Alto | 7 | 77,8% | 2 | 33,3% | 8 | 72,7% | 17 | 21,3% | 5 | 55,6% | 30,930 (p<0,0001) |
| | Moderado | 2 | 22,2% | 3 | 50,0% | 2 | 18,2% | 15 | 18,8% | 2 | 22,2% | |
| | Baixo | 0 | 0,0% | 1 | 16,7% | 1 | 9,1% | 48 | 60,0% | 2 | 22,2% | |

i) Avaliar se existe e de que grau de *Síndrome de Burnout* nas equipes;

Na tabela 52, podemos observar que 70,4% dos participantes deste estudo apresentam um nível de *burnout* entre moderado e alto, apenas 29,6% dos participantes apresentam baixo nível de *burnout*.

Tabela 52 Incidência de Burnout

| MBI-GS | Nível | % |
|---------------|----------|-------|
| Burnout Geral | Alto | 29,5% |
| | Moderado | 40,9% |
| | Baixo | 29,6% |

- j) Analisar os níveis da Síndrome de *Burnout* nas dimensões de exaustão emocional, cinismo e Eficácia no Trabalho;

Na tabela 53, é possível observar as médias para as escalas de exaustão emocional, cinismo, eficácia do trabalho e geral de *burnout*. A escala que apresenta scores mais baixos é o cinismo ($M = 1,40$; $DP=1,38$).

Tabela 53 Estatísticas descritivas para as escalas Exaustão Emocional, Cinismo, Eficácia no Trabalho e Burnout Geral

| Dimensões | Média | Desvio- Padrão | Mínimo | Máximo | Mediana |
|--------------------|-------|-------------------|--------|--------|---------|
| Exaustão Emocional | 2,51 | 1,47 | 0,00 | 5,67 | 2,50 |
| Cinismo | 1,40 | 1,38 | 0,00 | 5,50 | 1,00 |
| Eficácia Trabalho | 4,26 | 1,12 | 1,17 | 6,00 | 4,33 |
| Burnout | 1,99 | 0,97 | 0,31 | 4,38 | 1,94 |

Para a escala de nível de exaustão emocional, verificou-se que a maior parte dos profissionais (45,2%) apresentaram baixo nível e o total de 22,9% possuem alto nível. No que se refere ao cinismo, a grande maioria dos profissionais apresentou um baixo nível de cinismo (54,8%). O percentual de 40,9% dos profissionais apresentou baixa eficácia no trabalho. Em relação à escala geral de *burnout*, apresentou-se um alto nível em 29,6% e nível moderado em 40,9% dos profissionais.

Tabela 54 Distribuição da amostra por Exaustão Emocional, Cinismo e Eficácia do Trabalho

| MBI-GS | | n | % |
|----------------------|----------|----|-------|
| Exaustão Emocional | Alto | 39 | 33,9% |
| | Moderado | 24 | 20,9% |
| | Baixo | 52 | 45,2% |
| Cinismo | Alto | 29 | 25,2% |
| | Moderado | 23 | 20,0% |
| | Baixo | 63 | 54,8% |
| Eficácia do Trabalho | Alto | 38 | 33,0% |
| | Moderado | 30 | 26,1% |
| | Baixo | 47 | 40,9% |
| <i>Burnout</i> | Alto | 33 | 29,5% |
| | Moderado | 47 | 40,9% |
| | Baixo | 35 | 29,6% |

- k) Verificar se existe associação entre a Síndrome de *Burnout* e as variáveis sociodemográficas e ambiente de trabalho

No que diz respeito à variável sexo em relação aos níveis de exaustão emocional, cinismo e eficácia no trabalho, observa-se que em geral as mulheres apresentam níveis estatisticamente mais baixos para a escala de eficácia no trabalho e apresentam mais frequentemente níveis altos e moderados de *burnout* quando comparadas com os homens. As demais escalas não apresentam diferenças estatisticamente significativas (Tabela 55).

Tabela 55 Exaustão Emocional / Cinismo/ Eficácia no Trabalho amostra por sexo

| | | Sexo | | | | Teste Chi-Square (p) |
|----------------------|----------|-----------|--------|----------|--------|----------------------|
| | | Masculino | | Feminino | | |
| MBI-GS | | n | % | n | % | |
| Exaustão Emocional | Alto | 3 | 17,60% | 36 | 36,70% | 5,189 (p= 0,075) |
| | Moderado | 2 | 11,80% | 22 | 22,40% | |
| | Baixo | 12 | 70,60% | 40 | 40,80% | |
| Cinismo | Alto | 2 | 11,80% | 27 | 27,60% | 2,397 (p= 0,302) |
| | Moderado | 3 | 17,60% | 20 | 20,40% | |
| | Baixo | 12 | 70,60% | 51 | 52,00% | |
| Eficácia do Trabalho | Alto | 10 | 58,80% | 28 | 28,60% | 6,222 (p= 0,045) |
| | Moderado | 2 | 11,80% | 28 | 28,60% | |
| | Baixo | 5 | 29,40% | 42 | 42,90% | |
| <i>Burnout</i> | Alto | 2 | 11,80% | 32 | 32,70% | 8,555 (p= 0,014) |
| | Moderado | 5 | 29,40% | 42 | 42,90% | |
| | Baixo | 10 | 58,80% | 24 | 24,50% | |

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre profissionais de distintas faixas etárias quanto às dimensões exaustão emocional, cinismo e eficácia no trabalho. No entanto, existem diferenças estatisticamente significativas entre esses profissionais quanto à escala geral de *burnout* ($p = 0,010$), sendo que os profissionais que tinham entre 26 e 35 anos apresentaram um *burnout* alto (45,70%), enquanto os que tinham entre 36 e 45 anos apresentaram um *burnout* moderado (48,90%) já os que tinham entre 46 e 59 anos apresentaram um *burnout* baixo (50,00%) (Tabela 56).

Tabela 56 *Exaustão Emocional / Cinismo/ Eficácia no Trabalho amostra por idade*

| | | Idade | | | | | | | | | | Teste Chi-Square (p) |
|----------------------|----------|------------------|--------|-----------------|--------|-----------------|--------|-----------------|--------|-----------------|---------|----------------------|
| | | Menos de 25 anos | | De 26 a 35 anos | | De 36 a 45 anos | | De 46 a 59 anos | | Mais de 60 anos | | |
| MBI-GS | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Exaustão Emocional | Alto | 1 | 50,00% | 21 | 45,70% | 13 | 28,90% | 4 | 20,00% | 0 | 0,00% | 10,112 (p=0,257) |
| | Moderado | 0 | 0,00% | 11 | 23,90% | 9 | 20,00% | 4 | 20,00% | 0 | 0,00% | |
| | Baixo | 1 | 50,00% | 14 | 30,40% | 23 | 51,10% | 12 | 60,00% | 2 | 100,00% | |
| Cinismo | Alto | 1 | 50,00% | 16 | 34,80% | 10 | 22,20% | 2 | 10,00% | 0 | 0,00% | 8,647 (p=0,373) |
| | Moderado | 0 | 0,00% | 10 | 21,70% | 7 | 15,60% | 5 | 25,00% | 1 | 50,00% | |
| | Baixo | 1 | 50,00% | 20 | 43,50% | 28 | 62,20% | 13 | 65,00% | 1 | 50,00% | |
| Eficácia do Trabalho | Alto | 0 | 0,00% | 11 | 23,90% | 16 | 35,60% | 10 | 50,00% | 1 | 50,00% | 8,105 (p=0,423) |
| | Moderado | 1 | 50,00% | 12 | 26,10% | 11 | 24,40% | 6 | 30,00% | 0 | 0,00% | |
| | Baixo | 1 | 50,00% | 23 | 50,00% | 18 | 40,00% | 4 | 20,00% | 1 | 50,00% | |
| Burnout | Alto | 1 | 50,00% | 21 | 45,70% | 9 | 20,00% | 3 | 15,00% | 0 | 0,00% | 19,976 (p=0,010) |
| | Moderado | 0 | 0,00% | 18 | 39,10% | 22 | 48,90% | 7 | 35,00% | 0 | 0,00% | |
| | Baixo | 1 | 50,00% | 7 | 15,20% | 14 | 31,10% | 10 | 50,00% | 2 | 100,00% | |

Na comparação das profissões, verificaram-se que os profissionais de apoio administrativos e outras atividades de nível superior apresentam com maior frequência baixos níveis de cinismo e que são os Psicólogos quem com maior frequência apresenta níveis altos desta variável ($p= 0,001$). Para a escala de eficácia no trabalho também se identificaram diferenças estatisticamente significativas entre profissionais que exercem diferentes atividades profissionais ($p= 0,026$), sendo que são os profissionais com funções de apoio administrativo e outras atividades de nível superior quem apresenta uma eficácia no trabalho alta. Para escala geral de *burnout*, observa-se existirem diferenças estatisticamente significativas, sendo que são os Psicólogos e Assistentes Sociais quem apresenta mais frequentemente *burnout* alto (Tabela 57).

Tabela 57 *Exaustão Emocional /Cinismo/ Eficácia no Trabalho amostra por profissão*

| | | Qual sua função no CREAS? | | | | | | | | |
|----------------------|----------|---------------------------|--------|-----------|--------|-----------------------------------|--------|----------------------|--------|----------------------|
| | | Assistente Social | | Psicólogo | | Outra atividade de nível superior | | Apoio Administrativo | | |
| MBI-GS | | n | % | n | % | n | % | n | % | Teste Chi-Square (p) |
| Exaustão Emocional | Alto | 15 | 40,50% | 16 | 35,60% | 3 | 21,40% | 5 | 26,30% | 19,976 (p=0,546) |
| | Moderado | 9 | 24,30% | 10 | 22,20% | 2 | 14,30% | 3 | 15,80% | |
| | Baixo | 13 | 35,10% | 19 | 42,20% | 9 | 64,30% | 11 | 57,90% | |
| Cinismo | Alto | 7 | 18,90% | 20 | 44,40% | 1 | 7,10% | 1 | 5,30% | 22,106 (p=0,001) |
| | Moderado | 11 | 29,70% | 8 | 17,80% | 1 | 7,10% | 3 | 15,80% | |
| | Baixo | 19 | 51,40% | 17 | 37,80% | 12 | 85,70% | 15 | 78,90% | |
| Eficácia do Trabalho | Alto | 10 | 27,00% | 10 | 22,20% | 9 | 64,30% | 9 | 47,40% | 14,315 (p=0,026) |
| | Moderado | 13 | 35,10% | 10 | 22,20% | 3 | 21,40% | 4 | 21,10% | |
| | Baixo | 14 | 37,80% | 25 | 55,60% | 2 | 14,30% | 6 | 31,60% | |
| Burnout | Alto | 10 | 27,00% | 19 | 42,20% | 1 | 7,10% | 4 | 21,10% | 21,111 (p=0,002) |
| | Moderado | 20 | 54,10% | 18 | 40,00% | 4 | 28,60% | 5 | 26,30% | |
| | Baixo | 7 | 18,90% | 8 | 17,80% | 9 | 64,30% | 10 | 52,60% | |

5.2. Resultados Qualitativos Entrevistas dos Coordenadores

Os dados das narrativas das entrevistas e dos *focus group*, foram desenvolvidos a partir da análise de conteúdo de Bardin (2016, p. 37) que “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações.” Após a transcrição dos resultados, os mesmos foram submetidos à categorização, que “é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento sendo analogias” (Bardin, 2016, p.147). E após a categorização das respostas, as mesmas tiveram a seleção dos registros semânticos. E para a análise dos resultados foi utilizado dois fragmentos de cada registro semântico para ilustrar melhor as respostas dadas, conforme será discutido. Neste estudo, a amostra das entrevistas foi constituída 10 coordenadoras e/ou diretoras dos CREAS participantes.

5.2.1. Percepções acerca das definições do bem estar e da Saúde Mental

Tabela 58 *Categorias sobre a Percepções acerca das definições do bem estar e da Saúde Mental*

| Subcategorias | Registro Semântico | Relatos |
|---|---|---|
| Critérios que determinam o bem estar e saúde mental (1,2) | Estão correlacionados (E1;E8;E9) | Todas as unidades de registo (u.r.) descrevem como os profissionais avaliam o bem estar e a saúde mental. |
| | Estar bem consigo (E4;E5;E10) | |
| | Tirar aprendizado das experiências ruins (E7) | |
| | Ambiente de trabalho saudável (E1; E6;E7) | |
| O bem estar e a saúde mental nos profissionais (9,10) | A pressão da gestão (E2); | Todas as unidades de registo (u.r.) descrevem a forma que os profissionais empregam as definições de bem estar e saúde mental com base na realidade do trabalho profissional. |
| | Harmonia na vida pessoal (E3;E5) | |
| | Atendimento precário; insatisfação da estrutura do CREAS (E5;E8;E9;E10) | |
| | Muita demanda de trabalho (E1,E6,E7, E10) | |
| | Evitar conflitos (E3) | |
| | Fragilidade e doença mental (E4, E,5,E8, E9) | |

5.2.1.1. Critérios que determinam o bem estar e saúde mental

No que diz respeito à subcategoria “Critérios que determinam o bem-estar e saúde mental”, foram identificados quatro registros semânticos. O primeiro registro que tem em seu registro a correlacionalidade dos termos, sobre ele obtivemos 3 respostas, (e.g. P1: “*Estão interligados, saúde mental e bem-estar*”. P8: “*As duas estão bem associadas, né*”; P9: “*(...) as duas estão bem correlatas*”). Três entrevistados relataram que o bem-estar e a saúde mental depende de estar bem consigo (e.g. P4: “*Está bem comigo mesma*”. P10: “*A saúde mental tem bastante haver com você se sentir bem*”). O “ambiente de trabalho saudável” foi referido por três entrevistados, (e.g. P1: “*(...) a gente procura manter o ambiente saudável para que isso também não ocorra, o ambiente é bom é gostoso*”). e já o último registro, “tirar aprendizagem das experiências ruins” foi apenas (n=1) (e.g. “*(...)porque eu sinto as pessoas bem insatisfeitas, algumas, assim né, com o que está fazendo*”).

As relações que foram feitas para definirem os critérios de bem-estar e saúde mental perpassaram às questões voltadas para a questão pessoal e do ambiente em que se encontram inseridos, demonstrando, assim, uma relação entre o pessoal e o profissional, mesmo não sendo esse o objeto da análise inicial.

5.2.1.2. A percepção dos profissionais quanto o bem-estar e a saúde mental

Quando questionadas sobre bem-estar e a saúde mental nos profissionais, o atendimento precário; insatisfação da estrutura do CREAS foi o registro semântico que mais apareceu (n=4), (e.g.,P2: *“Eu acho que a organização a gente se conseguiu se remodelar, tipo de trabalhar bem (...) A estrutura eu acho que é precária, acho que é um prédio antigo, é um prédio que não tem ambiência, é um prédio que não tem acolhimento”*). P8: *“É a questão estrutural a gente assim, né” Tem um carro que é péssimo assim para trabalhar, de duas portas, sem ar condicionado. Um para todo o CREAS ”*). Já a “demanda de trabalho” teve sua ocorrência em 4 entrevistas, (e.g.,P7: *“(…) A gente acaba aprendendo assim, e aprendendo muito na prática, mas muitas vezes é puxado, porque vem a demanda, a gente tenta mediar para que chegue a informação no profissional ”*). P10: *“Então, a gente não tem nem as equipes mínimas, né?”*).

No que diz respeito a fragilidade e doença mental, essa também foi mencionada por 4 participantes, (e.g., P4: *“As vezes me sinto doente. Não às vezes, eu me sinto como vou dizer, é difícil lhe dar com todas as situações”*). P8: *“Vê as fragilidades de cada um também, (...) essas demandas às vezes incomodam. ”*). No que se refere à harmonia na vida pessoal, 2 participantes relataram esse processo para a busca de um bem estar e saúde mental, (e.g.,P3: *“Tento manter uma boa relação com a gestão e com as outras equipes, assim, sempre esse cuidado assim, para não entrar em nenhum enfrentamento prá não desgastar nenhuma relação nem de um lado nem de outro pra eu enquanto coordenação poder filtrar”*). P5: *“Eu me sinto bem, né! Me sinto bem”*).

E por último, evitar conflitos foi a escolha de apenas um participante (e.g., P3: *“A gente tem problemas na equipe, (...) mas são problemas pontuais, (...) tem questões com tensionamentos entre as técnicas, mas a gente consegue manter um certo nível de harmonia ”*) e a pressão da gestão, também com apenas um participante, (e.g., P2 *“É muito difícil trabalhar com a gestão, porque você precisa tá ao mesmo tempo em*

que você tá buscando atender o desejo que eles querem, que eles exigem de você, você tem que proteger esses técnicos que estão lá na ponta.

Dentro dos registros semânticos categorizados a maior incidência se deu: 1. Atendimento precário; insatisfação da estrutura do CREAS; 2. Muita demanda de trabalho e 3. Fragilidade e doença mental, o que evidencia a influência direta da instituição na saúde mental de seus profissionais.

5.2.2. A Saúde Mental das Equipes do CREAS

Tabela 59 *Categorias sobre a Saúde Mental das Equipes do CREAS*

| Subcategorias | Registo Semântico | Relatos | |
|--|--|---|--|
| A influência do trabalho no bem estar e saúde mental do sujeito (7,8,11,14) | Fatores Protetores | Equipe unida (E2, E4, E6,E7, E8) | Todas as unidades de registo (u.r.) descrevem a influência que o trabalho tem no resultado da saúde mental do sujeito. |
| | | Dedicação à profissão (E1, E4,E5) | |
| | | Satisfação do trabalho realizado (E3;E9,E10) | |
| | | Trabalhar em rede (MP, Conselho Tutelar) (E7) | |
| | | Planeamento das atividades (E5) | |
| | Fatores de Risco | Incapacidade e não valorização do profissional (E7, E8) | |
| | | Ausência de estrutura física e suporte (E3) | |
| | | Pressão da instituição (E2,E4,E6,E8, E,9,E10) | |
| | | Pressão da vida pessoal (E1, E3, E5, E6,E9) | |
| | | Direitos violados (E1,E2) | |
| Rotina no trabalho (3 e 4) | 8h as 18h (E1, E5) | Todas as unidades de registo (u.r.) descrevem a relação da rotina do CREAS e a sua interferência na relação dos sujeitos. | |
| | 6 horas expediente (E2) | | |
| | 2 Turnos (E1) | | |
| | Rotina intensa (E3, E4, E7, E9, E10) | | |
| | Autonomia para rotina (E8) | | |
| | Cada equipe para 20 casos (E9 e E10) | | |
| | Cada equipe para 25 casos (E1, E2, E6) | | |
| | Cada equipe para 30 casos (E4,E6,E7) | | |

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| Sentimentos da Equipe (5,6 e 13) | Aptidões distintas de atendimento (E1) | Todas as unidades de registo (u.r.) descrevem os sentimentos da equipe e sua percepção na rotina dos atendimentos. |
| | Reuniões semanais para casos complexos (E2) | |
| | Influência da vida privada na profissional (E3) | |
| | Luta pelos direitos dos usuários (E4) | |
| | Fragilidade com o atendimento precário (E5,E9) | |
| | Ambiente profissional saudável (E6) | |
| | Dificuldades na rotina / estressante (E1, E7) | |
| | Surgimento de doença mental/ ansiedade/ esgotamento/ frustração (E2,E3, E,4, E5,E6,E7,E8, E9 e E10) | |
| Famílias atendidas (12) | Fortalecimento da rede/equipe (E1, E3) | Todas as unidades de registo (u.r.) descrevem o atendimento das famílias e seus desdobramentos. |
| | Ameaça nos atendimentos (E8) | |
| | Fragilidade / angústias das equipes (E2, E5, E10) | |
| | Responsabilidade com o atendimento (E6) | |
| | Compartilhamento dos casos (E7) | |
| | Sem estrutura para o atendimento (E9) | |

5.2.2.1. A influência do trabalho no bem estar e saúde mental do sujeito

No que se refere a essa subcategoria, houve ainda uma subdivisão entre os fatores protetores e os fatores de risco. No que tange aos fatores protetores, surgiram ainda cinco registros semânticos. A Equipe unida foi escolhida por 5 participantes, (e.g., P2: “Gosto de trabalhar (...) sempre trabalhei na área da violência, trabalhei no Conselho Tutelar um tempo, (...) gosto de atender, gosto de trabalhar em equipe”. P8: “(...) é toda essa relação de equipe, né! Acho que a gente se sente bem, a maioria das pessoas se sentem bem neste espaço assim, se sentem acolhidas, acolhem, tem essa relação próxima”). Já a satisfação do trabalho realizado foi referida por 3 participantes, (e.g.,P3: “(...) gosto muito de trabalhar com jovens, isso me dá prazer assim, de trabalhar com os jovens, de tentar alguma coisa legal para eles, e de ver as vezes quando as técnicas ficam superfelizes quando os atendimentos aparecem”. P9: “(...) o que me motiva é vê o meu trabalho realizado na figura do outro do usuário, que apesar

de todos os problemas, eu consegui de algum jeito plantar alguma coisa boa naquelas famílias, que eles consigam internalizar que a violência não vai levar a nada mesmo, e que o ato violento que praticaram tem que ser revisto, e que a conversa e o diálogo, que há superação da violência”). A dedicação à profissão foi referida por 3 participantes (e.g., P1: “Sou muito apaixonada pelo que eu faço assim,(...) tenho 11 equipes que eu coordeno. (...) Tem sempre uma criança que precisa de mim, tem uma mulher que precisa ser protagonista da sua história, então, eu acho que é isso”. P4: “(...) Eu gosto do que eu faço, (...) gosto de enfrentar os desafios, então acredito que seja por isso, enfrentar os desafios, porque é um desafio, atuar na Assistência é um desafio”), e por apenas 1 participante ficaram os registros: Trabalhar em rede (MP, Conselho Tutela) (e.g., P7: “Aí vê o resultado, vê o sentimento de cooperação entre os profissionais, vê que é possível e acima de tudo, vê o trabalho com o usuário sendo bem feito, com comprometimento, com responsabilidade”) e Planejamento das atividades (e.g., P5: “Sempre planejam, porque a medida eu percebo assim, tu (...) ela tem começo, meio e fim”).

Os fatores de riscos geraram também, cinco registros semânticos. A pressão da instituição foi mencionado por 6 participantes, (e.g., P6: “Então, essas pressões externas de cima pra baixo acham que acabam é afetando de alguma maneira os profissionais, né, e a angústia de não conseguir atingir essas metas”. P8: “Esses processos mesmo de gestão, assim né, que a gente não se sente tão valorizado, tão reconhecido né, as coisas que as vezes eles querem vir de cima para baixo, né, isso que desanima ”),seguidos da Pressão da vida pessoal referida por 5 participantes, (e.g., P5: “Se tem alguma situação também particular que está deixando ela com a sua saúde mental fragilizada afeta também no ambiente de trabalho, né! ”. P6: “(...) eu partilho também dessas aflições, tem a história de cada um lá fora, tem coisas que a gente gostaria que fosse diferente”), a Incapacidade e não valorização do profissional referida por 2 participantes, (e.g., P7: “ Hoje é difícil, na conjuntura que a gente está vivendo, muitas coisa, a gente pega pra si, e sente “como eu poderia fazer mais”, um sentimento assim de incapacidade”. P8: “(...) a frustração pela não valorização profissional que tem para fora do CREAS (...) então isso gera uma insatisfação”).

Já os Direitos violados surgem referidos por 1 participant (e.g., P1: “(...) tem casos muitos antigos que é muito difícil de lidar com direitos violados de oito anos atrás, cinco anos atrás, talvez isso seja mais desgastante”) e por último, a Ausência de

estrutura física e suporte referida apenas por um participante (e.g., P3: “(...) *Essa equipe está fragilizada enquanto suporte aqui*”).

Essa divisão em fatores protetores e de risco evidencia a valorização dos profissionais quanto a relação com seus pares e o sentimento sobre a profissão escolhida, mesmo que necessitem enfrentar as questões que envolvem a sua valorização e os direitos que são violados. Embora haja muitos problemas, o mais forte dos participantes se encontra no desejo de fazer o seu melhor na profissão.

5.2.2.2. Rotina no Trabalho

Quando questionadas sobre a rotina de trabalho, percebe-se na categorização duas partes para essa subcategoria. A primeira retrata a carga horária, já a segunda a forma da rotina e divisão dos trabalhos.

No que diz respeito a carga horária, houve menção em três tipos de horários. O primeiro diz respeito a carga horária corrida, de 8h às 18hs, com 1 participante mencionando essa estrutura (e.g., P1: “(...) *O CREAS funciona sempre das 8h às 18hs*”. P5: “ ”), sobre o horário de 6 horas corridas, esse foi mencionado por apenas uma pessoa, (e.g., P2: “ *O CREAS aqui todos eles são seis horas*”), sobre a existência de dois turnos, esse surge também referida apenas 1 participante (e.g., P1: “*Existem dois turnos das 8h as 14h e depois das 12h até as 18h* ”).

A segunda parte que diz respeito a forma da rotina e a divisão dos trabalhos, sobre ter uma Rotina intensa houve uma incidência de 5 participantes (e.g., P3 “ *É uma rotina bem intensa assim, como até determinado momento eles, os adolescentes estavam referenciados por técnicos e não por duplas, tinham muitos atendimentos, então assim, muitos atendimentos agendados*”. (e.g., P9: “*A demanda é alta, bastante alta, muito cobrada, tanto deles, quanto de minha, porque eu sou aquela que analisa o caso para passar para as equipes, hoje por exemplo a gente está tendo muita situação de suicídio* ”). Sobre a distribuição dos trabalhos, aqueles que falaram que eram distribuídos 20 casos para cada equipe (n=2) relataram, por exemplo, que P9: “(...) *em torno de vinte famílias para cada duplas, psicólogos e assistente social, mas houve uma mudança metodológica*”. P10: “*A gente atendia vinte famílias por duplas, hoje estamos em aumento para mais vinte família por dupla* ”), já aqueles que disseram ser 25 casos (n=3), (e.g., P1: “*Hoje o limite máximo é de 25 casos por duplas* ”, (e.g., P2: “ *São vinte e cinco famílias. A gente está com cinco equipes, são dez profissionais*”), e por

último, 30 casos ($n=3$) (e.g., P6: “São trinta famílias distribuídas por dupla e ou equipe técnica”. P7: “ Trinta famílias atendidas por equipe de referência ”),

Percebe-se nessa divisão semântica que houve divergências sobre o conhecimento da estrutura de atendimento do CREAS, os participantes elencaram alguns horários e ritmos de trabalho que divergem, inclusive quando se trata dos atendimentos, esses devido o grande fluxo de famílias ocasionaram interpretações diversas.

5.2.2.3. Sentimentos da Equipe

Quando questionados sobre os sentimentos que envolvem a equipe, subcategoria que abarca sobre a saúde mental das equipes dos CREAS, foram elencados cerca de oito registros semântico. O maior registro envolveu o surgimento da doença mental/ansiedade/esgotamento/frustração com 9 participantes (e.g., P2: “ A ansiedade é o mais presente, no começo havia mais o discurso que não adianta, de que a gente faz e não resolve, de que a gente faz e não dá conta”. P7: “Vejo muitas vezes frustração, cansaço é o que mais, não consigo pensar agora ”), sobre a Fragilidade com o atendimento precário, esse com 2 participantes (e.g., P5: “ (...) as vezes acontecem de ficar fragilizado, né, isso eu percebo, então mas eu vejo que também conta muito a história de vida da pessoa”. P9: “Eu tento dentro das minhas possibilidades (...) fazer o mínimo do mínimo para manter um bom local para trabalhar”).

No que se refere à Dificuldade na rotina e estressante, temos 2 participantes (e.g., P1: “No meio dele, quando as coisas estão acontecendo, acontecem mais situações estressantes do que no final dele”. P7: “(...) se sentem sobrecarregados (...) frustrados por não conseguir dar conta”). Já aqueles itens mencionados por apenas um participante, temos: Aptidões distintas de atendimento (e.g., P1: “(...) existem as características distintas, até porque eu já falei que tem profissionais que tem mais dificuldade com idosos, outro com crianças, então, a gente vai percebendo e vai fazendo com que não fique tudo com aquele profissional”), Reuniões semanais para casos complexos (e.g., P2: “(...) Mais seguro, e aí a gente tem feito essas discussões semanais, de casos, principalmente quando o caso é muito forte”), Influência da vida privada na profissional (e.g., P3: “É um desafio (...) como que cada uma está se sentindo, quais são essas questões da vida pessoal que as vezes interferem no trabalho,

né!”), Luta pelos direitos dos usuários (e.g., P4: “(...) eu quero garantir o direito, fazer com que esse direito do sujeito, o que está na política seja feito, né, como eu vou garantir isso, se eu só tenho”) e Ambiente profissional saudável (e.g., P6: “Na medida do possível a gente consegue transformar nosso ambiente de trabalho, num ambiente saudável”).

Diante dos relatos, ficaram evidenciado as dificuldades que as equipes enfrentam no dia a dia, e isso levou ao grupo ao questionamento de vários fatores que interferem diretamente na saúde deles. A rotina pesada e a falta de estrutura aparece como fator preponderante para o surgimento dos problemas relatados por eles.

5.2.2.4. Famílias atendidas

No que diz respeito aos atendimentos às famílias, esse reuniu cerca de seis registros semânticos. A maior menção foi dos registros Fragilidade/angústias das equipes com (n=3) (e.g., P2: “*Em alguns casos eles conseguem li dar e em outros tem angustia, acho que em alguns casos agente fica angustiado, esperando uma resolução*”. P10: “*(...) as vezes chega ao ponto de há sonhei com o usuário, para sonhar significa que foi panque mesmo, porque até no sonho ele apareceu lá né, é, tem essa fala das pessoas do desgaste eu foi né.*”), o Fortalecimento da rede/equipe, surge referido por 2 participantes (e.g., P1: “*(...) Aqui no CREAS, falando muito aqui de fortalecimento da rede, não tem como te dizer que muitas vezes não é frustrante, a gente sabe que é só efetivar aquilo para que a família saia de uma situação de violação de direito e tu não consegue, a rede é fechada, então é muito difícil*”. P3: “*A gente tem um apoio mútuo, (...) se é um atendimento mais pesado, compartilham aquele momento pós atendimento, então essa é uma das estratégias*”). Já aqueles que tiveram apenas uma menção, foram: Ameaça nos atendimentos (e.g., P8: “*Tem situações (...) impactantes, (...) as vezes há situações de ameaças, falas assim que não são boas*”), Responsabilidade com o atendimento (e.g., P6: “*(...) a responsabilidade que a gente tem, não é só nossa, aquele sujeito é protagonista dessa história*”), Compartilhamento dos casos (e.g., P7: “*Um atendimento que é difícil que precisa ser compartilhado, vem e nos procura, a prioridade é sempre essa*”) e ausência de estrutura dos casos (e.g., P9: “*O grande fator eestresseante (...) vejo dentro da minha equipe é o atendimento que é feito ao usuário da política, nós estamos cada vez mais sucateados, né!*”).

Os problemas elencados pelos participantes, reforçam ainda mais a estrutura precária de atendimento às famílias que contribui diretamente com o bem-estar e a saúde de todos que prestam serviço no CREAS.

5.2.3. Percepção de prevenção de saúde mental

Tabela 60 *Categorias sobre a Percepção da Saúde Mental*

| Subcategorias | Registo Semântico | Relatos |
|---------------------|---|--|
| Cuidado com a saúde | Reuniões para compartilhamento dos casos (E1,E2,E3,E5,E7) | Todas as unidades de registo (u.r.) descrevem sobre o processo de prevenção/planeamento para a saúde dos funcionários. |
| | Planeamento de atividade (E4) | |
| | Educação permanente (E6) | |
| | Terapias naturais (E8,E9,E10) | |
| | Não existe prevenção por parte do governo somente da instituição de forma isolada (E1, E2,E3,E4,E5,E6,E7,E8,E9) | |

Sobre a subcategoria “Cuidado com a saúde”, o maior registo semântico foi a “Não existência de prevenção por parte do governo” com 9 participantes (e.g., P2: “*Acho que precisa de mais, a gente até conversou sobre isso*”. P3: “*Poderia ter assim: alguma atividade de repente laboral, no horário de trabalho, tipo assim, há a cada quinze dias vai ter esse exercício né, ou vai ter uma conversa*”), seguido de “Reuniões para compartilhamento de casos” com 5 participantes (e.g., P3: “*Tem estudo de caso individual com a cada equipe e a coordenação, então a gente fala de todos os casos, uma vez no mês*”. P7: “*(...) faz reuniões semanais com a equipe da manhã e equipe da tarde e aí*”), e “Terapias Naturais” com 3 participantes (e.g., P8: “*Tem um trabalho com um profissional que é de terapias naturais, ela é terapeuta, então ela trabalha com as terapias naturais, Reich*”. P9: “*(...) As terapias naturais com a gente, porque sempre tem uma fila de espera bem grande, as vezes a gente é atendida por ele e depois demora mais dois ou três meses para a gente ser atendida de novo*”), e dois registros semânticos com apenas uma menção: “Planeamento de atividade”, (e.g., P4: “*É tem propostas, até então não inciou, (...) vínhamos fanado da necessidade que realmente precisava ter um amparo para as pessoas, que nossos servidores estar ficando adoecidos, não só de servidores, mas também os coordenadores e gerentes, diretores,*

por conta da demanda”), e “Educação Permanente” (e.g., P6: “(...) Foi apresentado pra gente o trabalho, como vem sendo desenvolvido o trabalho da vigilância e da regulação. (...) A ideia que nos foi passada da educação permanente vai ser de trabalhar essa questão de relações humanas, de relações interpessoais no trabalho, de gerenciamento de tempo, com os gestores, com a ideia que sejamos multiplicadores dessas ideias com o grupo”).

O desejo por um ambiente de trabalho saudável é o que buscam os profissionais do CREAS, e certos do que desejam para um melhor atendimento às famílias, a busca por uma prevenção da doença mental e promoção da saúde mental por parte do governo foi o elemento mais questionado pelos inquiridos. Eles acreditam que reuniões, planejamento de atividades e educação permanente contribuem para a saúde mental dos profissionais, mas que o governo precisa estar presente, propondo políticas públicas voltada para a “prevenção de doenças mentais”.

5.3.Caracterização do Focus Grupo

Nessa parte serão analisados os fragmentos da categorização feita com base nos resultados referentes ao *focus Group*, onde foram selecionados dois fragmentos de cada registro semântico como exemplo dos demais que foram elencados. Foram realizados 09 focus group, sendo que participaram no total 67 profissionais das equipes de referência, sendo, que em três CREAS, foram realizados dois *focus group* para possibilitar a participação das equipes dos dois turnos de trabalho matutino e vespertino.

5.3.1.Bem estar e Saúde Mental

Tabela 61 *Categorias sobre a Bem estar e Saúde Mental*

| Subcategorias | Registro Semântico | Relatos |
|---|------------------------------------|--|
| Critérios que determinam o bem estar e saúde mental (10,17,18,19) | Insegurança e ansiedade (E1,E5,E9) | Todas as unidades de registro (u.r.) que determinam o bem estar e a saúde mental dos profissionais do CREAS. |
| | Motivação (E2) | |
| | Acolhimento (E4,E7,E8) | |
| | Angustiada (E1,E3) | |

| | | |
|---|--|---|
| | Desmotivada (E2) | |
| | Sobrecarregada (E5,E6,E8,E9) | |
| | Rotina organizada (E1,E3,E4,E7,E9) | |
| | Tratamentos terapêuticos (E2) | |
| | Problemas profissionais (E1,E2,E4,E5,E6,E8,E9) | |
| | Ambiente harmonioso (E3,E7) | |
| Percepção dos profissionais quanto ao bem-estar e a saúde mental nos profissionais (3,5,11) | Acolhimento da equipe (E1,E5,E8) | Todas as unidades de registo (u.r.) descrevem a forma que os profissionais avaliam o bem estar e a saúde no espaço de trabalho. |
| | Atendimento às famílias (E2,E4,E9) | |
| | Satisfação do trabalho (E3,E6,E7) | |
| | Rotina intensa (E1) | |
| | Desvalorização do profissional (E2) | |
| | Pressão da instituição (E3,E5,E8) | |
| | Insatisfação do profissional (E4) | |
| | Direitos violados (E6,E9) | |
| | Limitação de estrutura (E1,E8) | |
| | Falta de formação (E2,E4) | |
| | Falta de profissionais (E3,E9) | |
| Pressão da Instituição (E5,E7) | | |
| Prevenção da doença mental/promoção da saúde mental (20) | Terapia (E1,E7) | Todas as unidades de registo (u.r) descrevem como se daria a prevenção de saúde mental. |
| | Humanização do espaço (E2,E5,E8,E9) | |
| | Flexibilização dos horários (E3) | |

Sobre essa categoria que envolve o bem-estar e a saúde mental, foram criados três subcategorias: 1. Critérios que determinam o bem-estar e saúde mental; 2. A percepção dos profissionais quanto ao bem-estar e a saúde mental nos profissionais e 3. Prevenção da doença mental/promoção da saúde mental, todos com seus respectivos registros semânticos.

5.3.1.1. Critérios que determinam o bem-estar e saúde mental

Sobre essa subcategoria, o registro de maior incidência foi os problemas profissionais com 7 menções (e.g., P3: “(...) sobre coisa pessoais, tipo há eu tenho que sair mais cedo por causa disso, sabe, tem um pouco dessa pequena liberdade para poder ter um pouco dessa saúde mental para poder dar um pouco melhor de si no trabalho”. P9: “Eu acho (...) a maioria das pessoas que estão se afastando do serviço é muito mais por questão de relacionamento e de prejuízos, ocasionados pela gestão que é posta do que pela violência, eu diria que está acontecendo mais assim, eu diria que as pessoas estão se afastando mais assim”). A segunda maior ocorrência se deu sobre a “Rotina organizada” com 5 menções (e.g., P1: “(...) eu acho que ainda é boa, mas eu sinto que a cada dia que a gente vai vivenciando determinadas coisas aqui, recebendo determinadas histórias, situações que a gente acaba acompanhando por conta das histórias das famílias e muitas vezes também tem o próprio processo na prefeitura, o trabalho em si”. P3: “(...) poder me manter de uma forma que eu consiga no outro dia ouvir de novo e no outro dia ouvir outra coisa, eu assim, também atendo em consultório particular, então poder ouvir histórias, e são sempre histórias difíceis, lá, aqui”). Já no que se refere a “sobrecarga” esse apareceu no discurso 4 participantes (e.g., P5: “a sobregarga mental que nós temos implica diretamente no nosso trabalho, escutando os colegas que cada um tem criado estratégias, tratamento psicológico, psiquiátrico”. P8: “Eu saio muito cansada, mas chego em casa já estou bem, no outro dia eu quero vir trabalhar né, mas dá muito cansaço”).

Em relação à menção sobre a “Insegurança e ansiedade” essa ocorreu 3 vezes, (e.g., P1: “Outra questão é a insegurança que causa na gente, apesar de sermos funcionários efetivos, porque a gente não sabe o dia de amanhã, de vez enquanto rola umas mudanças e a gente é pego assim, de surpresa, então isso também causa”. P5: “(...) Fica muita ansiedade de a gente ir para casa e não desligar, e se amanhã vai ter outra notícia, o que, que vai acontecer, o que vai acontecer amanhã? Começa a gerar uma ansiedade, hoje é assim, amanhã não é, ai as coisas mudam muito rápido”).

Sobre o “Acolhimento” esse também foi mencionado por 3 participantes (e.g., P7: “Tem essa questão da característica, não significa que nós todos pensamos da mesma forma, até em equipes, a gente tem posicionamentos diferentes, mas a gente conversa, mas a gente pergunta sempre o que tu achas, há quem não concorda, às vezes

são posicionamentos diferentes, mas é isso, né! Respeito”. P8: “Tem momentos com casos difíceis assim, que aí eu acho que os recursos que a gente tem em alguns momentos podem não dar conta assim, que é um pouco também a discussão que a gente está fazendo, que até lendo ali as opções né, o que você procura, né”).

Com duas menções, dois registros semânticos apareceram: “Ambiente harmonioso” (e.g., P3: “ (...) a gente discute as nossas emoções em relação aquilo ali né, e as estratégias, que as v as vezes gente nem percebe que faz né, e é um momento de reflexão, um momento de percepção, não é só da, embora a teoria que embasa essa roda é a Psicanálise, há, mas as assistentes sociais participam também, então, assim, é uma estratégia para poder lidar com a escuta da violência.”. P7: “(...) E a gente observou que depois que a gente começou a conversar sobre fazer essas reuniões, termina muito aquelas conversar de corredor, há ta acontecendo alguma questão, não a gente vai lá e leva de assunto de pauta pra gente ta conversando todo mundo junto, então eu acredito que isto também faz com que a gente compartilhe ali as dificuldades”) e “Angústia” (E1,E3) (e.g., P1: “Eu acho que ele tem um desdobramento na vida né, (...) isso vai angustiando, e aí acho que ultrapassa o ambiente, vai para além, a gente leva sim para casa, a gente leva para as relações familiares, para os amigos, para todas as relações que a gente pode estabelecer”. P3: “ (...) quero que isso não me afete”). Daqueles que mencionaram apenas uma vez um critério, temos: “Motivação” (e.g., P2: “A gente está pensando com esse novo programa que a gente criou na vigilância socioassistencial. E aí eu procuro fazer com eles, pensar com eles essa questão né, a gente vai pensando algumas situações com esses técnicos, quantos esses técnicos têm? Qual o tipo de violação? Pra também administrar o que chega pra também não sobrecarregar eles também”); se sentir “Desmotivada” (e.g., P2: “(...) cansada, desmotiva, incrédula... desmotivada, né”), e a busca por “Tratamentos terapêuticos” (E2) (e.g., P2: “Está todo mundo na terapia”).

Com base nos fragmentos selecionados, percebe-se que, para o grupo focus, os problemas que envolvem o ambiente profissional, com maior incidência, são os que contribuem mais para os problemas psicológicos que possam a vir a ser desenvolvidos pelos profissionais. Apesar de muitos acreditarem que o acolhimento, a satisfação do trabalho e, até mesmo, as famílias são o que os motivam, a estrutura precária da instituição no seu cotidiano pesa muito para a saúde a médio e longo prazo.

Com base nos fragmentos selecionados, percebe-se que, para o grupo focus, os problemas que envolvem o ambiente profissional, com maior incidência, são os que contribuem mais para os problemas psicológicos que possam a vir a ser desenvolvidos pelos profissionais. Apesar de muitos acreditarem que o acolhimento, a satisfação do trabalho e, até mesmo, as famílias são o que os motivam, a estrutura precária da instituição no seu cotidiano pesa muito para a saúde a médio e longo prazo.

5.3.1.2. A percepção dos profissionais quanto ao bem-estar e a saúde mental nos profissionais

Sobre a percepção dos profissionais quanto ao bem-estar do grupo, esse foi demonstrado em doze registros semânticos. No que diz respeito aos registros em que obtivemos 3 menções, temos: (a) o “Acolhimento da equipe” (e.g., P1: “*A hora do almoço, (...) a gente conseguiu um grupo bem coeso de ter visão de mundo parecida, e a gente se sente confortável nas lamentações*”. P8: “*(...) Acho que o principal é a equipe, né! A equipe é muito companheira*”); (b) O “Atendimento às famílias” (e.g., P2: “*A gente vê que está fazendo alguma diferença. (...) é que as famílias não querem estar aqui dentro, algumas realmente eu acho que não querem, algumas sim, algumas acho que realmente não*”. P4: “*É a diferença que eu faço nas famílias que eu atendo, (...) é isso que me fez não ir para outro serviço, porque eu poderia ir para o CRAS, poderia ir para um outro serviço*”); (c) a “Satisfação do trabalho” (e.g., P3: “*(...) que motiva é o tipo de trabalho, eu gosto desse tipo de trabalho, gosto desse tipo de demanda, numa época até fiz concurso para o MP e tal, mas não era aquela coisa assim*”. P6: “*De fazer a diferença. Respeito também, acho que a equipe tem um senso de respeito muito grande um pelo outro, né!*”) e (d) a “Pressão da instituição” (e.g., P3: “*(...) Certo enrijecimento, umas postura assim, que até sejam autoritárias em algum momento, elas são apresentadas através dessa estruturação maior né, e quanto mais tu estrutura menos tu consegue criar menos e potente, menos vivo o teu trabalho, né, ele acontece, ele se produz*”. P5: “*É como a colega falou a gente já cansou, a sensação que a gente tem é que é que a gente não tem voz para nada assim, não adianta a gente reclamar, não adianta*”).

No que diz respeito aos registros que receberam duas menções, temos: Direitos violados (e.g., P6: “*E às vezes também vem com a demanda de negligência, você pega*

a família ela têm vários tipos de violação de direitos, do estado, violência contra a mulher, enfim, um emaranhado de coisas, que vem pra tua mão, e agora por onde que eu começo, tem tanta coisa aqui que às vezes vem por uma negligência”. P9: “Essa expectativa de poder resolver, ajudar a família resolver o problema que a família já passou por tantas políticas, por tantos serviços e não foi atendido”); “Limitação de estrutura” (e.g., P1: “(...)a gente tem que fazer, a gente fica nessa culpa, e aí se frustra, então esse seria o processo de total importância assim, de trabalhar questões bem específicas”. P8: “(...) o sofrimento nosso está sendo que na mudança de espaço físico a gente vai deixar de ter cozinha (...) vai ter essa coisa de uma sala só também, e vai mudar muito, métodos de conversa”); “Falta de formação”, (e.g., P2: “Eu conheço o que a profissão me oferece, à vezes é difícil ter vários profissionais eu juraram, numa formatura certas coisas e que fazem totalmente ao avesso do que se prometeu entanto profissional, a gente encontra isso aqui, enquanto representante de gestão que tem nossa formação”. P4: “(...) eu achava que articulando o Fórum de Trabalhadores podia ser o caminho, acho que teve momentos, foi, foi o caminho”). Já a “Falta de profissionais” (e.g., P3: “A falta de equipe, porque se a gente tivesse a equipe ampliada a gente poderia estar mais no espaço do jovem e não o jovem no nosso espaço e talvez isso fizesse que a gente tivesse uma outra relação com eles”. P9: “ (...) tem como dividir, ter um advogado lá, as vezes a gente gasta horas num computador conversando entre a gente, pesquisando para tentar entender que Vara, tentar entender algumas funções”); e a “Pressão da Instituição”, (e.g., P5: “ Eu acho que não é só cansaço, acho que é uma falta de crédito nas reuniões também (...) reunião pra que, porque eles vão falar uma coisa e daqui a cinco minutos vai ser diferente”. P7: “A burocracia da gestão incomoda muito, aqui dentro eu si, é cobrança que vem de RH desnecessária, falta de autonomia da gerência do CREAS, né, qualquer coisinha tem que ficar sabe, então essa falta de autonomia”).

Os que foram descritos apenas por um participante, temos: “Rotina intensa”, (e.g., P1: “A gente não tem rotina, quando a gente não atende, a gente faz relatórios”) (E1); “Desvalorização do profissional” (e.g., P2: “(...) mas eu acho que a gente se sente muito desvalorizada, na contra mão, tá na contra mão não é fácil né, e aí eu brinco que a gente fica meio que como as nossas famílias, passando por violência”); e a “Insatisfação do profissional” (e.g., P4: “ (...) o CREAS continua num trabalho muito individualizado né, sem subterfúgio coletivo para o alívio desses atendimentos, o

cuidado com técnico, tanto o cuidado pessoal, como o cuidado com os atendimentos, cuidado do técnico”).

Essa subcategoria reafirma o que foi evidenciado anteriormente, as razões postas pelos profissionais envolvem a sua desvalorização e o ritmo intenso de trabalho sem uma estrutura que possa atendê-los, demonstrando ainda mais o sucateamento dos serviços públicos de saúde.

5.3.1.3. Prevenção para a saúde mental, todos com seus respectivos registros semânticos

No que se refere à prevenção da saúde mental dos funcionários, foram elencados 3 registros semânticos: 1. Terapia; 2. Humanização do espaço e 3. Flexibilização dos horários.

A maior ocorrência sobre essa subcategoria foi a “Humanização do espaço” que teve uma frequência de 4 participantes (e.g., P2: “(...) *Humanização do espaço, (...) que nos tratam de forma mais humana*”. P8: “ (...) *uma equipe de saúde do trabalhador, com acompanhamento, tudo isso se reverteria*”); Seguido da “Terapia” com ocorrência n=2, (e.g., P1: “*A prefeitura deveria pagar terapia. Melhorar a saúde do trabalhador*” e P7: “ *Apoio às políticas de Assistência Social, programas de naturologia e arte terapia*”); e, por último, a “Flexibilização dos horários ” com apenas uma menção, (e.g., P3: “(...) *De flexibilizar horário, de fazer acordo talvez dessas 40 horas, não são coisas que eles precisariam dispensar mais recursos que poderiam flexibilizar*”).

Mesmo diante de tantos problemas na rotina dos profissionais do CREAS, estes buscam alternativas para conseguirem seguir na profissão. A busca de um ambiente humanizado foi o que mais eles mencionaram, e, com isso, acreditam que a inserção de terapias e flexibilizações nos horários de trabalho, conforme a demanda, podem contribuir para a prevenção de psicopatologia e promoção da saúde.

5.3.2. Atividade profissional

Tabela 62 *Categorias sobre Atividade Profissional*

| Subcategorias | Registro Semântico | Relatos |
|----------------------|-----------------------------|----------------------|
| Ambiente de | Harmonioso (E1, E6, E7, E8) | Todas as unidades de |

| | | |
|---------------------------------------|--|---|
| trabalho (2,6,7,12,13) | Insegurança (E2, E4) | registro (u.r.) descrevem o ambiente de trabalho. |
| | Angustiante (E3) | |
| | Demotivação (E5,E9) | |
| | Doente (E1) | |
| | Sentimento de medo (E2) | |
| | Desgaste (E5) | |
| | Frustração (E9,E8) | |
| | Há valorização do trabalho (E1,E2,E4,E5,E7,E9) | |
| | Não há valorização do trabalho (E8) | |
| | Valorização e cuidado com o profissional (E1,E4,E8,E9) | |
| | Planeamento das atividades desenvolvidas (E2,E7) | |
| | Educação Permanente (E3,E5) | |
| | Ansiedade (E1) | |
| | Angústia e Frustração (E2,E9) | |
| | Motivação (E4,E5,E8) | |
| | Esgotamento (E3,E6,E7) | |
| Relação Profissional (1,4,5,9) | Esgotamento e ansiedade (E1) | Todas as unidades de registro (u.r.) descrevem a forma que os funcionários se relacionam. |
| | Dificuldade estrutural (E2) | |
| | Desafio (E3, E4) | |
| | Despreparo (E5) | |
| | Acolhimento (E6,E8) | |
| | Proatividade/Responsabilidade (E7,E9) | |
| | Sentimento de impotência (E1) | |
| | Desvalorização do profissional (E2,E4,E7,E8) | |
| | Pressão da instituição (E3,E5,E6,E9) | |
| | Rotina intensa (E1) | |
| | Insatisfação do profissional (E4) | |
| Violação dos direitos (E6, E9) | | |
| Satisfação do trabalho realizado (E7) | | |
| Apoio da equipe (E1,E3,E7,E8) | | |

| | | |
|-------------------------|--------------------------------------|---|
| | Apoio da dupla (E6,E9) | |
| Valorização pessoal (8) | Sentimento de solidão (E1) | Todas as unidades de registo (u.r.) descrevem a forma que os funcionários se sentem na empresa. |
| | Desmotivada (E2,E6) | |
| | Frustração (E3,E5,E9) | |
| | Angústica (E4) | |
| | Competitividade e cooperação (E7,E8) | |

5.3.2.1. Ambiente de trabalho

No que se refere ao ambiente de trabalho, foram elencados 17 registros semânticos, que foram separados em duas partes, a forma positiva e a forma negativa. De forma positiva, temos: 1. Harmonioso; 2. Há valorização do trabalho; 3. Valorização do cuidado com o profissional; 4. Planeamento das atividades desenvolvidas; 5. Educação permanente; 6. Motivação. Já de forma negativa, foram descritos: 7. Desmotivação; 8. Insegurança; 9. Angustiante; 10. Doente; 11. Sentimento de medo; 12. Desgaste; 13. Frustração; 14. Não valorização do trabalho; 15. Ansiedade; 16. Angústia e frustração; 17. Esgotamento.

Daqueles que relacionaram o ambiente de trabalho de forma positiva, o primeiro registro “Hamonioso” teve como ocorrência 4 participantes (e.g., P6: “(...) aqui me sinto super bem, não tenho nenhum problema, de vim pra cá e ficar doente, né!”. P8: “(...) acho que a gente tem momentos mais leves e momentos assim que está todo mundo mais pesado assim, (...) agora eu acho que está tudo ok”). No que diz respeito a existência de “valorização do trabalho”, houve 7 pessoas que a referem: (e.g., P1: “(...) de perceber que estamos nós somos alguém”. P5: “Eu me sinto importante quando acontece alguma coisa em atendimento, que vem um processo de mudança, mas muitas vezes é um movimento próprio do usuário, não necessariamente algo que a gente conseguiu fazer por aqui, assim, mas que fez parte do processo com essa família).

Sobre a “Valorização do cuidado com o profissional”, esta foi referida por 4 participantes: e.g., P1: “(...)Assim de cuidado mesmo, com pequenos detalhes, (...) de compreender que a gente trabalha com situações bastante duras, bastante sofridas, que nos marcam e de certa forma a gente também precisa de um tempo, a gente precisa aliviar a cabeça, a gente também precisa né!”. P8: “A questão da valorização do

servidor, né! Com essas questões tanto de plano de cargos, carreiras, enfim”). Sobre o “Planeamento das atividades desenvolvidas”, essa categoria foi apresentada por 2 participantes (e.g., P2: “(...)Um plano de acompanhamento para que o usuário se comprometa, tenha claro, início, meio e fim, os objetivos e se não cumprir é isso aí”. P7: “(...) Se fosse preconizado o que está na política, que a gente tivesse carro todos os dias né!). No que se refere a “Educação permanente”, as respostas que se enquadram nessa categoria foram dadas por dois participantes (e.g., P3: “(...) Até pensa em educação permanente, alguns cursos, alguns eventos, mas para além...”. P5: “Universidades vieram, foram dois semestres (...) foi bem positiva”).

No que se refere à “Motivação”, essa apareceu nas respostas de 3 participantes: e.g., P5: “(...)o grupo de estudo traz uma motivação de participar com as meninas, trazer um gás, uma vontade de ver diferente, mas acho que, mas por conta própria.”. P8: “quando muitas vezes o nosso trabalho é a única coisa efetiva, segurando talvez aquela família”).

Já no campo negativo sobre o ambiente de trabalho, a “Desmotivação”, ocorreu 2 vezes (e.g., P5: “(...)não tenho visto movimento nenhum assim, da própria gestão não tentar motivar a gente de alguma forma aqui dentro. A colega falou da comunicação, não existe comunicação hoje aqui dentro”. P9: “(...) A gente vai criando algumas estratégias, mas eventualmente ainda existem casos que a gente vai para casa pensando”). No que se refere à “Insegurança”, foi demonstrado por 1 participante (e.g., P2: “(...) por causa do nosso medo, da nossa insegurança, porque a gente até tenta, mas eu acho que a gente acaba se fechando, então assim eu percebo que quando vem alguém de fora à gente consegue se sentir ouvido pelo menos e pode até, é sentimento, pode ser que esteja acontecendo algo”). Já para aquele que demonstrou “angústia”, temos: e.g., P3: “(...) Ai para trabalhar isso, ele (...) eu fico me perguntando será que foi alguma coisa que eu fiz, será que foi alguma coisa ou será que é dele, que ele não queria estar aqui, então a gente fica trabalhando (...) será que foi suficiente, será que poderia ter estudado mais com as minhas colegas, então gera um misto de sentimentos”).

Ainda no que se refere à forma como os participantes descrevem o ambiente de trabalho, essa ainda foi apresentada como “doente” por um participante (e.g. P1: “(...)e a gente pode já estar adoecido, porque a gente tem que lidar com as demandas da saúde da família, né”). Já o “sentimento de medo”, esse também foi elencado por um

participante (e.g., P2: *“Medo, desesperança, não é só medo”*). No que se refere ao “desgaste”, apenas uma participante relatou essa situação (e.g., P5: *“(…)em função do desgaste mesmo, cansaço de tá aqui, sabe estão procurando alternativa”*).

A “frustração” surge referida por 2 participantes (e.g., P8: *“(…) Você tem que dar conta deste atendimento, você tem que encerrar o atendimento, então esse tipo de coisa é que gera tensionamento, é que gera um incomodo, né”*. P9: *“Naturalmente isso vai gerar frustração”*). No tocante à “Não valorização do trabalho”, essa foi descrita por um participante (e.g., P8: *“(…)Um sentimento de inútil, entre aspas, porque a gente sabe que sempre de alguma forma interfere na rotina daquela família”*). Sobre o sentimento de “ansiedade”, esse foi demonstrado por 1 participante (e.g., P1: *“(…)às vezes fica com a ansiedade que esse alívio seja naquela hora, e aí, nessa multiplicidade de coisas, muitas vezes não nos é dado assim, só tem nós ali, aquela família só tem a gente, não tem mais nada que a gente possa oferecer”*). Quanto à “Angústia” foi evidenciado por um participante (e.g. P1: *“(…) eu tenho uma filhinha pequena, então as vezes eu não tenho muito tempo de ficar pensando em outras coisas, eu gosto de falar, eu acho que eu gosto de estudar, eu gosto de falar sobre o trabalho, é uma forma de, quando você começa falar as pessoas se interessam muito, porque o nosso trabalho ele é sim, a gente lida com uma coisa muito difícil “), e por último, surge o “Esgotamento”, que foi elencado por 2 participantes (e.g., P6: *“(…) é trinta famílias que geram aí 130 a 150 indivíduos, né, e como que duas pessoas vão conseguir fazer esse acompanhamento, as vezes fica muito focado no indivíduo”*. (e.g., P7: *“Tem casos que sugam a nossa energia, né”*).*

Com base nos relatos, percebe-se existir uma carga muito maior de desconforto com o ambiente de trabalho, evidenciando-se a frustração de alguns profissionais que atuam no CREAS, sem que, no entanto, deixe de estar latente o amor a profissão quando mencionam uma formação continuada, uma harmonia no grupo, entre outros relatos positivos.

5.3.2.2. Relação Profissional

No que se refere à subcategoria “Relação Profissional”, esta teve duas divisões, a que se refere a uma relação positiva e uma outra que reflecte o ponto de vista dos participantes negativo.

A avaliação positiva foi organizada em cinco domínios: 1. Acolhimento, 2. Proatividade/Responsabilidade/ 3. Satisfação do trabalho realizado, 4. Apoio a equipe e 5. Apoio da dupla.

No que se refere ao “Acolhimento”, esse termo surgiu referido por 2 participantes: e.g., P6: “(...) eu me sinto muito acolhida pela equipe na vida pessoal (...) tu sente muito acolhida, respeitada, ouvida como pessoa, daí eu acho que o profissional por consequência fica mais leve mais fácil”, E8: “(...) o grupo em geral, eu sinto uma leveza enquanto colega de trabalho porque o pessoal é muito acolhedor, faz brincadeiras, ri um pouco (...)”). Já no que se refere à “Proatividade/Responsabilidade”, esse tema foi sinalizado por 2 participantes (e.g., P7: “(...)”, E9: “(...) Chegou o serviço que meio que vai resolver aquele problema, então a gente recebe um pouco essa carga de responsabilidade (...)”). A “Satisfação do trabalho realizado” foi evidenciada apenas por um participante (e.g., P7: “(...)De dever cumprido, do que é melhor que cada um pode dar, cada um dá.”).

Sobre o apoio recebido pelos participantes, esses elencaram o “Apoio da equipe” com 2 recorrências; (e.g., P3: “(...)essa liberdade de conversar, falar tem um ambiente de trabalho muito favorável assim, chega ali a gente consegue falar das coisas pessoais, profissionais, e isso favorece muito a gente, eu amo, porque a gente saiu daqui, porque se fosse outro ambiente”, P8: “mas eu vejo que a gente faz isso num movimento de nos dar conforto coletivo, porque quando você está trabalhando mexe nas nossas questões pessoais também, então no nosso trabalho a gente faz umas amarrações”) e o “Apoio da dupla” com 2 recorrências; (e.g., P6: “(...) bem estar é a dupla, se tem uma parceira do lado ou um parceiro do lado, que fala a mesma língua que tem a mesma forma de pensar o mundo”, P9: “eu penso que a relação com os nossos pares é essencial para mim, né”).

Embora a ocorrência de elementos positivos tenha sido muito menor do que a dos negativos, percebe-se nos discursos que o apoio se encontra atrelado em todos os elementos elencados, seja no acolhimento, seja na equipe e na própria dupla, e a proatividade surge diante desse ambiente de acolhimento que foi descrito pelas participantes.

Já no campo que envolve a “Relação profissional” de forma negativa, foram elencados cerca de dez registros semânticos. O “Esgotamento e ansiedade (E1) (e.g., P1: “(...)quando sai do atendimento ou esgotado ou indignado ou com vários

sentimentos, (...) a gente esgota a ansiedade que a gente tem ou alguma angustia”). No que se refere a “Dificuldade estrutural”, essa foi listada por apenas um participante (e.g., P2: “(...)Dificuldades, acho bem difícil, acho que a situação é muito difícil, é muito grave, de estrutura, apoio da gestão para lhe dar com as questões”). O “Desafio” foi mencionado por 2 participantes: e.g., P3: “(...)Acredito que seja um desafio assim, porque trabalhar com os adolescentes, os jovens tem questões que ficam aquele meio termo né!”; P4: “(...) já passei por muitas fases de amor e ódio, de querer sair desesperadamente ou querer ficar, passei por muitas fases diferentes”.

O registro semântico “Despreparo” mencionado por um participante, vem trazer alguns questionamentos, tais como e.g., P5: “(...)há um despreparo, enquanto políticas socioassistenciais, tá. (...) Há um despreparo de algumas pessoas que estão ou na gestão, de certa forma direta ou indiretamente”). O “Sentimento de impotência” foi mencionado por 1 participante: e.g., P1: “(...) dá angústia de não consegui ajuda-los efetivamente de fazer a coisa funcionar, fazer o que tu enxergas que ajudaria, mas fica engessado por várias pessoas”). No que diz respeito à “Desvalorização do profissional”, tema sensível aos participantes, 4 participantes reforçaram esse registro: e.g., P4: “(...) a gestão não quer mais saber qual a opinião do trabalhador, não existe mais participação na construção política, e talvez, só talvez por isso, que hoje o fluxo esteja tão mal desenhado, porque acaba que quando você não tem uma escuta coletiva, não tem mais participação”, P7: “(...)Como se fosse uma falta de reconhecimento, sabe, tu se dedica, tu faz o teu melhor”.

A “Pressão da instituição” teve a sua ocorrência em 4 discursos proferidos pelos participantes: e.g., P5: “(...) chegou aqui, chamou a gente na sala e disse, acabou porque não tem demanda, mentira, tem demanda, aí tá, vou fazer o que, vou brigar, não, não tem mais” e P6: “gargalo das políticas públicas que falharam das próprias dificuldades das famílias que falharam e das nossas dificuldades da política de assistência social, e a “Rotina intensa” surge referida apenas por um participante (e.g., P1: “(...) A gente não tem rotina. Quando a gente não atende a gente faz relatório”).

No que tange à “Insatisfação do profissional”, essa surgiu em apenas um discurso: e.g., P4: “(...) O CREAS continua num trabalho muito individualizado né, sem subterfúgio coletivo para o alívio desses atendimentos, o cuidado com técnico, tanto o cuidado pessoal, como o cuidado com os atendimentos, cuidado do técnico”). A “Violação de direitos”, por sua vez, apareceu em 2 discursos dos participantes: e.g., P6:

“(...) E às vezes também vem com a demanda de negligência, você pega a família ela tem vários tipos de violação de direitos, do estado, violência contra a mulher, enfim, um emaranhado de coisas” e P9: “de poder ajudar resolver, ajudar a família que já passou por tantos problemas, por tantas políticas públicas, por tantos serviços e não foi atendido”.

A relação profissional para os participantes ficou muito atrelada aos sentimentos negativos, devido ao acúmulo de atividades e demandas do cotidiano. Contudo, é importante ressaltar que os elementos mencionados de forma positiva ainda reforçam o amor que têm pela profissão escolhida, sendo que a proatividade e responsabilidade pelo trabalho são a prova maior de um profissional que busca dentro de suas limitações dar o que tem de melhor para a sociedade.

5.3.2.3. Valorização pessoal

No campo da valorização pessoal dos funcionários, foram elencados cinco valores semânticos: 1. Sentimento de solidão; 2. Desmotivação; 3. Frustração; 4. Angústia e 5. Competitividade.

No que se refere ao “Sentimento de solidão”, esse foi mencionado por apenas um participante (e.g., P1: *“(...)acho que a gente poderia pensar de uma forma diferente que poderia ajudar*). Já a “Desmotivação” apareceu referida por 2 participantes: e.g., P2: *“Bem desmotivador, a gente, (...) tu entra nessa super empolgado, entre outras coisa, com gás e aos poucos quando tu visse assim, tu vai se desmotivando”*, P6: *“A sensação que eu tenho é (...) agora o que a gente faz, querer fazer e não conseguir, isso vai desgastando, vai cansando, não tem como não, a gente tem que ter estratégias fora daqui também”.*

Sobre a “Frustração”, esse sentimento apareceu no discurso de 3 participantes: e.g., P3: *“(...) pra mim é muito forte a coisa da frustração, de porque está aqui 40 horas no serviço, que muitas vezes não tem uma demanda que aparece, tu tem que ta investindo muito e tu vê pouquíssimo retorno, assim né”* e P5: *“eu acho uma vergonha (...) eu e minha equipe técnica atendendo trinta famílias, não vou ser tão egoísta eu, nós equipes técnicas na medida socio educativa”.*

Mesmos diante dos relatos que envolvem a satisfação pelo trabalho, os profissionais ainda não se sentem valorizados pelas instituições públicas de atendimento

social. Eles elencaram alguns sentimentos que reforçam essa ideia e confirmam, ainda mais, os problemas que o governo enfrenta com a saúde pública no Brasil.

5.3.3. Atendimento a comunidade

Tabela 63 *Categorias sobre Atendimento comunidade*

| Subcategorias | Registro Semântico | Relatos |
|----------------------------------|----------------------------------|---|
| Trabalho com as famílias (14) | Estudo de Caso (E1,E3,E6,E8) | Todas as unidades de registro (u.r.) revelam o trabalho com as famílias atendidas no CREAS. |
| | Lutar por parceriais (E2) | |
| | Interação com a dupla (E4,E5) | |
| | Apoio da equipe (E7,E9) | |
| Direitos do cidadão (15) | Angustiante (E1,E2,E6,E7,E8) | Todas as unidades de registro (u.r.) descrevem os direitos dos cidadãos. |
| | Desafio (E3,E9) | |
| | Solitário (E5) | |

No que se refere ao atendimento à comunidade, foram criadas duas subcategorias “Trabalho com as famílias” e “Direitos do cidadão” e essas, por sua vez, foram divididas em registros semânticos como seguem abaixo:

5.3.3.1. Trabalho com as famílias

Sobre “Trabalho com as Famílias” o “Estudo de Caso” foram referidos por 4 participantes: e.g. P3: “(...) coisas assim, tem essa relação entre a equipe ali no dia a dia, nas reuniões, nos estudos de caso, se tem alguma coisa incomodando muito, né, alguma situação que tá mais complicada a gente discute em estudo de caso”, P6: “ (...) essa iniciativa do coletivo CREAS pra pensar textos, trazer ideias e ver casos, já foi tentado ano passado, um formato diferente, faz duas semanas que a gente iniciou num novo formato (...)”. A parceria foi sinalizada por um participante, como “Lutar por parceriais” (e.g., P2: “(...)a gente tem que lutar dentro da política, só que ninguém tá vendo a política, aí fica difícil, porque assim, a gente também vê a articulação do judiciário, né, com a gestão, então a gente tentou ter o apoio deles, né”).

Sobre o requisito “Interação com a dupla”, essa foi evidenciada por 2 participantes: e.g., P4: “(...)caso eu acabo muito interagindo com a dupla, independente se é questão de trabalho ou de gestão, ou algo de terceiros que querendo ou não interferem no nosso dia de alguma forma né, então tenta se conversar para que pelo menos o sentimento ruim daquele dia saia” e P5: “(...) a minha rota de fuga é a dupla, compartilha, a gente senta e compartilha. E meu suporte em todo o caso é a dupla, eu dou suporte”). Já no que se refere ao “Apoio da equipe”, esse apareceu 1 vez pelo participante P7: “(...)as vezes a troca, né! A cooperação da equipe (...)”.

No que tange às famílias, os participantes se sentem unidos sejam na discussão dos casos, sejam na interação entre os pares (grupo ou dupla), o que demonstra uma busca pelo melhor atendimento possível dentro das possibilidades que eles possuem.

5.3.3.2. Direitos do Cidadão

No que se refere aos direitos dos cidadãos, esses foram descritos em três registros semânticos: 1. Angustiante, 2. Desafio e 3. Solitário.

No que tange o registro “Angustiante”, esse foi sustentado por 5 participantes: e.g., P6: “(...)é extremamente angustiante, especialmente quando eu pego a lista, e assim, têm família que te demanda a semana toda, a família te demanda a semana toda” e P8: (...) um pouco de angústia de não saber, não é de não saber o que fazer, mas será que é só esse caminho, será que não está faltando nenhum outro, talvez uma pessoa de fora consiga dar uma luz, acho que é o que pode amenizar muitas vezes o caso”.

Sobre ser considerado um “Desafio” esses direitos, foram sustentados pelo discurso de 2 pessoas (e.g., P3: “(...) um trabalho que eu gosto muit o trabalho no serviço das medidas, no ato aumentou um pouco, são muitas demandas dos adolescentes e de diversas situações em que a gente”, P9: “(...) a gente tem que desenvolver internamente ferramentas pra poder dar a cada família a gente consiga ser um pouco criativo, poder recomeçar e acionar as nossas práticas”). E o último registro envolve o “Solitário” (e.g., P5: “(...)estamos lidando com isso de forma solitária e na solidão, é esse momento que eu vivo na instituição que eu trabalho, “solitária e na solidão”).

Nessa subcategoria, percebe-se que os participantes, quando relatam sobre os direitos dos usuários, se mostram apreensivos quanto aos desafios que enfrentam no dia a dia. Há a presença do sentimento de angústia por tentar fazer o seu melhor e em muitos casos não ser possível avançar com a demanda da família. Esse é mais um retrato da situação precária das estruturas do CREAS.

Capítulo VI – Discussão

Ao iniciarmos essa discussão é importante lembrarmos o contexto que as equipes de referência dos CREAS da grande Florianópolis estão inseridas. Os seis CREAS participantes desta pesquisa são municipais, desenvolvem serviços como PAEFI, Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC), Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência. As equipes de referência destes CREAS atendem entre 15 a 40 famílias ou indivíduos referenciados. A maioria dos profissionais trabalha em jornada de 30 horas semanais, sendo que apenas a minoria trabalha com carga horária de 40 horas semanais. Ressalta-se que nos CREAS participantes da pesquisa, constatou-se a falta de equipes de referência conforme preconizado na NOB/SUAS/RH, sendo que grande parte das equipes de referência destes equipamentos são constituídas por Psicólogo e Assistente Social, em alguns CREAS é possível encontrar a figura do Coordenador e em apenas dois CREAS está presente à figura do Advogado.

No geral, as equipes de referência atendem todos os tipos de violação de direito, porém, nessa amostra, as equipes são divididas de acordo com o serviço ofertado em cada CREAS, sendo assim, algumas equipes de referência trabalham com públicos específicos, como são o caso do Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC), que trabalham com adolescentes que cometeram atos infracionais e seus familiares; é o caso também do Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; que atende idosos e pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade e violência e seus familiares, porém, é no Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias Indivíduos (PAEFI) que as equipes de referência atendem a maior diversidade de violação de direitos, que envolvem principalmente, crianças, adolescentes e adultos em situação de alta vulnerabilidade social.

Após esta breve contextualização, iremos realizar uma discussão envolvendo os resultados quantitativos e qualitativos desta amostra, correlacionando com a literatura.

No que se refere ao bem-estar mental, os resultados indicam um bom nível de bem-estar mental, no entanto, é significativo o percentual de profissionais que estão com o bem-estar mental abaixo da média, apontando para alterações no bem-estar mental.

No que se refere aos resultados da escala MHC-SF, os resultados indicam níveis relevantes de saúde mental positiva e bem-estar. Estes resultados vêm corroborar os de Monte, Fonte e Alves (2015) que, em uma amostra de 157 indivíduos pesquisados, identificaram que 58,6% dos indivíduos se encontravam em flourishing, evidenciando uma boa saúde mental positiva, seguindo-se de 38,2% dos indivíduos com saúde mental moderada e 3,2% dos indivíduos em languishing.

Fonte, Ferreira e Alves (2017), também apresentam resultados semelhantes em pesquisa realizada com adultos jovens, no que se refere à escala de bem-estar (WEMWBS), concluindo, assim, que a maioria dos participantes apresentou níveis consistentes de bem-estar em geral. Foram identificados também, resultados equivalentes, na escala de saúde mental e bem-estar (MHC-SF) indicando níveis consistentes de bem-estar.

Porém, se faz necessário apontar que um grande número de profissionais da amostra desta pesquisa, se encontra abaixo da média para as escalas MHC-SF e WEMWBS, fato este que pode ser encontrado nas narrativas das entrevistas com coordenadores/diretores e no *focus group*:

Esse tema relacionado ao trabalho, à saúde mental, eu percebo que muitos dos nossos servidores eles estão cada vez mais sendo adoecidos, eles, desde o desmonte da política pública que vem acontecendo até uma somativa de coisas anteriores, é, eles se sentem o tempo todo pressionados, é isso que é a minha percepção enquanto coordenadora referente aos servidores (E4);

É que o município aqui já tem um histórico dessas perseguições políticas, então acho que isso causa uma insegurança em quem está aqui, a gente já vivenciou colegas nossos sendo mandados para outros lugares por apenas exporem a sua opinião, por defender aquilo que acreditam então isso causa um insegurança e interfere na saúde mental (P1).

Verificou-se que a maioria dos profissionais da presente pesquisa, apresenta resultados acima da média no que se refere ao bem-estar emocional e bem-estar psicológico, com indicativo para saúde mental florescente. No entanto, a maioria dos profissionais encontra-se com avaliação abaixo da média para o bem-estar social e também, quase 50% dos profissionais apresentam resultados abaixo da média nas esferas de bem-estar emocional e bem-estar psicológico, que configuram alteração na

saúde mental destes profissionais. Monte, Fonte e Alves (2015) corroboram com estes resultados, relativamente ao estado de saúde mental positiva, os pesquisadores verificaram que a maioria dos indivíduos se encontrava em flourishing, evidenciando, assim, saúde mental positiva, seguindo-se os indivíduos com saúde mental moderada e os indivíduos em languishing.

Fonte, Ferreira e Alves (2017), no que se refere às subescalas de bem-estar emocional, social e psicológico, verificaram que as pontuações máximas obtidas pela amostra correspondem às pontuações máximas possíveis para as escalas; e que as pontuações mínimas da amostra superam as mínimas possíveis para a escala de bem-estar emocional e psicológico. Apenas na escala de bem-estar social encontramos as pontuações mínimas possíveis da escala na amostra. Os dados desta pesquisa, também corroboram os do estudo de Serra (2019), que obteve valores semelhantes na Escala Continuum de Saúde Mental (MHC-SF), em termos das dimensões de bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social.

No que se refere aos sinais de psicopatologia para ansiedade, depressão e estresse foram contatados através dos resultados da escala DASS-21, que apesar dos valores de avaliação normal/leve serem superiores em todas as subescalas, deve-se atentar para o alto percentual de profissionais com algum sintoma para depressão, estresse e ansiedade.

Este fato também é observado nas narrativas dos *focus group*:

(...) o nosso trabalho já é tão pesado, a gente tem que buscar saúde mental entre os pares, eu acho que ta um ambiente tão tóxico o outro CREAS que as pessoas estão se pegando, sabe que não esta nada saudável assim, que as pessoas começam a se pegar, e eu acabei entrando nesse processo assim, de uma forma né, de não dormir mais, de ter sintomas de depressão assim (P6);

Porque a necessidade é daquela pessoa né, então assim, eu me sinto envergonhada, porque eu sei da necessidade de cada uma das minhas famílias, eu sei de cor e salteado, assim como os meus colegas. Isso gera uma ansiedade, eu já sou uma pessoa ansiosa por natureza, então assim, não é legal isso (P4);

E o que a gente ouve aqui, nas rádios corredores, é que quando acontece algo do trabalhador, que ele vai pegar apoio dela, não é acolhido como deveria ser

por ser do trabalhador, né, então assim...complicado pois poderia não só conseguir diminuir esse disestresse, mas também não consegue acolher quando o trabalhador necessita de algo, então realmente a gente esta sozinho, e nós individualmente, com o colega, ou dependendo da situação, como já aconteceu aqui, de equipes acolher a situação que o outro está passando, ou por questões do próprio atendimento ou não, então a gente meio que busca (P4);

Questões de trabalho também me eestresseam bastante com essas questões, um prédio que está mofando, o banheiro esta quebrado, a gente nunca sabe se vai ter carro ou não vai ter, são várias pequenas questões que na somatória faz ter uma relação de amor e ódio por este lugar, a gente trabalha, trabalha o salário vai diminuindo (P4);

Nós estamos com pessoas se afastando que na outra gestão eu não tinha percebido afastamento né,mas assim, eu estou acostumada a lidar com afastamento “há fiz uma cirurgia”, agora não, é afastamento por estresse, por depressão, existe pessoas chorando muito nas salas e isso eu acho muito grave (P9).

Em consonância com esses resultados, citamos o estudo realizado por Fontes, Ferreira e Alves (2017), que identificaram a psicopatologia estresse como a com maior frequência, acompanhada da depressão. Fato também relatado por Guedes (2014), que, ao realizar um estudo sobre saúde mental em trabalhadores, identificou, através do uso da Escala DASS-21, que 41,9% dos participantes apresentam a ocorrência de distúrbios de saúde emocional. Onde a manifestação mais assídua foi a do estresse, em 76,9% dos participantes.

No mesmo sentido, Santos (2014) realizou um estudo usando a DASS-21 em 104 cuidadores, em que também identificou a prevalência do estresse, com uma média de 6,17 pontos. No mesmo caminho, Silva (2010), apontou números significativos de profissionais com manifestações de psicopatologia, sendo que 27,4% apresentaram depressão, 25,7% apresentaram estresse e 28,4% apresentaram ansiedade em algum nível.

No que se refere ao nível de depressão, ansiedade e estresse, os resultados demonstram que não existem diferenças estatisticamente significativa entre homens e as

mulheres. O mesmo pode ser encontrado no estudo realizado por Bertussi, et al. (2018), em que os resultados indicam o predomínio de sintomas de ansiedade, seguidos de depressão e estresse, no entanto, também não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre participantes dos dois sexos.

Verificou-se não existir diferenças estatisticamente significativas quanto aos níveis de ansiedade, depressão e estresse entre profissionais de diferentes faixas etárias. Fato este também identificado no estudo de Santos (2014), que ao utilizar a DASS-21 em 104 cuidadores e realizar o Teste de kruskal-Wallis, constatou que não existem diferenças estatisticamente significativa ($p < 0,05$), em nenhuma das sub-escalas de depressão, ansiedade e estresse, no que se refere à idade dos participantes.

Com relação à síndrome de *burnouts* resultados apontam que 70,40% dos profissionais que atuam nas equipes de referência dos CREAS da Grande Florianópolis apresentam níveis moderados e altos para *burnout*, enquanto apenas 29,60% dos participantes apresentam baixa incidência par *burnout*.

Esses dados corroboram com a narrativa das entrevistas e do *focus group*, sendo expresso em palavras o resultado do sofrimento no trabalho, afetando de forma significativa na vida dos profissionais:

Eu vejo assim, nós estamos lhe dando com isso de forma solitária e na solidão, é esse momento que eu vivo na instituição que eu trabalho, “solitária e na solidão” (P5);

(...) este ano eu tive que sair e procurar um psiquiatra, porque há muitos anos, alias, eu nunca procurei um psiquiatra, eu nunca fui atendida por um psiquiatra, eu tinha problema de enxaqueca, procurei um neuro fiz um tratamento medicamentoso, anos atrás, mas isso eu tenho tentado me manter, faço Reich, faço acupuntura, faço terapias naturais, eu sou adepta das terapias naturais, mas esse ano, chegou num momento ali no mês de março, meados de março onde eu comecei, eu simplesmente estava em casa dormi, me acordei na madrugada com uma dor de cabeça muito forte, me levantei para pegar né, tomar um remédio e eu apaguei, eu não sei, eu fui acordar dois dias depois no hospital, eu tive que ser internada, eu sofri um apagão, a minha família pensou que podia ter me dado um AVC, uma coisa assim, mas foi uma crise de estresse, eu conversava com as pessoas assim, eu perguntava para todas: quem é você,

para minha família, para minhas filhas e meu marido, passei por uma situação de estresse profundo, daí procurei um psiquiatra e faço tratamento até hoje, hoje eu tomo medicamento toda noite para conseguir dormir e te digo que não estou 100%, eu ainda estou trabalhando porque eu vou muito nessa minhas questão das terapias naturais que tem me apoiado bastante, mas eu fiquei afastada (E3);

Acho que o que mais cansa não é nem as famílias assim, o atendimento com as famílias é o eu ainda gosto. O que mais é mais cansativo é isso, é que você tem que ficar o tempo todo pensando em discutir questões com a gestão e discutir com a rede, e é sempre uma discussão que vai te desgastando né, e tu chega um ponto meu Deus, to cansada não consigo nem falar qualquer coisa, de esgotamento mesmo né, di, aí tu vai levando naquela rotina que tu sabe que não tá legal, não é isso, que deveria ser diferente, mas não tem nem força pra conseguir fazer alguma coisa diferente (P2);

Tudo me preocupa, o rompante ao silêncio, o rompante porque ele é um esgotamento emocional e a abertura para poder falar, que às vezes não têm à abertura a pessoa explode. E o silêncio é porque o cansaço, "to tão cansada", sabe, é isso (E4).

No que se refere as dimensões para *burnout*, evidenciou-se que nos itens da dimensão exaustão emocional, as maiores médias foram para os itens EE1 “Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho”, EE2 “Sinto-me esgotado no final de um dia de trabalho” demonstrando alta exaustão emocional; item EE3 “Sinto-me cansado quando me levanto pela manhã e preciso encarar outro dia de trabalho” e item EE6 “Só desejo fazer meu trabalho e não ser incomodado” que demonstram exaustão moderada; no que se referem à dimensão cinismo, as médias indicam níveis moderados para cinismo, exceto o item CI10 “Duvido da importância do meu trabalho” que tem média baixa; no que se refere à dimensão eficácia no trabalho, as médias demonstram que a grande maioria do público pesquisado encontra-se no nível moderado para eficácia no trabalho, apenas o item ET13 “Posso efetivamente solucionar os problemas que surgem no meu trabalho”, apresentou média alta, que indica baixa eficácia no trabalho para este item.

Os dados das narrativas dos *focus group* corroboram com os achados na MBI-GS, no que se refere à eficácia no trabalho, os relatos trazem vivências positivas, quando falam da importância do trabalho das equipes de referência nos CREAS:

A identificação com o trabalho, com o público que a gente trabalha, eu acho que é isso que motiva mais. E a equipe também (P3);

...estar o tempo todo, todos os atendimentos tu lida com violência o tempo todo pra construir com eles uma vivência saudável de desconstrução das violências, então esse é o desafio, mas eu particularmente gosto de trabalhar no CREAS, me sinto desafiada, me sinto incentivada em fazer um trabalho e também me desafiar enquanto profissional de continuar se desenvolvendo para melhor ser vir essas pessoas que eu atendo (P4).

A relação de trabalho, acho que tem uma harmonia, uma energia de querer construir algo diferente, de fazer diferente, acho que cada um já teve algumas experiências profissionais, não só de Assistência, em outros momentos, mas estão disponíveis e permitem construir uma relação diferente de trabalho (P6); De fazer à diferença. Respeito também, acho que a equipe tem um senso de respeito muito grande um pelo outro né, de olhar, de conhecer, de saber não esse não é o momento de falar ne, agora não (P6).

O que me faz vir para cá acho que é a possibilidade de através de várias ações que a gente tem no trabalho, proporcionar uma vida melhor para as famílias que a gente atende (P9).

Porém, os relatos também apontam o sofrimento dos profissionais, em especial, no que se refere à carga de trabalho, que por muitas vezes leva a exaustão, corroborando com os dados da pesquisa, no que se refere aos resultados para a dimensão exaustão emocional:

Nossa carga parece que é de alguém que já está aqui, sei lá há dez anos, aí tu paras e pensa assim, a maioria entrou não faz dois anos, dois anos e pouco, vai completar três anos. É realmente um cansaço né, é uma coisa que. É a gente entra no modo de produção mesmo, dar conta de números (P2);

(...) 30 famílias é muita sobrecarga, porque a gente tem uma demanda, porque a gente tem uma família que demanda uma semana, duas semanas com aquela, e a gente tem que correr atrás para tar monitorando todas, então essa questão da sobrecarga de famílias é uma coisa que já é discutida a bastante tempo (P7);

(...) a minha dificuldade não são as famílias do CREAS, é a gestão, né, todo, eu falei isso por muito tempo assim, eu só queria trabalhar, eu só queria ter condições de trabalhar sabe, atender uma família vítima de violência, uma família em situação de violação de direito é pra mim a parte mais fácil do trabalho né, ter que lidar com essa nova gestão, que não tá tão nova assim, mas uma gestão que tem que esconder números, uma gestão que precisa de produtividade, uma gestão que vem uma pressão ferrenha em cima, de ter dias de trabalhar o dia todinho e esquecer de bater o ponto, no final da manhã e você ter o dia descontado como fala não justificada, então assim, são muitas pressões assim...(P6);

(...) quem está aqui é a área de atenção ao idoso, não exclusivamente, tem da área da criança e do adolescente, então acaba que são populações que tudo sempre é urgente, tudo é sempre prioritário, tudo é prioridade, então acaba que tem essa pressão, que tudo é prioridade e por outro lado não existe a contrapartida principalmente de articulação de rede para que essa prioridade possa ser encaminhada a contento, então acaba sempre existindo uma demanda muito grande né, e um trabalho e retrabalho em cima das situações assim (P9).

Resultados parecidos foram encontrados por Schuster, Dias e Battistella (2015), que, ao analisarem as variáveis que compõem a escala MBI-GS, foram detectados que as variáveis referentes à exaustão emocional apresentaram médias moderadas de *burnout*, somente a EE6 apresentou uma média baixa. Com relação ao cinismo, duas variáveis CI1 e CI4 apresentaram médias baixas e duas CI2 e CI3 apresentaram médias moderadas, todos com desvio padrão elevados. Quanto a eficácia no trabalho a média encontrada nas variáveis foi considerada moderada, aparecendo duas questões ET5 e ET6 com médias altas. Com relação ao desvio padrão apresentado por variáveis, são considerados alto, pois os valores fazem as médias variarem de baixas até altas segundo critérios de análise da escala MBI-GS.

Esses resultados também vão ao encontro dos dados obtido por Fontes (2017), que identificou a dimensão exaustão emocional com resultados que variam de 1,37 até 3,24, achando sua média em 2,38. Os níveis encontrados na pesquisa para cinismo vão de 1 até 1,61, encontrando uma média em 1,15, caracterizando-se como moderado nível de cinismo. A eficácia no trabalho foi estudada, tendo suas médias invertidas pelo aspecto positivo dos questionamentos, com resultados entre 4,13 e 5,24, com média de 4,83, apresentando moderado nível de eficácia no trabalho.

Schuster, Dias e Battistella (2015), também encontraram dados parecidos em estudo com servidores públicos, os níveis para a síndrome de *burnout* e para as suas dimensões, conforme critérios de mensuração da MBI-GS apresentados por Mclaurine (2008) foram classificados como moderados, as médias encontradas no estudo propostos pelos autores foram de 2,15 para exaustão, 0,99 para cinismo, 4,83 para eficácia no trabalho e 1,45 para *burnout*.

Em estudo realizado com profissionais que trabalham em hospital público Shuster, Dias, Battistella e Grohmann (2014), identificaram dados um pouco melhores que os encontrados na atual pesquisa, sendo a média para exaustão de 2,5, a média do cinismo de 1,05, a média para eficácia no trabalho de 5,00 e a média geral para *burnout* de 1,52. Demonstrando assim, que os profissionais das equipes de referência apresentam dados mais elevados para *burnout*, em especial na média geral e nos valores moderados para eficácia no trabalho.

Relativamente às dimensões da síndrome de *burnout* verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais do sexo feminino e do sexo masculino, no entanto, existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à eficácia no trabalho, sendo que os homens apresentaram um percentual maior de alto nível de eficácia no trabalho. Além disso, existe diferença significativa da escala geral de *burnout* entre os sexos, sendo que os profissionais do sexo feminino apresentaram um índice maior para síndrome de *burnout* que os do sexo masculino.

Corroborando com esses resultados, citamos Schuster et al. (2014), que ao realizar estudo para identificar os níveis de *burnout* em um hospital público, identificou que as mulheres apresentam índices maiores de *burnout* que os homens. Com 95% de confiabilidade foi confirmada, pois as mulheres demostram uma média maior do que os homens para o *burnout*, essa diferença é oriunda da dimensão exaustão emocional onde

as mulheres apresentaram uma média de 2,75 em comparação a 1,89 dos homens, nas outras dimensões não foi confirmado a existência de diferenças estatisticamente significativas. Fotes (2017), também observou uma correlação significativa com os componentes do *burnout*, evidenciando que as mulheres têm uma sensação de exaustão, em média, levemente superior aos homens.

No que se refere aos níveis de exaustão emocional, cinismo e eficácia no trabalho não foi constatado diferenças estatisticamente significantes entre as faixas etárias desta amostra, apesar dos percentuais indicarem que os indivíduos com maiores idades apresentam níveis mais elevados de eficácia no trabalho, enquanto os mais jovens apresentam um nível moderado. Já no que se refere à associação entre a escala geral de *burnout* e idade, foi constatado que existe diferença significativa entre essa escala e as faixas etárias, sendo que os profissionais que têm entre 26 e 35 anos apresentam um *burnout* alto, os profissionais que têm entre 36 e 45 apresentam um *burnout* moderado e os profissionais que têm entre 46 e 59 apresentaram um *burnout* baixo.

Relativamente ao tempo de trabalho, percebe-se na narrativa do *focus group*, que o tempo de trabalho interfere positivamente, porém, não foi realizada a correlação estatística:

Eu tenho mais de vinte anos trabalhando na área e eu consigo lidar, lidar com as situações de fazer a separação do trabalho com a minha casa, mas eu acho que tem haver um pouco com a minha história de vida, sabe, de ser uma família muito grande, de ter que lidar com frustração, então eu acho isso que acaba que ajuda na hora dessas questões do trabalho, sabe, e também a maturidade, que a gente junta muito com o tempo, a gente vai lidando de outras formas com as coisas, então, mas é, é difícil, mas em fim. Pra mim é o tempo todo trabalhar com a equipe grande, com o grupo com quem a gente estabelece uma relação de amizade (P8).

Fonte (2017), teve resultado semelhante no que se refere ao gênero, porem a diferença significativa foi identificada para a escala exaustão emocional, onde os valores das mulheres foram mais alto do que para os homens. No que se refere à escala eficácia no trabalho, os resultados foram opostos, pois os homens apresentaram maior pontuação quando comparado com as mulheres.

Oliveira (2016) identificou no que se refere à dimensão exaustão emocional e idade, que os funcionários entre 36 e 46 anos encontravam-se mais exauridos. Porém, através do teste de comparação múltipla Bonferroni, não foi identificado o(s) grupo(s) que difere(m). No que se refere à dimensão cinismo, o grupo que apresentou maior exaustão emocional foi o com idades entre 26 e 30 e entre as idades de 36 e 45 anos. Contrário das demais dimensões, a eficácia no trabalho apresenta homogeneidade.

Quando realizada a comparação das profissões com as dimensões para *burnout* e o *burnout* geral, foi identificado baixos níveis de cinismo para os profissionais de apoio administrativos e outras atividades de nível superior. Para a escala de eficácia no trabalho também identificou diferenças significativas entre as profissões, maiores scores para funções de apoio administrativo e outras atividades de nível superior. Além disso, existe diferença significativa da escala geral de *burnout* entre as funções, sendo que os assistentes sociais apresentaram um *burnout* moderado, os psicólogos um *burnout* alto e os profissionais de outra atividade de nível superior e de apoio administrativo um *burnout* baixo. Esses dados vão de encontro a literatura, que aponta os profissionais que estão em contato direto com o usuário, responsáveis pelo cuidado do outro ou que realizam assistência no âmbito do trabalho, estão mais expostos ao desenvolvimento do *burnout* (Benevides-Pereira, 2002; Trigo, Teng, & Hallak, 2007).

Não foram observadas diferenças significativas entre as respostas das diferentes funções dos CREAS para a escala de exaustão emocional. Neste caso, não foram encontrados dados na literatura para realizar a análise e discussão. Porém podemos citar Carrera (2011), que relata que o serviço social está exposto ao *burnout*, considerando múltiplos fatores, que estariam vinculados à especificidade de sua atuação profissional, a natureza das variáveis do trabalho social, o contexto social em si, das políticas públicas, do próprio local de trabalho e das características individuais de cada assistente social.

No que se refere à caracterização da saúde mental global das equipes de referência, a maioria dos profissionais avaliaram sua saúde mental e física, como boa. No entanto, foi significativo o percentual de profissionais que avaliaram sua saúde mental como sendo regular e ruim. O mesmo aconteceu na avaliação da saúde física.

Neste estudo, os resultados obtidos através das entrevistas e *focus group*, demonstram está linha estreita entre a saúde mental e o adoecer, conforme a narrativa:

Eu acho que o trabalho com violência ele é bem tóxico, então o grupo em geral, eu sinto uma leveza enquanto colega de trabalho porque o pessoal é muito acolhedor, faz brincadeiras, ri um pouco, tenta trazer uma leveza pro o clima, mas dependendo da fase ou de alguns casos que as colegas estão acompanhando, nós estamos acompanhando é denso, é pesado, mobiliza alguns momentos, dependendo do caso que você está acompanhando, tem os afastamentos de saúde mental, já tivemos, temos afastamentos por saúde mental (P8).

Eu acho que como o serviço é pouco tempo aqui esse equipamento e as pessoas que entraram aqui também faz pouco tempo, eu acho que ainda é boa, mas eu sinto que a cada dia que agente vai vivenciando determinadas coisas aqui, recebendo determinadas historiais, situações que a agente acabou acompanhando por conta das histórias das famílias e muitas vezes também têm o próprio processo na prefeitura, o trabalho em si, como as coisas se organizam aqui, agente vai também se desorganizando aos poucos né, mas em termos de saúde mental hoje, em termos de grupo eu avalio que está tudo bem (P1).

Relativamente ao uso de medicação psiquiátrica a maioria dos profissionais das equipes de referência dos CREAS participantes desta pesquisa, não faz uso de medicação psiquiátrica, no entanto, 20,9% dos profissionais fazem uso de medicação psiquiátrica ou fizeram recentemente. O uso de medicação também esteve presente nas narrativas das entrevistas com coordenadores/diretores e no *focus group*:

A colega colocou, sim, nós já usamos medicação muitas vezes, eu me recuso não gosto né, tento lá minhas terapias alternativas (P5);

(...) daí procurei um psiquiatra e faço tratamento até hoje, hoje eu tomo medicamento toda noite para conseguir dormir (E9).

Em relação ao apoio psicológico, os profissionais afirmaram que em sua maioria não recebem algum acompanhamento psicológico. Além disso, todos os profissionais consideram que os serviços não lhe oferecem apoio psicológico, mas que o deveria fazer.

Os profissionais também apontaram a necessidade de apoio para executar melhor o seu trabalho. A maioria dos profissionais afirmou que já sentiram essa necessidade, principalmente a necessidade de apoio técnico, psicoterapia, grupos terapêuticos, apoio médico e supervisão. Tais dados também foram referenciados nas narrativas das entrevistas com coordenadores e nos *focus group*, principalmente, quando discutidas questões do ambiente de trabalho do CREAS e melhorias, que poderiam ser instituídas para potencializar o bem-estar e a saúde mental no ambiente de trabalho:

Sem contar assim, que eu acho que uma coisa que pega bastante também, é que assim, coisas que são previstas dentro do trabalho, por exemplo, a educação permanente, supervisão, coisas que seriam superimportantes para o nosso trabalho muito anteparo né, que não tem (P2);

A gente faz estudo de caso entre equipe com a coordenação, mas não tem aquela supervisão técnica, que deveria ter, e educação permanente ano passado foi praticamente zero (P2);

É muito importante uma supervisão também, pra ti não se sentir sozinha também, porque são questões bem complexas que aparecem e várias que exigem diversos encaminhamentos, às vezes são escutas, e às vezes só de tu está ali ouvindo também é difícil né, e acho que é superimportante compartilhar, se tivesse uma supervisão seria ideal (P2);

Acho que é meio pesado, por isso é bem importante trabalhar tanto em dupla, para que possa discutir o caso. É muito importante uma supervisão também, pra ti não se sentir sozinha também, porque são questões bem complexas que aparecem e várias que exigem diversos encaminhamentos, às vezes são escutas, e às vezes só de tu está ali ouvindo também é difícil né, e acho que é superimportante compartilhar, se tivesse uma supervisão seria ideal (P2);

Então eu vejo como a supervisão, num sentido de uma potencialização do trabalho, que a gente pudesse pensar mesmo, o que a gente faz aqui, porque a gente faz aqui e tivesse essa possibilidade maior de criação, autonomia de trabalho né, que acho que é isso né, a gente não consegue, a gente não pode

sugerir, a gente não pode alterar, a gente pode porque a gente tenta de alguma forma (P3).

Com relação à assiduidade no trabalho, 48,7% dos profissionais afirmaram que, no último ano, tiveram que faltar ao trabalho por alguma doença, 65,2% teve que utilizar algum atestado médico no último ano e 65,2% dos profissionais teve que faltar ao trabalho para ir a consultas médicas ou psicológicas no último ano. Esses dados também ficam evidentes nas falas durante os *focus group*:

Eu acho que a maioria aqui, em algum momento já pegou atestado, teve afastamento devido à questão do trabalho. Em algum momento teve afastamento pelo trabalho. Porque se você imagina se algum de nós aqui, por exemplo, ano passado, fiquei dois meses sozinha, trabalhando por uma equipe de três, dois meses, não é brincadeira, minhas colegas ficaram aí, um mês, dois meses sozinha, como, você atendendo trinta famílias, eu sou uma pessoa que tenho energia pra caramba, mas ter energia também tem um limite, chega no final de dois meses você está sugada, né, porque você tem protocolos para serem seguidos e você tem que dar conta dos atendimentos (P5).

No que se refere à associação entre as auto avaliações de saúde física e mental dos profissionais e o uso de medicação psiquiátrica, foi constatado que para a saúde mental dos profissionais com avaliação boa ou muito boa, não fazem uso de medicação em sua maioria. Por outro lado, a maior parte dos profissionais com avaliação de regular a ruim fazem o uso de medicação psiquiátrica neste momento. Para a saúde física não foram observados resultados estatisticamente significantes.

Na análise da saúde mental com as variáveis do ambiente de trabalho, não foi identificado associação significativa, apesar de constatar que no último ano um pouco mais da metade dos profissionais que avaliaram a saúde mental como boa ou muito boa, não tiveram que se afastar do trabalho e/ou ter atestado médico. Já os profissionais que avaliaram a saúde mental como regular ou ruim precisaram recorrer a esses recursos.

O atestado médico e as faltas ao trabalho foram narrados também nas entrevistas com coordenadores/diretores como nos *focus group*, os atestados foram verbalizados na forma de necessidade, apontando para o adoecimento dos profissionais, como também, em forma de conflito com a gestão:

O Ano passado eu acho que eu tive uns 10 atestados de bastante tempo assim, eu tive uma pessoa que ficou afastada sete meses, ta, eu tive uma outra, que ficou afastada cinco meses, atestados grandes, de longo período.

Relacionados ao trabalho, uma teve haver com o trabalho e uma situação bem séria na vida dela, mas a maioria foi relacionada ao trabalho, estresse ao trabalho mesmo (E9);

E, além disso, a questão de saúde também, eu me sinto bem ameaçada assim, há mais um atestado, pó, sim, mais eu estou doente, eu não peguei o atestado porque há eu acho que hoje eu vou pegar um atestado! Então o atestado é uma coisa que me incomoda, porque ele é visto como uma coisa pra ti ficar em casa, né, “há ela pegou quinze dias”, ela pegou não, ela está quinze dias de atestado, ela está impossibilitada de trabalhar quinze dias, não foi ela pegou, então isso me incomoda profundamente (P5).

No *focus group*, quando abordado a temática sobre como percebiam a saúde mental do seu grupo de trabalho, foi possível identificar essa dualidade, entre equipes de referência que identificam profissionais e equipes saudáveis e do outro lado, equipes que identificam-se como mentalmente adoecidas, conforme as narrativas:

Eu acho que essa saúde que está se criando aqui dentro, que é responsabilidade desse grupo ne, mas que tem uma coisa, que a coordenação desse grupo faz muito diferente das outras coordenações que eu já conheci a sim sabe, elas bancam muito no peito, muitas coisas que vem da gestão né, elas bancam mesmo, tem muita coisa que não chega aqui, que a gente vê a diferença assim, porque existe (P6);

Eu acho que aqui ninguém adoeceu por causa do trabalho, nunca teve, eu não vejo nenhum caso que já passou, desde a inauguração deste prédio, Há a pessoa adoeceu por estar aqui, não, em fim, porque o ambiente é bom (P7);

É muito relativo, mas eu em particular estou adoecida, passei por muitas coisas, muita perseguição, então fui adoecendo, me fechando.

O grupo está silenciado, adoecido, vai trabalhando por ser comprometido com o usuário da política de assistência social (P4);

Aqui não tem como trabalhar e não se sentir afetado, talvez a gente enquanto técnico que tá direto, hoje eu nem tanto mais, mas tudo que vocês atende passam por mim, ou pela coordenação geral, a meses atrás diretamente convivendo com a família, é impossível não se sentir afetada de alguma forma trabalhando com violência, desde de o atendimento “tetê a tetê, ali, nos atendimentos aqui, nas visitas, em fim (P6).

Para a saúde física, também não foram observadas associações significativas. Os resultados também apontaram que não existe uma associação estatisticamente significativa entre a escala global de *burnout* e o uso de medicação por parte dos profissionais. Também não se verificou não existir uma associação entre o nível de *burnout* dos profissionais e as variáveis atestado, faltas ao trabalho por doença e faltas ao trabalho para consultas médicas e psicológicas.

Existe associação significativa entre a ansiedade e o bem-estar emocional dos profissionais. Os profissionais que apresentaram nível de ansiedade grave ou muito grave também apresentaram um nível de bem-estar emocional baixo. Para nível de depressão e estresse, observa-se também o mesmo comportamento e com resultados estatisticamente significantes. Em geral, quando o profissional apresenta algum nível de depressão ou estresse também apresentou em sua maioria um nível de bem-estar emocional baixo. Para a escala geral de *burnout*, também há resultados estatisticamente significantivos. Profissionais com alto nível de *burnout* apresentam um baixo nível de bem-estar emocional.

Fontes, Ferreira e Alves (2017), encontraram correlações negativas estatisticamente significativas entre o bem-estar e cada uma das subescalas da EADS-21, a ansiedade, a depressão e o estresse, indicando que altos níveis de bem-estar em geral estão associados a baixos níveis de ansiedade, depressão e estresse. No que se refere à subescala de bem-estar emocional da MHC-SF, esses autores encontraram uma correlação negativa estatisticamente significativa entre os níveis de bem-estar emocional e ansiedade, depressão, e estresse, indicando que níveis elevados de bem-estar emocional estão associados a baixos níveis de doença mental, no que se refere a ansiedade, depressão e estresse.

Em relação à associação entre bem-estar social e sintomas de psicopatologia dos profissionais, no que se refere às escalas MHC-SF, DASS-21 e MBI-GS não foram encontrados resultados estatisticamente significativos, ou seja, não existem evidências

suficientes para afirmar que há relação entre essas duas escalas mensuradas, com exceção da escala geral de *burnout*. Profissionais com alto nível de *burnout* apresentam um baixo nível de bem-estar social.

Os dados desta pesquisa diferem dos achados por Fontes, Ferreira e Alves (2017), que constataram uma correlação negativa estatisticamente significativa entre os valores totais da subescala MHC-SF e ansiedade, depressão e estresse, apontando que um elevado bem-estar social está associados a níveis baixos de psicopatologia, mas especificamente de ansiedade, depressão e estresse.

Verificou-se não existir uma associação estatisticamente significativa entre o bem-estar psicológico e o nível de ansiedade dos profissionais. Em geral, quando os profissionais apresentam níveis graves ou muito graves de depressão e estresse também apresentam um baixo bem-estar psicológico.

Fontes, Ferreira e Alves (2017) descrevem que encontraram correlação negativas estatisticamente significativas entre os valores das subescalas de ansiedade, depressão, e estresse, demonstrando que o bem-estar psicológico está associados a níveis baixos de psicopatologia como ansiedade, depressão e estresse.

Para a escala geral de *burnout* observa-se que os profissionais que apresentam um alto nível de *burnout* também apresentam, em sua maioria, um nível de bem-estar psicológico baixo. O resultado da análise da associação entre a saúde mental positiva e o bem-estar nas equipes, indicou associação estatisticamente significativa entre a saúde mental positiva e as escalas de bem-estar emocional, bem-estar social e bem-estar psicológico. Em geral, profissionais com baixo nível de bem-estar emocional, social e psicológico também apresentam níveis baixos de bem-estar mental.

Corroborando com estes achados, Gouvei (2010) realizou uma pesquisa com 513 docentes, fazendo uso da Escala DASS-21 e verificou que tanto o *Burnout* como as três dimensões, apresentaram correlação significativa e positiva com a ansiedade e com a depressão. Citamos também Fontes, Ferreira e Alves (2017), que ao analisarem a correlação entre as escalas de saúde mental positiva, bem estar e doença mental, identificaram correlações estatisticamente significativa de com a escala de psicopatologia para ansiedade, depressão e estresse. Sugerindo que altos níveis de saúde mental e bem-estar estão associados a baixos níveis de psicopatologia.

Na análise dos sintomas de psicopatologias e a escala de cinismo, observa-se valores estatisticamente significativos. Em geral, profissionais que possuem níveis

normais/leveis de ansiedade, depressão e estresse, também apresentam baixos níveis de cinismo.

Para a escala geral de *burnout*, foram observadas associações estatisticamente significativas com as escalas de ansiedade, depressão e estresse. Em geral, os profissionais que apresentam ansiedade normal/leve, depressão normal/leve e estresse normal/leve apresentaram *burnout* moderado.

Na análise da associação do bem-estar emocional com as escalas *burnout*, observa-se valores estatisticamente significativos para as escalas de cinismo, eficácia no trabalho e exaustão emocional. Em geral, os profissionais que apresentam alto nível de *burnout*, cinismo e exaustão emocional, apresentaram um baixo nível de bem-estar emocional. Por outro lado, profissionais com alto nível de eficácia no trabalho também apresentam um alto nível de bem-estar emocional.

Na análise da associação do bem-estar social e as escalas de *burnout*, observa-se resultados estatisticamente significativos para todas as escalas. Em geral, profissionais que apresentam alto nível de cinismo, exaustão emocional e a escala geral de *burnout* apresentaram um baixo nível de bem-estar social. Para a escala de eficácia do trabalho, os profissionais que apresentaram baixo nível também apresentaram baixos níveis de bem-estar social.

Na análise da associação do bem-estar psicológico e escalas da Síndrome de *burnout*, observam-se valores estatisticamente significativos. Os profissionais que apresentam alto nível de cinismo, exaustão emocional e Síndrome de *Burnout* apresentaram um baixo nível de bem-estar psicológico. Para a escala de eficácia do trabalho, os profissionais que apresentaram baixo nível também apresentaram baixos níveis de bem-estar psicológico.

No que se refere aos níveis de depressão, ansiedade e estresse não apresentaram diferenças estatisticamente significativas. Porém, existem níveis de depressão, estresse e ansiedade mais elevados entre os profissionais assistentes sociais. Os níveis menores de depressão, estresse e ansiedade são mais frequentes entre os profissionais psicólogos.

Na análise da associação nível de depressão e o ambiente de trabalho, observa-se valores estatisticamente significativos para a escala de cinismo. Em geral, profissionais que apresentam um nível de depressão grave ou muito grave, também apresentam alto nível de cinismo. Não houve evidências suficientes para confirmar a associação entre a escala de depressão e as escalas de eficácia do trabalho e exaustão emocional.

Na análise da associação do nível de estresse e o ambiente de trabalho, observa-se valores estatisticamente significativos para as escalas de cinismo e exaustão emocional. Em geral, profissionais que apresentam um nível estresse muito grave, também apresentam alto nível de cinismo e exaustão emocional. Não houve associação estatisticamente significante entre a escala de estresse e a escala de eficácia do trabalho.

Na análise da associação do nível de ansiedade e o ambiente de trabalho, observa-se valores estatisticamente significativos para as escalas de cinismo e exaustão emocional. Em geral, os profissionais que apresentam um nível ansiedade muito grave também apresentam alto nível de cinismo e exaustão emocional. Não houve associação estatisticamente significativa entre a escala de ansiedade e a escala de eficácia do trabalho.

Estes resultados corroboram os apresentados por Soares (2012), que constatou em seu estudo que todas as dimensões da EADS-21, apresentaram uma correlação positiva e significativa tanto com a dimensão Exaustão Emocional, como com a Descrença e apresentaram correlações negativas com a Eficácia Profissional, apesar dessa não ser significativa. O *burnout* total, por sua vez, apresenta correlações positivas e significativas com todas as dimensões estudadas.

Neste sentido, Soares (2012) aponta que a ansiedade apresenta uma correlação positiva e significativa com as dimensões exaustão emocional e com a descrença e apresenta uma correlação negativa, mas não significativa com a Eficácia Profissional. Verificou também que a depressão apresentou uma correlação positiva e significativa com as dimensões exaustão emocional e com a descrença. Porém apresentou uma correlação negativa com a eficácia profissional. Já, no que se refere a dimensão estresse, está correlacionou-se de forma positiva e significativa com as dimensões exaustão emocional e descrença.

Por fim, os resultados obtidos entre as equipes de referência dos CREAS da grande Florianópolis, participantes desta pesquisa, indicam que grande parte dos profissionais que compõem estas equipes está com a saúde mental comprometida, em especial, no que se refere à síndrome de *burnout*, onde 40% apresentam índices moderados e 29,5% índices altos para síndrome de *burnout*. Também ficou evidente o comprometimento no que se refere aos sinais e sintomas de psicopatologia de estresse, ansiedade e depressão, comprometendo assim, o seu bem-estar e a sua saúde mental positiva em grande parte dos profissionais que compõem as equipes de referência.

Capítulo VII - Conclusão

Primeiramente é importante destacar a relevância de realizar esta pesquisa, pois se configurou numa vivência desafiadora, tanto do ponto de vista humano como profissional, pois estudar a temática saúde mental em equipes de referência dos CREAS da grande Florianópolis, onde estão implicadas questões políticas, sociais, ocupacionais e de subjetividade, exigiram da pesquisadora um grande empenho emocional, intelectual e físico, mas que veio a ser compensado com os resultados, ao final da pesquisa.

O objetivo principal desta pesquisa foi identificar os fatores que podem favorecer e os fatores que podem prejudicar a saúde mental positiva, bem-estar, doença mental e sintomas de psicopatologia das equipes de referência que atuam nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS, da Grande Florianópolis.

Em relação ao perfil sociodemográfico e profissional das equipes de referência, a amostra pesquisada foi composta por 85,2 % de mulheres, com idade compreendida entre 26 a 45 anos. A maioria dos profissionais possui escolaridade em nível de pós-graduação e trabalham em média de 2 a 5 anos nos CREAS. Os profissionais trabalham 30 horas semanais, sendo que, grande parte dos participantes deste estudo, desempenha a função de Psicólogo e Assistente Social.

No que diz respeito aos resultados desta pesquisa, podemos concluir que a maioria dos profissionais avaliou sua saúde mental e física como boa. Porém, foi considerável o número de profissionais que teve uma autoavaliação regular e ruim para sua saúde mental e física. Também concluímos que a maioria dos profissionais teve que faltar ao trabalho por alguma doença no último ano e, para isso, fez uso de atestado médico. Grande parte dos profissionais também não faz uso de medicação psiquiátrica, no entanto, foi relevante o número de profissionais que faz uso desta medicação ou que fez recentemente.

No que diz respeito ao bem-estar e saúde mental positiva das equipes de referência, apesar de apresentarem boas médias, um número significativo de profissionais teve níveis abaixo da média. Constatamos, também, que a maioria dos profissionais desta pesquisa apresentou resultados acima da média, no que se refere ao bem-estar emocional e bem-estar psicológico, com indicativo para saúde mental florescente. Porém, identificamos um número significativo de profissionais com resultados abaixo da média nas esferas do bem-estar emocional e do bem-estar

psicológico, além do que a maioria dos profissionais se encontra abaixo da média para o bem-estar social.

Contatamos, também, que, em geral, os profissionais com baixo nível de bem-estar emocional, social e psicológico também apresentam níveis baixos de bem-estar mental, sendo assim, podemos concluir que uma parcela significativa destes profissionais, apresenta alteração na saúde mental positiva e no bem-estar.

No que se refere à psicopatologia, concluímos que a maior parte dos profissionais que atuam nas equipes de referência dos CREAS, participantes desta pesquisa, apresentam níveis moderados e altos para *Burnout*, demonstrando assim, que os profissionais estão adoecidos.

O estudo realizado também permite referir que, em geral, as mulheres apresentam níveis mais baixos para a escala de eficácia no trabalho e frequentemente apresentam níveis mais Altos e Moderados de *Burnout*. São os profissionais que têm entre 26 e 35 anos quem apresenta um *Burnout* mais alto. Sendo que, os Psicólogos são os profissionais que apresentam nível mais alto na escala geral de *Burnout*, seguidos dos Assistentes Sociais, requerendo, assim, maior atenção.

Concluímos que os profissionais com alto nível de *Burnout* apresentam, em sua maioria, baixos níveis de bem-estar psicológico e bem-estar social. Já, com relação às dimensões para *Burnout*, as médias encontradas neste estudo foram de nível moderado para as dimensões Exaustão Emocional, Cinismo e Eficácia no Trabalho.

Contatamos, através deste estudo, que os profissionais que apresentam, em geral, níveis Normal/Leve de ansiedade, Normal/Leve de depressão e Normal/Leve de estresse, mas, ainda assim, apresentam *Burnout* moderado, fato este que merece atenção, uma vez que o sofrimento relacionado com o trabalho se sobressai às demais psicopatologias e o fato se agrava, pois nos casos em que os níveis de ansiedade, depressão e estresse são Graves ou Muito Graves os níveis de *burnout* é alto.

No que se refere aos sinais de psicopatologia específicos para ansiedade, depressão e estresse, podemos concluir que apesar dos valores serem superiores para normal/leve em todas as subescalas, foi encontrado um número elevado de profissionais com algum indício para depressão, estresse e ansiedade. Os profissionais que apresentaram níveis graves ou muito graves de depressão e estresse também apresentam baixos índices de bem-estar psicológico.

Constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas quanto aos níveis de depressão, estresse e ansiedade entre os profissionais que exercem diferentes atividades.

Neste estudo, foi fundamental a realização da análise de *Bardin* através das narrativas dos coordenadores/diretores nas entrevistas e das equipes de referência nos *focus group*, através desta análise, podemos concluir que grande parte dos profissionais que atuam nas equipes de referência, desta amostra, está em processo de sofrimento ou adoecimento mental. Para, além disto, podemos concluir, através das narrativas, da maioria dos profissionais inquiridos, que as fontes de prejuízo à saúde mental e bem-estar das equipes de referência estão ligadas, em especial, à rotina pesada de trabalho, à pressão por parte da gestão/instituição, à falta de estrutura dos CREAS, à precariedade no atendimento às famílias, sentimentos negativos, devido ao acúmulo de atividades e demandas do cotidiano, sentimentos de desvalorização profissional por parte dos governantes e à insegurança frente ao ambiente de trabalho.

No que se refere às fontes de benefício para a saúde mental e bem-estar no trabalho, foram identificados os sentimentos de acolhimento, equipe unida, dedicação à profissão e a satisfação de trabalhar com as famílias como potencializadores para a saúde mental e bem-estar no ambiente de trabalho.

As limitações deste estudo estão vinculadas, em especial, ao fato da amostra ter sido por conveniência, sendo que os resultados obtidos correspondem aos 115 participantes desta pesquisa, além da resistência de alguns servidores em participarem dela em função de receio de ações que podem surgir após suas falas, impossibilitando a generalização dos resultados para diferentes CREAS de outros Estados do Brasil. Outra limitação que podemos apontar é o fato da pesquisa ser transversal, não permitindo, assim, compreender como a saúde mental e a psicopatologia evoluem ao longo do tempo de trabalho dos profissionais, que atuam nas equipes de referência dos CREAS.

A partir das conclusões resultantes desta pesquisa, onde fica evidente as precárias condições de trabalho e o adoecimento mental dos profissionais, se faz necessário que os governantes e gestores do Sistema Único de Assistência Social implementem estratégias e ações de prevenção e cuidado com a saúde mental dos profissionais que atuam nas equipes de referência dos CREAS da grande Florianópolis.

Recomendam-se ações a nível coletivo e/ou individuais, tais como, grupo de apoio às equipes de referência, com foco nas demandas profissionais e nas vivências

trazidas a partir dos atendimentos realizados diariamente. Também podem ser adotadas estratégias em parcerias com universidades e/ou faculdades, para que possa ser realizada a supervisão técnica, disponibilizando aos profissionais, em especial, aos Psicólogos e Assistentes Sociais, que estão em contato direto com os usuários, um suporte técnico para as diferentes demandas de atendimento auxiliando assim, na tomada de decisão e no compartilhamento de saberes.

A capacitação, também pode ser pensada como uma ação necessária nos espaços dos CREAS, considerando a multiplicidade de demandas que são atendidas pelas equipes de referências dos CREAS e a necessidade de atendimento especializado. As capacitações podem ser em formato de estudo de caso, discussão de temas específicos, como por exemplo, os “vários fenômenos de violência”, assim como, capacitações que incluam o trabalho em equipe, a comunicação e estratégias de liderança, uma vez, que a grande maioria dos coordenadores e/ou diretores são profissionais sem experiência prévia de gestão.

Além disso, sugerem-se ações que possam diminuir o efeito do estresse e a sobrecarga emocional no ambiente de trabalho, tais como, melhorias nos fluxos de trabalho, estratégias para possibilitar a diminuição do número de famílias referenciadas por equipe, em especial nos CREAS que atendem mais de vinte e cinco famílias por equipe, manter as equipes completas, realizar parcerias efetivas com a rede de apoio dos CREAS por região, criar estratégias eficientes de comunicação, em especial reuniões práticas e objetivas são estratégias que podem auxiliar na manutenção da saúde mental e diminuir a sobrecarga emocional.

Também podem ser incorporadas estratégias simples, como hora do café, oficinas de sugestões, onde possam ser pensadas metodologias para resolver problemáticas específicas, humanização dos espaços de trabalho, ginástica laboral e terapias naturais, são algumas das estratégias que podem ser realizadas, inclusive com apoio das Universidades e/ou Faculdades que disponibilizam, através dos programas de extensão, várias possibilidades de parcerias com entes públicos.

A execução das estratégias e ações propostas tem por finalidade a diminuição no número de profissionais acometidos por psicopatologia, em especial a síndrome de *Burnout* além de tornar o ambiente de trabalho um potencializador para o bem-estar e saúde mental.

Como sugestão para estudos futuros, recomenda-se a replicação desta pesquisa em uma amostra maior a nível nacional, incluindo estratégias de enfrentamento e prevenção no que se refere a saúde mental.

Portanto, fica evidente a necessidade da prevenção em saúde mental, em especial no que se refere à síndrome de *burnout*, pensando na saúde mental das equipes de referência dos CREAS e dos seus impactos nos atendimentos aos indivíduos e famílias referenciadas, assim como, na instituição CREAS.

Referências

- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 153-164.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Batistella, C. (2007). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2001). *A saúde mental de profissionais de saúde mental: Uma investigação da personalidade de psicólogos*. Maringá: EDUEM.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bertussi, V.C, Junqueira, M. A. B., Giuliani, C.D., Calçado, R. M., Miranda, F.J.S., Santos, M.A., Pillon, S.C. (2018). Substâncias psicoativas e saúde mental em profissionais de enfermagem da estratégia saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 20, 1-9.
- Biaggio, A. M. B., Natalício, L., & Spielberger, C. D. (1977). Desenvolvimento da forma experimental em português do inventário de ansiedade traço-estado (IDATE), de Spielberger. *Arquivo Brasileiro de Psicologia Aplicada*, 29, 31-44.
- Borges, E. (2017). *Psicologia Positiva: Uma mudança de perspectiva*. (Vol.1). (Série Positiva Psicologia). Joinville: Clube de Autores.
- Borges, L. O., & Yamamoto, O. H. O. (2004). Mundo do trabalho In J.C. Zanelli, J.E., Borges-Andrade, & A.V.B. Bastos (Eds.), *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil* (pp.24-62). Porto Alegre: Artmed.
- Bottega, C.G., & Merlo, A.R.C. (2010). Prazer e sofrimento no trabalho dos educadores sociais com adolescentes em situação de rua. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 13, 259-275.
- Brant, L. C., & Minayo-Gomez, C. (2004). A transformação do sofrimento em adoecimento: Do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9, 213-223.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, & Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2005) *Legislação em saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador*. [2. ed.]. Brasília: Ministério da Saúde. [Em linha] Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_saude_trabalhador.pdf [Consultado em: 20/10/2019]

- Carlotto, M. S., & Camara, S. G. (2008). Análise da produção científica sobre a síndrome de burnout no Brasil. *Psico*, 39, 152-158.
- Carrera, J. F. G. F. (2011). *Estresse e burnout: Um estudo de caso de assistentes sociais que trabalham com idosos em IPSS'S*. [Dissertação de Mestrado em Política Social]. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa/Portugal.
- Cheniaux Junior, E. (2015). *Manual de psicopatologia*. 5ª. ed. Rio de Janeiro, Guanabara: Koogan.
- Codo, W. (1999). *Educação: Carinho e trabalho*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Codo, W. (2004). *O Trabalho enlouquece: Um encontro entre a clínica e o trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Codo, W., & Sampaio, J. (1995). *Sofrimento psíquico nas organizações*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Costa, A. L. P. (2013). *Política municipal de atendimento à população em situação de rua de Fortaleza*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, Fortaleza.
- Dalgalarrodo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Danna, K., & Griffi N. R. W. (1999). Healthy and well being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, 25, 357-384.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho*. Tradução de Paraguay, A.P. e Ferreira. L.L. 5a ed. São Paulo: Cortez – Oboré.
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, 14, 27-34.
- Dejours, C., Abdoucheli, E., & Jayet, C. (2009). *Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Dias, E. C. (2001). *Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil e Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS.

- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond money: Toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5, 1-31.
- Diener, E. (1995). A value based index for measuring national quality of life. *Kluwer Academic Publishers*, 36, 107-127.
- Diener, E., Scollon, C. N., & Lucas, R. E. (2003). The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4_4
- European Agency for Safety and Health at Work (2017). Healthy workers, thriving companies: A practical guide to wellbeing at work. Tackling psychosocial risks and musculoskeletal disorders in small businesses. Luxembourg: Publications Office of the European Union. [Em linha]. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/publications/healthy-workers-thriving-companies-practical-guide-wellbeing-work%E2%80%9D/view>. [Consultado em: 10/05/2019].
- Faermann, L. A., & Mello, C. C. V. (2016). As condições de trabalho dos assistentes sociais e suas implicações no processo de adoecimento dos profissionais. *Textos & Contextos*, 15, 96-113.
- Faragher, E.B., Cass, M., & Cooper, C.L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: A meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 105-12.
- Farah, B. (2016). *A depressão no ambiente de trabalho: prevenção e gestão de pessoas: Um estudo sobre as empresas contemporâneas a luz do Judiciário Federal*. São Paulo: LTr80.
- Ferreira, A. (2007). *Sentido interno de coerência e bem-estar psicológico nos enfermeiros prestadores de cuidados a doentes hemato-oncológicos*. [Em linha]. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0365.pdf>. [Consultado em: 09/09/2019].
- Ferreira, S. S. (2011). *NOB-RH anotada e comentada*. Brasília: MDS.
- Fonte, C. A. M., Ferreira, C. M. F., & Alves, S. A. P. (2017). Estudo da saúde mental em jovens adultos. Relações entre psicopatologia e bem-estar. *Psique*, 13, 57-74.
- Fontes, L. L. (2017). *Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS): Aplicação em trabalhadores externos de instituições bancárias*. [Dissertação de

- Mestrado - Programa de Pós-graduação em Gestão e Negócios]. Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Porto Alegre /RS.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Gomide, S., Jr., Silvestrin, L. H. B., & Oliveira, A. F. (2015). Bem-estar no trabalho: O impacto das satisfações com os suportes organizacionais e o papel mediador da resiliência no trabalho. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 15, 19-29.
- Gouveia, C. J. B. (2010). *Burnout, ansiedade e depressão nos professores*. [Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Secção de Psicologia Clínica e da Saúde]. Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia. Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença. Lisboa/Portugal.
- Guedes, G. H. (2014). *Saúde mental e o trabalho no transporte coletivo municipal e metropolitano em Curitiba*. [Artigo apresentado a Especialização em Medicina do Trabalho, do Departamento de Saúde Comunitária]. Universidade Federal do Paraná. Curitiba /PR.
- Harter, J. K., Schmidt, F. L., & Keyes, C. L. (2003). Well-being in the workplace and its relationship to business outcomes: A review of the Gallup studies. In C.L. Keyes, & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: The positive person and the good life* (pp. 205–224). Washington, C:American Psychological Association.
- Holmes, D. S. (1997). *Psicologia dos transtornos mentais*. Tradução Sandra Costa. 2 ed. Porto Alegre: Artmed.
- International Labour Organisation (1984). *Psychosocial factors at work: Recognition and control*. Report of the Joint ILO/ WHO Committee on Occupational Health, Ninth Session. Geneva, 18-24 September.
- Jardim, S. (2011). Depressão e trabalho: Ruptura de laço social. *Revista Brasileira Saúde Ocupacional*, 36, 84-92.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 61(2), 121-140.
- Keyes, C., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45–59). New York, Oxford University Press.
- Keyes, C. L. M., & Haidt, J. (2003). Flourishing: Positive psychology and the life well lived. *Washington DC: American Psychological Association*.

- Lamers, S., Westerhof, G., Bohlmeijer, E., Klooster, P. & Keyes, C. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99-110.
- Limongi-França, A. C., & Rodrigues, A. L. (1999). *Estresse e trabalho: Uma abordagem psicossomática*. 2ª. ed. São Paulo: Atlas.
- Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental e Bem-estar da União Europeia. (2016): Eu Joint Action on Mental Health and Wellbeing. European Union. [em Linha]. Disponível em: https://jointactionmhwb.lisboninstitute.gmh.org/assets/docs/publications/RelatorioNOVA_PT-20160406150225.pdf [Consultado em 10/05/2019].
- Lipp, M. E. N. (2000). *O Estresse está dentro de você* (2ª. Ed). São Paulo: Contexto.
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N. (2001). O estresse profissional e seu tratamento. In B. Range, *Psicoterapias cognitivo-comportamentais* (pp.475-490). São Paulo: Artmed.
- Lipp, M. N. (2010). Globalização e mudanças: o estresse do novo milênio. [Em linha] Disponível em <http://www.estresse.com.br/publicacoes/globalizacao-e-mudancas-o-estresse-do-novo-milenio/> [Consultado em: 10/01/2020].
- Loiola, E., Alves, H., & Siqueira, M. (2017). Relação entre percepção de justiça e bem-estar no trabalho em profissionais brasileiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18, 85-90. <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180107>
- Loureiro, H., Pereira, A. N., Oliveira, A. P., & Pessoa, A. R. (2008). Burnout no trabalho. *Revista Referência*, 2, 33-41.
- Luciano, V. M. (2012). *Estudo sobre a prevalência da síndrome de burnout: Geradora de incapacidade para o trabalho e suas consequências*. São Paulo: Baraúna.
- Macêdo, K. B. (2016). *Organização do trabalho e adoecimento: Uma visão interdisciplinar*. Goiânia: PUC Goiás.
- Machado, W. L., & Bandeira, D. R. (2015). Escala de salud mental positiva: Validación de la Mental Health Continuum - Short Form. *Psico: USF*, 20, 259-274
- Manzini, E. J. (2004). Entrevista semi-estruturada: Análise de objetivos e de roteiros. In *Seminário Internacional sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos. A pesquisa qualitativa em debate. Anais*. Bauru: Universidade Sagrado Coração/Sociedade de Estudos e Pesquisa. [Em linha] Disponível em

- https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini_2004_entrevista_semi-estruturada.pdf [Consultado em: 10/01/2020]
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Masumoto, L. K., & Faiman, C. J .S. (2014). Saúde mental e trabalho: Um levantamento da literatura nacional nas bases de dados. *Saúde, Ética & Justiça*, 19, 1-11.
- Matos, A., André, R., Cherpe, R., Rodrigues, D., Figueira, C., & Pinto, A. (2010). Estudo psicométrico preliminar da Mental Health Continuum - Short Form – For Youth numa amostra de adolescentes portugueses. *Psychologica*, 53, 131-156.
- Mauro, M.Y.C., Paz, A.F., Mauro, C.C.C., Pinheiro, M.A.S., & Silva, V.G. (2010). Condições de trabalho da enfermagem em enfermarias de um hospital universitário. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14, 13-18.
- McDowell, I. & Newell, C. (1987). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York, U.S.A.: Oxford University Press.
- Mclaurine, W. D. (2008). *A correlational study of job burnout and organizational commitment among correctional officers*. School of Psychology, Capella University.
- Medeiros, V. C. C., & Peniche, A. de C. G. (2006). A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40, 86-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000100012>
- Meireles, C. A. M., & Lobo, F. A. (2011). Psicologia Positiva e as organizações. In *I Congresso Internacional de Psicologia do Trabalho e das Organizações "Trabalho, Riscos Psicossociais e Saúde: Conceptualização, Diagnóstico e Intervenção"*. Braga: ALETHEIA - Associação Científica e Cultural/ Faculdade de Filosofia/ Centro Regional de Braga.
- Mendes, A. M. (2004). Cultura organizacional e prazer-sofrimento no trabalho: Uma abordagem piscodinâmica. In A. Tamayo (Org.), *Cultura e saúde nas organizações* (pp. 59-76). Porto Alegre: Artmed.

- Ministério da Fazenda. (2017a). *Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho: AEAT*. Brasília: Secretaria Previdência Subsecretaria do Regime Geral de Previdência Social Coordenação-Geral de Estatística, Demografia e Atuária. [Em linha] Disponível em <http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/09/AEAT-2017.pdf> [Consultado em: 10/09/2019]
- Ministério da Fazenda. (2017b). *1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade de 2017*. Adoecimento Mental e Trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016. Brasília-DF. [Em linha] Disponível em <http://sa.previdencia.gov.br/site/2017/04/1%C2%BA-boletim-quadrimestral.pdf> [Consultado em: 10/09/2019]
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS (2011). *Orientações técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS*. Brasília: Gráfica e Editora Brasil Ltda. [Em linha] Disponível em <http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez..pdf> [Consultado em 10/09/2019]
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2013). *Tipificação nacional de serviços socioassistenciais*. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social. [Em linha] Disponível em https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf [Consultado em: 10/09/2019]
- Ministério do Trabalho (2018). *Adoecimento ocupacional: Um mal invisível e silencioso*. [Cartilha]. Brasília/DF: Secretaria de Inspeção do Trabalho Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho. [Em linha] Disponível em <https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Cartilhas/Cartilha-doencas-ocupacionais.pdf> [Consultado em: 20/10/2019]
- Miskell, V., & Miskell, J. R. (1996). *Ansiedade no trabalho: Insegurança, pensamentos desordenados, profissionais*. São Paulo: Nobel.
- Monte, K., Fonte, C., & Alves, S. (2015). Saúde mental numa população não clínica de jovens adultos: Da psicopatologia ao bem-estar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 2), 83-87.
- Moreira, P., & Melo, A. (2005). *Saúde mental do tratamento à prevenção*. Portugal: Porto Editora.

- Nascimento, C.L., Barros, D. S., Tironi, M. O. S., & Marques, E. S. Filho (2010). Médicos de UTI: Prevalência da síndrome de burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho [online]. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 34 (1), 106-115. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000100013>.
- Nunes, P. (2007). *Psicologia Positiva*. [Trabalho de Licenciatura]. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Portugal.
- Oliveira, L. F. F. (2016). *Síndrome de burnout: Uma investigação entre os servidores do Ministério Público Potiguar*. [Dissertação de Mestrado - Programa de pós-graduação em gestão de processos institucionais]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Natal /RN.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra/Suíça.
- Organização Mundial de Saúde (2008). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas* (Coord). (Trad. Dorgival Caetano). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2007). Psicologia Positiva: Uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia*, 17 (36), 9-20.
- Paschoal, T. (2008). *Bem-estar no trabalho: Relações com suporte organizacional, prioridades axiológicas e oportunidades de alcance de valores pessoais no trabalho*. [Tese de Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações]. Universidade de Brasília, Brasília.
- Passareli, P. M., & Silva, J. A. (2007). Psicologia Positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia I*, 24 (4), 513-517.
- Pêgo, F. P. L., & Pêgo, D. R. (2016). Síndrome de burnout. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 14 (2), 171-176.
- Penido, L.O., & Perone, G. (2013). Saúde mental no trabalho: Esclarecimentos metodológicos para juristas. In J. J. Ferreira (Coord.), *Saúde mental no trabalho: Coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás* (pp. 33-43). Goiânia: Cir Gráfica.
- Pereira, A.M.T.B. (Org.). (2010). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Pereira, M. A. D., & Sousa, L. M. (2016). Sofrimento psíquico, gênero e o trabalho na área do cuidado. In Macêdo, K. B. Lima, J. G., Fleury, A. R. D., & Carneiro, C. M. S. *Organização do trabalho e adoecimento – uma visão interdisciplinar* (pp. 275-285). Goiânia: Ed. da PUC Goiás.
- Portella, M. (Org.) (2014). *A ciência do bem-viver: Propostas e técnicas da Psicologia Positiva*. (2ª. ed.). Rio de Janeiro: CPAF-RJ.
- Prado, C. E. P. (2016). Estresse ocupacional: Causas e consequências. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 14 (3), 285-289.
- Puente-Palaciosp, K. E., Pacheco, É. A., & Severino, A. F. (2013). Clima organizacional e estresse em equipes de trabalho. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 13(1), 37-48.
- Quevedo, J., & Silva, A. G. (2013). *Depressão: Teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, M.C.S., (Org). (2008). *Enfermagem e trabalho: Fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores*. São Paulo: Martinari.
- Roik, A., & Pilatti, L. A. (2009). Psicodinâmica do trabalho: Uma perspectiva teórica In *XXIX Encontro Nacional de Engenharia de Produção*. A Engenharia de Produção e o Desenvolvimento Sustentável: Integrando Tecnologia e Gestão. Salvador, BA, Brasil, 06 a 09 de outubro, Salvador, Brasil.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Reviews Psychology*, 52, 141-166.
- Sant'Anna, L. L., Paschoal, T., & Gosendo, E. E. M (2012). Bem-estar no trabalho: Relações com estilos de liderança e suporte para ascensão, promoção e salários. *Revista de Administração Contemporânea*, 16 (5), 744-764.
- Santos, C. M. N. M. (2014). *Ansiedade, depressão e estresse no familiar cuidador do doente mental*. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria]. Instituto Superior Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu /Portugal.
- Santos, J. J. A. Costa, T. A. Guilherme, J. H Silva, W.C. Abentroth, L. R. L. Krebs, J. A. Sotoriva, P. (2015). Adaptation and cross-cultural validation of the Brazilian version of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 61(3), 209-214.

- Schroeder, C.S. & Klerin, L. R. (2009). On-line focus group: Uma possibilidade para a pesquisa qualitativa em administração. *Caderno EBAPE.BR*, 7(2), 332-348.
- Schuster, M. S., Battistella, L. F., Dias, V. V., & Grohmann, M. Z. (2014). Identificação dos níveis de burnout em um hospital público e aplicação da escala MBI-GS. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 11(4), 278-290.
- Schuster, M. S., Dias, V. V., & Battistella, L. F. (2015). Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS): Aplicação em universidade pública federal. *ReFAE – Revista da Faculdade de Administração e Economia*. 6 (2), 182-195.
- Schuster, M. S., Dias, V. V., Battistella, L. F. & Grohmann, M. Z. (2015). Validação da escala MBI-GS: uma investigação general survey sobre a percepção de saúde dos colaboradores. *REGE – Revista de Gestão*, 22(3), 403-416.
- Seligmann, E. (2016). Saúde mental relacionada ao trabalho: as visões teóricas sob a pressão da precarização. In: Macêdo, K. B.; Lima, J. G.; Fleury, A. R. D. & Carneiro, C. M. S. (Orgs). (2016). *Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar*. Goiânia: Ed. da PUC Goiás.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp.3-9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P. (2010). *Felicidade autêntica: Usando a nova Psicologia Positiva para a realização permanente*. [Tradução: Neuza Capelo]. Rio de Janeiro, Objetiva.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Florescer: Uma nova e visionária interpretação da felicidade e do bem-estar*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Seligmann-Silva, E. (1994). Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho: Marcos de um percurso. In E. Seligmann-Silva, E. Abdoucheli, & C. Jayet (Eds.), *Psicodinâmica do trabalho* (pp. 13-20). São Paulo: Atlas.
- Seligmann-Silva, E. (1994). *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Editora Cortez-UFRJ.
- Serra, M. V. (2019). *Saúde e bem-estar em psicólogos brasileiros: O papel da atividade profissional*. [Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde]. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa. Porto /Portugal.

- Silva, D. V. (2010). *Ansiedade, estresse, depressão e uso de drogas entre trabalhadores de enfermagem no ambiente hospitalar*. [Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador]. Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT). Uberlândia/MG.
- Silva, L.C., & Salles, T.L.A. (2016). O estresse ocupacional e as formas alternativas de tratamento. *Recape – Revista de Carreira e Pessoas*, 6 (2), 234-237.
- Silva, M., & Marchi, R. (1997). *Saúde e qualidade de vida no trabalho*. São Paulo: BestSeller.
- Siqueira, M. M. M., Orengo, V., & Peiró, J. M. (2014). Bem-estar no trabalho. In M.M.M. Siqueira (Org.), *Novas medidas do comportamento organizacional: Ferramentas de diagnóstico de gestão* (pp. 39-51). Porto Alegre: Artimed.
- Siqueira, M. M., & Padovam, V. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 24 (2), 201-209.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia Positiva: Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. [Tradução: Roberto Cataldo Costa]. Porto Alegre: Artmed.
- Soares, C. M. S. (2012). *Estresse, burnout e estratégias de coping em estudantes do 1º ano da academia militar*. [Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Secção de Psicologia dos Recursos Humanos, do Trabalho e das Organizações]. Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia. Lisboa /Portugal.
- Sousa, L., Galane, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37 (3), 364- 371.
- Tamayo, A. (2008). Burnout: Aspectos gerais e relação com o estresse no trabalho. In A. Tamayo (Org.), *Estresse e cultura organizacional* (pp. 75-106). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tamayo, A., Lima, D., & Silva, A. V. (2004). Clima organizacional e estresse no trabalho. In A. Tamayo (Ed.), *Cultura e saúde nas organizações* (pp. 77-101). Porto Alegre: Artmed.

- Teodoro, W. L. G. (2009). *Depressão: Corpo, mente e alma*. Uberlândia: MG.
- Trigo, T. R., Teng, C.T., & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(5), 223-233.
- Van Horn, J. E., Taris, T. W., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. G. (2004). The structure of occupational well-being: A study among dutch teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(3), 365-375.
- Vázquez-Colunga, J. C., Pando-Moreno, M., Colunga-Rodríguez, C., Preciado-Serrano, M. L., Orozco-Solís, M. G., Ángel-González, M., & Vázquez-Juárez, C. L. (2017). Saúde mental positiva ocupacional: Proposta de modelo teórico para abordagem positiva da saúde mental no trabalho. *Saúde e Sociedade*, 26(2), 584-595.
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the Depression Anxiety and Estresse Scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104-109.
- Warr, P. (2007). *Work, happiness and unhappiness*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- World Health Organization (2001). *The world health report 2001. Mental health: New understanding, new hope*. Geneve: World Health Organization.
- World Health Organization (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. Genebra, Suíça: Document Production Services, World Health Organization.
- Zanatta A.B., & Lucca S.R. (2015). Prevalência da síndrome de burnout em profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil. *Revista Escola de Enfermagem – USP*, 49(2), 253-260.
- Zanelli, J. C. (2016). Sobre os temas transdisciplinares em saúde mental e trabalho. In Macêdo, K. B. Lima, J. G., Fleury, A. R. D., & Carneiro, C. M. S. *Organização do trabalho e adoecimento – uma visão interdisciplinar* (pp. 09-21). Goiânia: Ed. da PUC Goiás.

ANEXOS

ANEXO- A


DECLARAÇÕES: AUTORIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Secretaria Municipal de Assistência Social de Florianópolis – SC tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **Saúde Mental das Equipes de Referência que Atuam nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social da Grande Florianópolis – SC**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 16 de agosto de 2018


Assinatura

Maria Cláudia Goulart da Silva
Secretaria Municipal de
Assistência Social
Diretor(a) RESPONSÁVEL

NOME: Maria Cláudia Goulart da Silva

CARGO: Secretária Municipal de Assistência Social

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

Maria Cláudia Goulart da Silva
Secretaria Municipal de
Assistência Social
Diretor(a) RESPONSÁVEL



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PALHOÇA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Secretaria Municipal de Assistência Social de Palhoça – SC, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **Saúde Mental das Equipes de Referência que Atuam nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social da Grande Florianópolis - SC**, e cumprimos os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Palhoça, 31/07/2018.

ASSINATURA:

Rosângela Campos
Secretária de Assistência Social
Palhoça / SC

NOME: Rosângela Campos

CARGO: Secretária Municipal de Assistência Social

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

Secretaria Municipal
de Assistência Social
Av. Barão do Rio Branco 235
Centro - Palhoça / SC
Cep. 88.130.101



Secretaria Municipal de Assistência Social
Gabinete

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Secretaria Municipal de Assistência Social de São José –SC, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **Saúde Mental das Equipes de Referência que Atuam nos Centros de Referência Especializada de Assistência Social da Grande Florianópolis –SC**, e cumprirei os Termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Assinatura:.....

São José, 03/10/2018

NOME: Rosemire Bartucheski

CARGO: Secretaria Municipal de Assistência Social

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO PARA USO DE INSTRUMENTO

Re: Solicitação2

Yahoo/Entrada

- **Rosi Silva** <rosi_meri2001@yahoo.com.br>

Para: jeffe_fisio@hotmail.com

2 de out às 15:36

Boa Tarde

Prof. Doutor Jefferson Jovelino Amaral dos Santos

Venho por meio deste, solicitar autorização para utilizar a versão adaptada para o Brasil da escala Warwick-Edinburgh.

Estou desenvolvendo a dissertação para conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, com o tema: "Saúde Mental das Equipes de Referência que atuam nos Centros de Referência Especializado de Assistência Social da Grande Florianópolis". Gostaria da autorização para que este instrumento faça parte do protocolo de pesquisa.

Também agradeço se puderem disponibilizar os materiais da validação.

Desde já agradeço a atenção

RosiMeri da Silva.



Livre de vírus. www.avg.com.

-
- **Jefferson Santos** <jeffe_fisio@hotmail.com>

Para: Rosi Silva

3 de out às 13:54

Olá Rosi,

Fico feliz pelo seu trabalho com a escala. Você está autorizada a utiliza-lá com certeza.

Vc pode encontrar mais detalhes em:

<https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/platform/wemwbs/>

A versão em português do Brasil está em:

https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/platform/wemwbs/researchers/languages/brazilian_version_wemwbs.pdf

Basta vc citar a fonte e está tudo ok. Me avise quando tiver publicado o trabalho ficarei feliz em lê-lo.

Att

Jefferson

[ESCALA DE BEM ESTAR MENTAL DE WARWICK-EDINBURGH](#)

warwick.ac.uk

ESCALA DE BEM ESTAR MENTAL DE WARWICK-EDINBURGH Abaixo se encontram algumas afirmações sobre sentimentos e pensamentos. Marque com um (X), por favor, cada uma das afirmações, a que se aproxima mais do modo como você

[Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale \(WEMWBS\)](#)

warwick.ac.uk

Development of WEMWBS. Strengths of WEMWBS. SWEMWBS. Theses, Unpublished Reports and Work in Progress. Published Papers .FAQs . The Warwick-Edinburgh Mental Well-being scale was developed to enable the monitoring of mental wellbeing in the general population and the evaluation of projects, programmes and policies which aim to improve mental wellbeing.

Re: Solicitação para uso de instrumento2

Yahoo/Entrada

- **Rosi Silva** <rosi_meri2001@yahoo.com.br>
-

Para:geapap@ufrgs.br

2 de out às 16:25

Boa Tarde

Professora Denise Ruschel Bandeira

Venho por meio deste, solicitar autorização para utilizar a versão adaptada para o Brasil da do *O Continuum de Saúde Mental - Forma Curta* (MHC-SF).

Estou desenvolvendo a dissertação para conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, com o tema: "Saúde Mental das Equipes de Referência que atuam nos Centros de Referência Especializado de Assistência Social da Grande Florianópolis". Gostaria da autorização para que este instrumento faça parte do protocolo de pesquisa.

Também gostaria de verificar a possibilidade de disponibilizar os materiais da validação.

Desde já agradeço a atenção

-
- **Grupo de Estudo, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica** <geapap@ufrgs.br>

Para:rosi_meri2001@yahoo.com.br

2 de out às 19:01

Boa tarde, Rosi,

Obrigada pelo interesse na escala. Não há problemas em utilizá-la. De que material estás falando mais exatamente? Tudo o que temos está publicado no artigo (<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v20n2/1413-8271-pusf-20-02-00259.pdf>).

Boa sorte nos teus estudos!

Denise

Mostrar mensagem original

Denise Ruschel Bandeira

<http://lattes.cnpq.br/8076277212019178>

Re: Solicitação3

Yahoo/Entrada

-
- **Rosi Silva** <rosi_meri2001@yahoo.com.br>

Para:adritucci@uol.com.br

Cc:atucci@unifesp.br

2 de out às 14:55

Boa tarde

Venho por meio deste, solicitar autorização para utilizar a versão adaptada para o Brasil da DASS, assim como a disponibilização dos materiais da validação.

Estou desenvolvendo a Pesquisa Intitulada "Saúde mental das equipes de referência dos Centros de Referência Especializado de Assistência Social da Grande Florianópolis". Como tema da dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde e Clínica.

Para tanto, gostaria de utilizar como um dos instrumentos a DASS-21.

Desde já agradeço.

Atenciosamente

RosiMeri da Silva



Livre de vírus. www.avg.com.

• **atucci** <atucci@unifesp.br>

Para:Rosi Silva

2 de out às 15:06

Boa tarde Rosi,

Primeiramente, agradeço seu interesse em utilizar a versão validada para o português do Brasil, realizada por mim e minha aluna Rose. A escala está disponível para uso em pesquisa.

Segue no anexo a dissertação da Rose, na qual encontrará os materiais de validação da mesma, assim como os pontos de corte de cada subescala e a interpretação dos resultados obtidos.

Segue também no anexo o artigo completo, fruto deste trabalho.

Abaixo, segue o link no qual encontrará a versão brasileira final da escala:

<http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/Portuguese/Vignola-Tucci%20Brazilian%20Portuguese.htm>

E nesse outro link encontrará mais informações sobre a DASS, caso necessite: <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/>

Boa sorte com seu estudo,

Profa. Dra. Adriana Marcassa Tucci
Departamento de Saúde, Educação e Sociedade

Universidade Federal de São Paulo

Fwd: Solicitação de uso MaslachBurnout Inventor General Survey
Yahoo/Entrada

- **RosiMeri da Silva** <36106@ufp.edu.pt>

No dia 24 de setembro de 2017 às 12:21, Marcelo Schuster <marcelo.schuster@gmail.com> escreveu:

Bom dia Rosi

Este é um tema muito interessante de estudar, tens minha liberação para uso da escala, afinal é uma escala desenvolvida para estudos e melhoria na vida das pessoas.

Quanto a utilização online, acredito que é uma forma que facilita a pesquisa, uma vez que conseguirá contato mais rápido e abrangente com o público-alvo. Como sugestão, pense em colocar uma ou duas perguntas extras para refinar e confirmar que quem está respondendo seu questionário é realmente o seu público-alvo, eu sempre faço isso em meus questionários online.

Abraços.

Marcelo Schuster

Em 23 de setembro de 2017 10:30, RosiMeri da Silva <36106@ufp.edu.pt> escreveu:

Bom Dia

Meu nome é RosiMeri da Silva, sou Psicóloga, aluna do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Fernando Pessoa em Porto - Portugal.

Venho por meio deste contactá-lo, visto encontrar-me de momento, a realizar a Dissertação de Mestrado sob a orientação da Professora Doutora Izabel Silva. Neste âmbito encontramos a validação da MaslachBurnout Inventor General Survey para o Brasil de sua autoria, considerando que gostaríamos de utilizar este instrumento em uma amostra de trabalhadores dos Centros de Referência de Assistência Social - CREAS, vimos, por isso, solicitar-lhe autorização para administração e consequente utilização do mesmo, sendo garantido a referência ao estudo realizado por você.

Também aproveito para perguntar sua opinião no que se refere a aplicação online deste instrumento.

Desde já agradeço a atenção e apoio. RosiMeri da Silva

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Equipe de Referência)

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “**Saúde Mental das Equipes de Referência que Atuam nos Centros de Referência Especializada de Assistência Social da Grande Florianópolis-SC**”. A pesquisa está vinculada ao Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (UFP), Porto-Portugal, sendo conduzida pela mestranda RosiMeri da Silva e supervisionada pela Professora Dra. Isabel Silva. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante, esse é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com a pesquisadora. Por favor, leia com atenção e calma, aproveite para esclarecer suas dúvidas.

Participante/Participantes da pesquisa: profissionais que compõem as equipes de referência dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social, dos municípios de médio e grande porte da grande Florianópolis. Sua participação se dará pelo preenchimento de um protocolo de pesquisa constituído por: questionário sociodemográfico, escala de bem-estar mental de *Warwick-Edinburg* (WEMWBS), versão reduzida da Escala *Continuum* de Saúde Mental (MSC-SF) para adultos, versão reduzida da Escala de Ansiedade Depressão e Estresse-Escalas DASS-21 e Escala MBI-GS (*Maslach Burnout Inventory*) em suas três dimensões (exaustão, cinismo e eficácia no trabalho). O protocolo será administrado em data e horário previamente autorizado por sua chefia imediata com sua anuência, já que este será realizado no local de trabalho, respeitando à sua rotina de trabalho e em local apropriado. O tempo médio estimado para preenchimento do protocolo de pesquisa é de uma hora. O protocolo de pesquisa só será aplicado após análise e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas e com seu aceite e assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Justificativa e objetivo geral: Apesar de inúmeras pesquisas na área de saúde mental em grupos de trabalhadores, ainda, há uma grande carência de material disponível que verse sobre os fatores que influenciam na manutenção ou no prejuízo da saúde mental de equipes de referência que atuam em Centros de Referência de Assistência Social – CREAS, frente a esta realidade, o objetivo da presente pesquisa é identificar os fatores que podem favorecer e os fatores que podem prejudicar a saúde mental positiva, bem-estar, doença mental e sintomas de psicopatologia das equipes de referência que atuam

nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS, da Grande Florianópolis.

Quanto aos desconfortos e riscos inerentes a sua participação nesta pesquisa: A participação nesta pesquisa não envolve risco antecipado, serão feitos esforços para não haver desconforto ou constrangimento que possam causar qualquer efeito nocivo aos participantes. No entanto, poderão ocorrer situações psíquicas, de estresse e ansiedade quanto à insegurança em responder os instrumentos. Vale salientar quanto aos danos físicos, os quais podem estar relacionados ao cansaço e mal estar devido a mais uma atividade a ser desenvolvida pelo profissional. Caso qualquer situação aconteça a entrevista será interrompida imediatamente e a pesquisadora fará o acolhimento.

Acompanhamento e assistência: Se necessário você terá acompanhamento de uma das pesquisadoras. Caso seja necessário uma intervenção mais freqüente por profissional especializado, serão agendados atendimentos semanais junto à pesquisadora e Psicóloga RosiMeri da Silva ou encaminhado pela mesma a equipes especializadas de acordo com a demanda exposta, sendo de responsabilidade da pesquisado os custos com tais encaminhamentos.

Benefícios: A participação nesta pesquisa não envolve benefício direto ao participante, mas o participante desta pesquisa estará contribuindo para produção teórica brasileira sobre a saúde mental positiva, bem estar, doença mental e sintomas de psicopatologia nas equipes de referência que atuam nos CREAS. Bem como, fornecer subsídios aos gestores municipais que atuam na política de Assistência Social sobre o tema proposta.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será passada a outras pessoas. As informações fornecidas somente serão utilizadas em publicações de artigos científicos ou outros trabalhos em eventos científicos. A identificação do seu protocolo de pesquisa será por CREAS 1, CREAS 2 e assim sucessivamente, não terá em nenhum momento identificação do seu nome.

Ressarcimento: Sua participação será voluntária não havendo qualquer tipo de ressarcimento facultando-se aos participantes o direito de desistir do estudo em qualquer fase em que ele se encontre. A presente pesquisa será realizado durante as atividades rotineiras dos profissionais nos CREAS, da grande Florianópolis, e em momento reservado e definido de acordo com suas possibilidades e necessidades, não onerando em despesas. Contudo, o referido estudo segue a Resolução CNS n. 510 de 2016

conforme os Artigos 2º. Inciso XXIV E Artigo 17, Inciso VII, será garantido ressarcimento para despesas imprevistas, de qualquer natureza que possam vir a surgir, além de garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, conforme Código Civil, Lei 10.406/2002.

Contato: caso necessário, você poderá entrar em contato com a **Pesquisadora RosiMeri da Silva**, na Prefeitura Municipal de Angelina - Secretaria Municipal de Educação, Cultura e Desporto. Rua Manoel Lino Koerich, 80, Centro, Angelina/SC; CEP 88460-000; de segunda à sexta - 08h00min às 17h00min, no telefone (48) 32741155 ou (48) 991421125 e no e-mail: 36106@ufp.edu.pt.

Em caso de dúvidas, você pode entrar em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (CEP/SES/SC), Rua Esteves Júnior, 160 - Centro, Florianópolis- SC, que atende ao público de pesquisa no horário das 13h00min às 19h00min, de segunda às sextas-feiras ou por meio do telefone (48) 3664-7218, e-mail: cepses@saude.sc.gov.br.

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) no endereço SRNTV 701, Via W 5 Norte – Edifício PO 700, 3º. Andar. Bairro Asa Norte. Brasília/DF, CEP: 70.719-049, que atende ao público de pesquisa no horário das 8h00min às 18h00min, de segunda às sextas-feiras. Telefone: (61) 3315-5877E-mail: conep@saude.gov.br.

Horário de atendimento “online” das 8h00min às 20h00min

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, aceito participar.

Nome do(a) participante: _____ Data: ___/___/___.

Responsabilidade do Pesquisador: Asseguro ter cumprido as exigências da Asseguo ter cumprido as exigências da Resolução nº 466/2012 e Resolução 510/2016 do CNS, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento.

_____ Data: ___/___/___.

(Assinatura do pesquisador)

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Equipe de Referência
“focus group”)

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “**Saúde Mental das Equipes de Referência que Atuam nos Centros de Referência Especializada de Assistência Social da Grande Florianópolis-SC**”. A pesquisa está vinculada ao Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (UFP), Porto-Portugal, sendo conduzida pela mestranda RosiMeri da Silva e supervisionado pela Professora Dra. Isabel Silva. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante, esse é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com a pesquisadora. Por favor, leia com atenção e calma, aproveite para esclarecer suas dúvidas.

Participante/Participantes da pesquisa: O *focus group* será realizado com mediação da pesquisadora a partir de um guião elaborado previamente, com perguntas abertas sobre a temática da pesquisa. Será constituído de cinco a dez membros das equipes de referência de cada CREAS participante do estudo, sendo estes convidados a participarem do *focus group* de forma voluntária e aleatória, sendo que a orientação da pesquisadora é de que sejam membros de diferentes equipes e turnos de trabalho, com o objetivo de garantindo certo nível de homogeneidade em cada grupo. O *focus group* será realizado no ambiente de trabalho, sendo agendado de acordo com a disponibilidade dos participantes, com prévia anuência da coordenação ou direção de cada equipamento, respeitando à sua rotina de trabalho e em local apropriado. O *focus group* será realizado no tempo máximo de uma hora, sendo gravado para facilitar a transcrição das falas, e com prévia autorização dos participantes, sendo que nas transcrições a identidade do participante será mantida em sigilo, sendo usado para identificar CREAS 1, CREAS 2 e assim por diante. O *focus group* só será realizado após análise e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas com seu aceite e assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Justificativa e objetivo geral: Apesar de inúmeras pesquisas na área de saúde mental em grupos de trabalhadores, ainda, há uma grande carência de material disponível que verse sobre os fatores que influenciam na manutenção ou no prejuízo da saúde mental de equipes de referência que atuam em Centros de Referência de Assistência Social – CREAS, frente a esta realidade, o objetivo da presente pesquisa é identificar os fatores que podem favorecer e os fatores que podem prejudicar a saúde mental positiva, bem-

estar, doença mental e sintomas de psicopatologia das equipes de referência que atuam nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS, da Grande Florianópolis.

Quanto aos desconfortos e riscos inerentes a sua participação nesta pesquisa: A participação nesta pesquisa não envolve risco antecipado, serão feitos esforços para não haver desconforto ou constrangimento que possam causar qualquer efeito nocivo aos participantes. No entanto, poderão ocorrer situações psíquicas, de estresse e ansiedade quanto à insegurança em responder as questões frente a outros colegas de trabalho. Vale salientar quanto aos danos físicos, os quais podem estar relacionados ao cansaço e mal estar devido a mais uma atividade a ser desenvolvida pelo profissional. Caso qualquer situação aconteça o *focus group* será interrompido imediatamente e a pesquisadora fará o acolhimento.

Acompanhamento e assistência: Se necessário você terá acompanhamento de uma das pesquisadoras. Caso seja necessária uma intervenção mais freqüente por profissional especializado, serão agendados atendimentos semanais junto à pesquisadora e Psicóloga RosiMeri da Silva ou encaminhado pela mesma a equipes especializadas de acordo com a demanda exposta, sendo de responsabilidade da pesquisado os custos com tais encaminhamentos.

Benefícios: A participação nesta pesquisa não envolve benefício direto ao participante, mas o participante desta pesquisa estará contribuindo para produção teórica brasileira sobre a saúde mental positiva, bem estar, doença mental e sintomas de psicopatologia nas equipes de referência que atuam nos CREAS. Bem como, fornecer subsídios aos gestores municipais que atuam na política de Assistência Social sobre o tema proposta.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será passada a outras pessoas. As informações fornecidas somente serão utilizadas em publicações de artigos científicos ou outros trabalhos em eventos científicos. A identificação dos dados do *focus group* será por CREAS 1, CREAS 2 e assim sucessivamente, não terá em nenhum momento identificação do seu nome.

Ressarcimento: Sua participação será voluntária não havendo qualquer tipo de ressarcimento facultando-se aos participantes o direito de desistir do estudo em qualquer fase em que ele se encontre. A presente pesquisa será realizada durante as atividades rotineiras dos profissionais nos CREAS, da grande Florianópolis, e em momento

reservado e definido de acordo com suas possibilidades e necessidades, não onerando em despesas. Contudo, o referido estudo segue a Resolução CNS n. 510 de 2016 conforme os Artigos 2º. Inciso XXIV E Artigo 17, Inciso VII, será garantido ressarcimento para despesas imprevistas, de qualquer natureza que possam vir a surgir, além de garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, conforme Código Civil, Lei 10.406/2002.

Contato: caso necessário, você poderá entrar em contato com a **Pesquisadora RosiMeri da Silva**, na Prefeitura Municipal de Angelina - Secretaria Municipal de Educação, Cultura e Desporto. Rua Manoel Lino Koerich, 80, Centro, Angelina/SC; CEP 88460-000; de segunda à sexta - 08h00min às 17h00min, no telefone (48) 32741155 ou (48) 991421125 e no e-mail: 36106@ufp.edu.pt.

Em caso de dúvidas, você pode entrar em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (CEP/SES/SC), Rua Esteves Júnior, 160 - Centro, Florianópolis- SC, que atende ao público de pesquisa no horário das 13h00min às 19h00min, de segunda às sextas-feiras ou por meio do telefone (48) 3664-7218, e-mail: cepses@saude.sc.gov.br.

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) no endereço SRNTV 701, Via W 5 Norte – Edifício PO 700, 3º. Andar. Bairro Asa Norte. Brasília/DF, CEP: 70.719-049, que atende ao público de pesquisa no horário das 8h00min às 18h00min, de segunda às sextas-feiras. Telefone: (61) 3315-5877E-mail: conep@saude.gov.br.

Horário de atendimento “online” das 8h00min às 20h00min

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, aceito participar.

Nome do (a) participante: _____ Data: ____/____/____.

Responsabilidade do Pesquisador: Asseguro ter cumprido as exigências Asseguro ter cumprido as exigências da Resolução nº 466/2012 e Resolução 510/2016 do CNS, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento.

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

ANEXO E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Equipe de Referência-
Coordenador ou Diretor)

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “**Saúde Mental das Equipes de Referência que Atuam nos Centros de Referência Especializada de Assistência Social da Grande Florianópolis-SC**”. A pesquisa está vinculada ao Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (UFP), Porto-Portugal, sendo conduzida pela mestrandia RosiMeri da Silva e supervisionado pela Professora Dra. Isabel Silva. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante, esse é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com a pesquisadora. Por favor, leia com atenção e calma, aproveite para esclarecer suas dúvidas.

Participante/Participantes da pesquisa: profissionais que compõem as equipes de referência dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social, dos municípios de médio e grande porte da grande Florianópolis, neste caso, prioritariamente os que atuam como Coordenadores ou correlatos nestes equipamentos. Sua participação se dará pelo preenchimento de um protocolo de pesquisa constituído por: questionário sociodemográfico, escala de bem-estar mental de Warwick-Edinburg (WEMWBS), versão reduzida da Escala *Continuum* de Saúde Mental (MSC-SF) para adultos, versão reduzida da Escala de Ansiedade Depressão e Estresse-Escalas DASS-21 e Escala MBI-GS (*Maslach Burnout Inventory*) em suas três dimensões (exaustão, cinismo e eficácia no trabalho) e pela realização de uma entrevista semiestruturada, onde você responderá questões inerentes ao ambiente de trabalho e das equipes sob sua responsabilidade, a entrevista será gravado em áudio, sendo que seu nome, ou qualquer dado que possa lhe identificar não serão utilizados. O protocolo de pesquisa e a entrevista serão realizados em data e horário que melhor se enquadrar a você, sem que haja qualquer transtorno a sua rotina de trabalho, já que este será realizado no local de trabalho. O tempo médio estimado para preenchimento do protocolo e realização da entrevista é de 1h30min, o protocolo só será aplicado após análise e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e com seu aceite e assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Justificativa e objetivo geral: Apesar de inúmeras pesquisas na área de saúde mental em grupos de trabalhadores, ainda, há uma grande carência de material disponível que verse sobre os fatores que influenciam na manutenção ou no prejuízo da saúde mental de equipes de referência que atuam em Centros de Referência de Assistência Social –

CREAS, frente a esta realidade, o objetivo da presente pesquisa é identificar os fatores que podem favorecer e os fatores que podem prejudicar a saúde mental positiva, bem-estar, doença mental e sintomas de psicopatologia das equipes de referência que atuam nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS, da Grande Florianópolis.

Quanto aos desconfortos e riscos inerentes a sua participação nesta pesquisa: A participação nesta pesquisa não envolve risco antecipado, serão feitos esforços para não haver desconforto ou constrangimento que possam causar qualquer efeito nocivo aos participantes. No entanto, poderão ocorrer situações psíquicas, de estresse e ansiedade quanto à insegurança em responder as questões e ao fato de estar sendo gravado. Vale salientar quanto aos danos físicos, os quais podem estar relacionados ao cansaço e mal estar devido a mais uma atividade a ser desenvolvida pelo profissional. Caso qualquer situação aconteça à aplicação do protocolo ou da entrevista será interrompida imediatamente e a pesquisadora fará o acolhimento.

Acompanhamento e assistência: Se necessário você terá acompanhamento de uma das pesquisadoras. Caso seja necessária uma intervenção mais freqüente por profissional especializado, serão agendados atendimentos semanais junto à pesquisadora e Psicóloga Rosi Meri da Silva ou encaminhado pela mesma a equipes especializadas de acordo com a demanda exposta, sendo de responsabilidade da pesquisado os custos com tais encaminhamentos.

Benefícios: A participação nesta pesquisa não envolve benefício direto ao participante, mas o participante desta pesquisa estará contribuindo para produção teórica brasileira sobre a saúde mental positiva, bem estar, doença mental e sintomas de psicopatologia nas equipes de referência que atuam nos CREAS. Bem como, fornecer subsídios aos gestores municipais que atuam na política de Assistência Social sobre o tema proposta.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será passada a outras pessoas. As informações fornecidas somente serão utilizadas em publicações de artigos científicos ou outros trabalhos em eventos científicos. A identificação dos dados será por CREAS 1, CREAS 2 e assim sucessivamente, não terá em nenhum momento identificação do seu nome.

Ressarcimento: Sua participação será voluntária não havendo qualquer tipo de ressarcimento facultando-se aos participantes o direito de desistir do estudo em qualquer fase em que ele se encontre, sem nenhum prejuízo a sua pessoa. A presente pesquisa

será realizada durante as atividades rotineiras dos profissionais nos CREAS, da grande Florianópolis, e em momento reservado e definido de acordo com suas possibilidades e necessidades, não onerando em despesas. Contudo, o referido estudo segue Resolução CNS n. 510 de 2016 conforme os Artigos 2º. Inciso XXIV E Artigo 17, Inciso VII, será garantido ressarcimento para despesas imprevistas, de qualquer natureza que possam vir a surgir, além de garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, conforme Código Civil, Lei 10.406/2002.

Contato: caso necessário, você poderá entrar em contato com a **Pesquisadora RosiMeri da Silva**, na Prefeitura Municipal de Angelina - Secretaria Municipal de Educação, Cultura e Desporto. Rua Manoel Lino Koerich, 80, Centro, Angelina/SC; CEP 88460-000; de segunda à sexta - 08h00min às 17h00min, no telefone (48) 32741155 ou (48) 991421125 e no e-mail: 36106@ufp.edu.pt.

Em caso de dúvidas, você pode entrar em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (CEP/SES/SC), Rua Esteves Júnior, 160 - Centro, Florianópolis- SC, que atende ao público de pesquisa no horário das 13h00min às 19h00min, de segunda às sextas-feiras ou por meio do telefone (48) 3664-7218, e-mail: cepses@saude.sc.gov.br.

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) no endereço SRNTV 701, Via W 5 Norte – Edifício PO 700, 3º. Andar. Bairro Asa Norte. Brasília/DF, CEP: 70.719-049, que atende ao público de pesquisa no horário das 8h00min às 18h00min, de segunda às sextas-feiras. Telefone: (61) 3315-5877E-mail: conep@saude.gov.br. Horário de atendimento “online” das 8h00min às 20h00min

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, aceito participar.

Nome do(a) participante: _____ Data: ____/____/____.

Responsabilidade do Pesquisador: Asseguro ter cumprido as exigências da Resolução nº 466/2012 e Resolução 510/2016 do CNS, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento.

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

ANEXO F

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Este questionário é parte da pesquisa intitulada “**Saúde Mental das Equipes de Referência que Atuam nos Centros de Referência Especializado de Assistência Social da Grande Florianópolis-SC**”, para obtenção do título de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade Fernando Pessoa em Porto – Portugal.

É importante que responda a todas as questões para nós conseguirmos perceber as suas respostas claramente.

Por favor, não escreva nenhuma informação (nome ou outro dado) que o permita identificar. As respostas são anônimas e apenas serão do conhecimento dos investigadores

1- Idade

- menos de 25 anos
- de 26 a 35 anos
- de 36 a 45 anos
- de 46 a 59 anos
- mais de 60 anos

2- Sexo

- masculino
- feminino

3- Escolaridade

- 2º. Grau
- Graduação
- Pós Graduação ou Especialização
- Mestrado
- Doutorado

4- Estado Civil

- Solteiro (a)
- Casado (a) ou em União Estável
- Divorciado (a) ou Separado (a)
- Viúvo (a)
- Outras

5- Há quanto tempo você trabalha no CREAS

- há menos de 1 ano
- de 1 a 2 anos
- de 2 a 5 anos
- de 5 a 10 anos
- há mais de 10 anos

6- Qual sua função no CREAS

- Assistente Social

- Psicólogo (a)
- Outra atividade de nível superior
- Apoio Administrativo

7- Qual é sua carga horária semanal

- 10 horas
- 20 horas
- 30 horas
- 40 horas

8- Qual é seu turno de trabalho

- matutino
- vespertino
- integral

9- Em geral. Como diria que a sua saúde mental é:

- muito boa
- boa
- regular
- ruim
- muito ruim

10- Em geral, como diria que a sua saúde física é:

- muito boa
- boa
- regular
- ruim
- muito ruim

11- Faz uso de medicação psiquiátrica?

- neste momento
- no último mês
- não faz uso de medicação

12- Recebe acompanhamento psicológico?

- sim
- não

13- Os serviços lhes oferecem apoio psicológico?

- sim
- não

14- Os profissionais usam esse apoio psicológico?

- sim
- não

15- Pensam que os serviços lhes devam proporcionar apoio psicológico?

- () sim
- () não

16- Já sentiu necessidade de apoio para executar melhor seu trabalho?

- () sim
- Que tipo de apoio sentiu necessidade:*

- () grupos terapêuticos
- () psicoterapia
- () apoio técnico
- () apoio médico
- () outros _____
- () não

17- No último ano teve de faltar ao trabalho por doença?

- () não
- () sim

18- Teve atestado médico no último ano?

- () não
- () sim

19- Teve que faltar ao trabalho para ir a consultas médicas ou psicológicas no último ano?

- () não
- () sim

ANEXO G
GUIÃO *FOCUS GROUP*

Este guião serve para orientar o “*focus group*”, a ser realizado em cada um dos grupos participantes da pesquisa.

Introdução

Obrigada a todos os grupos participantes (turmas 1,2,3,4 e 5) por aceitarem em participar do “*focus group*”.

Meu nome é Rosi Meri da Silva, sou psicóloga e estou realizando a pesquisa intitulada “**Saúde Mental das Equipes de Referência que Atuam nos Centros de Referência Especializado de Assistência Social da Grande Florianópolis-SC**”, para obtenção do título de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade Fernando Pessoa em Porto – Portugal.

Agradeço mais uma vez a disponibilidade, antes de iniciarmos gostaria de verificar se todos concordam que o “*focus group*” seja gravado em áudio para efeitos de coleta de dados para minha dissertação. Caso não seja possível a gravação em áudio: “Compreendo que a gravação possa causar desconforto. Estariam disponíveis para participar no *focus group* se não for realizada a gravação? Importam-se que tire algumas notas durante esse processo, de forma a que não perca informações importantes?”

O seu nome ou outros dados que permitem identificá-lo (la), não serão utilizados na pesquisa

Saliento que não existe opinião certa ou errada, todas as informações são importantes. Penso que seja importante que todos se apresentem dizendo nome, idade e profissão para facilitar nosso diálogo.

- Qual a percepção que vocês têm sobre o trabalho que desenvolvem no CREAS?
Como o CREAS é percebido hoje?
- Como você percebe a saúde mental do seu grupo de trabalho?
- Há alguma coisa que lhes dê prazer no trabalho realizado no CREAS.
- Têm alguma coisa que lhe causa sofrimento ou desgaste no trabalho realizado no CREAS?
- Como percebe o trabalho no CREAS?
- O que poderá ocasionar?
- Sente que seu trabalho tem valor?
- Como vocês se sentem trabalhando no CREAS?
- Quais são os fatores que podem causar bem-estar no trabalho?

- Como este trabalho a faz sentir?
- Quais poderão ser causar dificuldade no trabalho?
- O que o CREAS poderia oferecer para o trabalho não ser tão desgastante?
- Quais os sentimentos mais evidentes no trabalho com as famílias no CREAS?
- Você utiliza alguma estratégia para manutenção da saúde mental, qual ou quais seriam?
- Como é trabalhar com pessoas que têm seus direitos violados?
- Como vocês percebem seu bem-estar e saúde mental durante o horário de trabalho do CREAS?
- Como vocês se sentem ao saírem do trabalho e chegarem a suas casas?
- Como vocês considera seu bem-estar e sua saúde mental?
- Vocês percebem da existência de problemas mentais na equipe de trabalho do CREAS? Quais seriam os problemas mais frequentes?
- Pensam que a instituição deveria proporcionar cuidados coma saúde mental dos seus trabalhadores? Por quê? Quais? De que forma?

ANEXO H
GUIÃO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
Coordenador (a) ou Diretor (a) CREAS

Este guião serve para orientar a entrevista a ser realizada com coordenadores e ou diretores dos CREAS, da Grande Florianópolis, referente à pesquisa intitulada “**Saúde Mental das Equipes de Referência que Atuam nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social da Grande Florianópolis-SC**”, conduzido pela Psicóloga RosiMeri da Silva para obtenção do título de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade Fernando Pessoa em Porto – Portugal.

Agradeço a disponibilidade. Antes de iniciarmos gostaria de verificar se você aceita participar da entrevista, considerando a importância dos dados para pesquisa que estou propondo. Também gostaria de verificar se você concorda que a entrevista seja gravada em áudio, para efeitos de coleta de dados para minha dissertação. A gravação tem como único objetivo não perder informação importante durante a entrevista e será destruída imediatamente após a transcrição para análise caso não seja autorizada a gravação, você permite que faça algumas anotações durante a entrevista?

1. O que você entende por bem-estar e saúde mental?
2. Como percebe a saúde e bem-estar nos profissionais? Você considera este um domínio importante?
3. Como você descrever a rotina de trabalho da equipe de referência do CREAS?
4. Qual o número de famílias atendidas por equipe de referência neste CREAS?
5. Como você percebe a equipe referência do CREAS no que se refere à saúde mental?
6. Quais os sentimentos mais presentes nas equipes durante o trabalho no CREAS?
7. Como se sente durante o dia de trabalho no CREAS?
8. No seu trabalho, há alguma coisa que lhe proporcione prazer? O quê?
9. Qual sua opinião a respeito do ambiente de trabalho do CREAS.
10. Como você considera seu bem-estar e saúde mental neste contexto de trabalho.
11. Tem alguma coisa que lhe causa sofrimento e desgaste durante o trabalho no CREAS?
12. Como você percebe os sentimentos da equipe de referência em relação ao atendimento a famílias com direitos violados?
13. Qual sua percepção no que se refere aos seus sentimentos das equipes em trabalhar no CREAS?

14. Percebe da existência de perturbação/doença mental nos trabalhadores do CREAS?
15. Existe algum trabalho de prevenção à saúde mental dos trabalhadores do CREAS?
16. Quando estas perturbações estão presentes existe algum trabalho com os profissionais das equipes, cuida-se dos profissionais de alguma forma?

ANEXO I

ESCALA DE BEM-ESTAR MENTAL DE WARWICK-EDINBURGH

Abaixo se encontram algumas afirmações sobre sentimentos e pensamentos.

Marque com um (X), por favor, cada uma das afirmações, a que se aproxima mais do modo como você tem se sentido nas últimas duas semanas.

| | | NUNCA | RARAMENTE | ALGUMAS VEZES | FREQUENTEMEN TE | SEMPRE |
|-----|--|-------|-----------|------------------|--------------------|--------|
| 1. | Tenho me sentido otimista em relação ao futuro. | | | | | |
| 2. | Tenho me sentido útil. | | | | | |
| 3. | Tenho me sentido tranquilo(a). | | | | | |
| 4. | Tenho me sentido interessado (a) nas outras pessoas. | | | | | |
| 5. | Tenho tido energia de sobra. | | | | | |
| 6. | Tenho lidado bem com os problemas. | | | | | |
| 7. | Tenho pensado com clareza. | | | | | |
| 8. | Tenho me sentido bem comigo mesmo(a). | | | | | |
| 9. | Tenho me sentido próximo(a) às outras pessoas. | | | | | |
| 10. | Tenho me sentido confiante. | | | | | |
| 11. | Tenho sido capaz de tomar minhas próprias decisões. | | | | | |
| 12. | Tenho me sentido amado(a) [querido(a)]. | | | | | |
| 13. | Tenho me interessado por coisas novas. | | | | | |
| 14. | Tenho me sentido alegre. | | | | | |

The Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS), Brazilian Portuguese version validated by Santos, JJA et al (2015).

ANEXO J

ESCALA CONTINUUM DE SAÚDE MENTAL - MHC-SF

Por favor, responda às questões que você já fez durante o último mês. A resposta foi melhor para representar a experiência com que você teve uma experiência ou sentido da maneira descrita. Durante o último mês, com a frequência você sentiu:

| 1 Nunca | 2 Uma ou duas vezes | 3 Cerca de uma vez por semana | 4 Cerca de 2 ou 3 vezes por semana | 5 Quase todos os dias | 6 Todos os dias | | | | |
|--|---------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Feliz | | | | | | | | | |
| Interessada (o) pela vida. | | | | | | | | | |
| Satisfeito (a). | | | | | | | | | |
| Que você teve algo importante para contribuir para a sociedade. | | | | | | | | | |
| Que você pertencia a uma comunidade (como um grupo social ou sua vizinhança). | | | | | | | | | |
| Que a nossa sociedade esta se tornando um lugar melhor para as pessoas como você. | | | | | | | | | |
| Que as pessoas, em geral, são boas. | | | | | | | | | |
| Que forma como a nossa sociedade funciona faz sentido para você. | | | | | | | | | |
| Que você gostava da maior parte de suas características de personalidade. | | | | | | | | | |
| Que você administrou bem as responsabilidades do seu dia a dia. | | | | | | | | | |
| Que você tinha relacionamentos afetuosos e de confiança com outras pessoas. | | | | | | | | | |
| Que você teve experiências que o desafiaram a crescer e tornar-se uma pessoa melhor. | | | | | | | | | |
| Que você foi confiante para pensar ou expressar suas idéias e opiniões próprias. | | | | | | | | | |
| Que sua vida tem um propósito ou um sentido. | | | | | | | | | |

ANEXO K

ESCALA DE ANSIEDADE DEPRESSÃO E ESTRESSE-Escalas DASS-21



Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista

Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde

DASS – 21 Versão traduzida e validada para o português do Brasil
Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M.

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado 0,1,2 ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

- 0 Não se aplicou de maneira alguma
- 1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- 2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- 3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

| | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| 1 | Achei difícil me acalmar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Senti minha boca seca | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Senti tremores (ex. nas mãos) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | Senti que estava sempre nervoso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 | Senti que não tinha nada a desejar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Senti-me agitado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 | Achei difícil relaxar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13 | Senti-me depressivo (a) e sem ânimo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14 | Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15 | Senti que ia entrar em pânico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 | Não consegui me entusiasmar com nada | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 | Senti que não tinha valor como pessoa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18 | Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19 | Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20 | Senti medo sem motivo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21 | Senti que a vida não tinha sentido | 0 | 1 | 2 | 3 |

ANEXO L

ESCALA MBI-GS (MASLACH BURNOUT INVENTORY GENERAL SURVEY)

Em seguida, serão apresentadas 16 afirmações sobre sentimentos em relação ao trabalho. Por favor, leia com atenção cada uma das frases e pense se alguma vez se sentiu dessa forma em relação ao seu trabalho. Se já teve esse sentimento, assinale o que melhor descreve a frequência com que se sente dessa forma.

| | Nunca | Uma vez ao ano ou menos | Uma vez ao mês ou menos | Algumas vezes ao mês | Uma Vez por semana | Algumas vezes por semana | Todos os dias |
|--|-------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------|
| 1. Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho | | | | | | | |
| 2. Sinto-me esgotado no final de um dia de trabalho | | | | | | | |
| 3. Sinto-me cansado quando me levanto pela manhã e preciso encarar outro dia de trabalho | | | | | | | |
| 4. Trabalhar o dia todo é realmente motivo de tensão para mim | | | | | | | |
| 5. Sinto-me acabado por causa do meu trabalho | | | | | | | |
| 6. Só desejo fazer meu trabalho e não ser incomodado | | | | | | | |
| 7. Sou menos interessado no meu trabalho desde que assumi essa função | | | | | | | |
| 8. Sou menos entusiasmado com o meu trabalho | | | | | | | |
| 9. Sou mais descrente sobre a contribuição do meu trabalho para algo | | | | | | | |

SAÚDE MENTAL DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA QUE ATUAM NOS CENTROS DE
REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 10. Duvido da importância do meu trabalho | | | | | | | |
| 11. Sinto-me entusiasmado quando realizo algo no meu trabalho | | | | | | | |
| 12. Realizo muitas coisas valiosas no meu trabalho | | | | | | | |
| 13. Posso efetivamente solucionar os problemas que surgem no meu trabalho | | | | | | | |
| 14. Sinto que estou dando uma contribuição efetiva para essa organização | | | | | | | |
| 15. Na minha opinião, sou bom no que faço | | | | | | | |
| 16. No meu trabalho, me sinto confiante de que sou eficiente e capaz de fazer com que as coisas aconteçam. | | | | | | | |

ANEXO M

**PARECER CONSUBSTANCIADO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA PLATAFORMA
BRASIL**

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA QUE ATUAM NOS CENTROS DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.

Pesquisador: Isabel Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02631718.7.0000.0115

Instituição Proponente: Universidade Fernando Pessoa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.183.812

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas do arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1235655.pdf" de 14/02/2019.

INTRODUÇÃO

Esta investigação tem como objeto identificar os fatores que podem favorecer e os fatores que podem prejudicar a saúde mental positiva, bem-estar, doença mental e sintomas de psicopatologia das equipes de referência que atuam nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS, da Grande Florianópolis. Apesar de existir muito material publicado sobre a saúde mental em profissionais em vários contextos, dispomos de pouco material que verse sobre os fatores que influenciam na manutenção ou no prejuízo da saúde mental de equipes de referência que atuam em CREAS. O tema proposto é de suma importância para a organização do Sistema Único de Assistência Social, fornecendo indicadores saúde, saúde mental, síndrome de Burnout e bem-estar das equipes de referência que atuam nos CREAS, da grande Florianópolis. Em estudo realizado com Assistentes Sociais, Faermann e Mello (2016), constataram que o sofrimento e o adoecimento vivenciado estão vinculados às suas precárias condições de trabalho, ao não reconhecimento de suas ações, à complexidade das expressões da questão social, à ineficiência das políticas públicas e aos baixos investimentos em recursos econômicos e humanos para o

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.103.812

desenvolvimento de suas atividades. Os autores relatam que as falas dos profissionais na execução da pesquisa, expressam o nível de descontentamento, indicando inclusive sintomas da síndrome de Burnout. De acordo com Pereira (2002, p. 14), o "Burnout passou a ter protagonismo no mundo laboral na medida em que veio a expor grande parte das consequências do impacto das atividades ocupacionais no trabalhador e deste na organização". O Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS é um equipamento público estatal, de extensão municipal ou regional, referência para a oferta de trabalho social a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, que precisam de atendimento especializado na esfera do Sistema Único de Assistência Social - SUAS (Ministério do Desenvolvimento Social, 2011). O SUAS é um sistema público não contributivo, descentralizado e participativo, que tem por atribuição o comando e sistematização da oferta de serviços, programas, projetos e benefícios da política de assistência social em toda a extensão nacional. Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social (2011, pp. 5-6), o SUAS está ordenado por níveis de complexidade: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade, de acordo com a disposição abaixo: I - Serviços de Proteção Social Básica: a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos. II - Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade: a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); b) Serviço Especializado em Abordagem Social; c) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); d) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; e) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. III - Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade: a) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades: - Abrigo Institucional; - Casa-Lar; - Casa de Passagem; - Residência Inclusiva. b) Serviço de Acolhimento em República; c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; d) "Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências". O CREAS está posto no Serviço de Proteção Social de Média Complexidade. A Proteção Social Especial de Média Complexidade tem por objetivo sistematizar a oferta de serviços, programas e projetos de caráter especializado que demanda máxima formação técnica e operativa, com habilidades e atribuições definidas, determinado ao atendimento às famílias e aos indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos. Nos serviços ofertados pelo CREAS, o público alvo a ser atendido são famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, em consonância às necessidades

Endereço: SRNTV 701, Via W5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-049
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.103.812

reconhecidas no território, tais como: violência física, psicológica e negligência; violência sexual; abuso e/ou exploração sexual; afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida de proteção; situação de rua; abandono; vivência de trabalho infantil; discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia; descumprimento de condicionalidades do Programa Bolsa Família e do PETI em decorrência de situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto de Liberdade Assistida de Prestação de Serviços à Comunidade por adolescentes, dentre outras (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2011). As principais atividades que compõem o trabalho social intrínseco ao serviço a ser realizado pelas equipes do CREAS são: acolhida; escuta; estudo social; diagnóstico socioeconômico; monitoramento e avaliação do serviço; orientação e encaminhamentos para a rede de serviços locais; construção de plano individual e/ou familiar de atendimento; orientação sócio-familiar; atendimento psicossocial; orientação jurídico-social; referência e contra-referência; informação, comunicação e defesa de direitos; apoio à família na sua função protetiva; acesso à documentação pessoal; mobilização, identificação da família extensa ou ampliada; articulação da rede de serviços socioassistenciais; articulação com os serviços de outras políticas públicas setoriais; articulação interinstitucional com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos; mobilização para o exercício da cidadania; trabalho interdisciplinar; elaboração de relatórios e/ou prontuários; estímulo ao convívio familiar, grupal e social; mobilização e fortalecimento do convívio e de redes sociais de apoio; dentre outros (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2011). De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social, através da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2013), o CREAS pode ofertar: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI; Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida e de Prestação de Serviços à Comunidade; Serviço Especializado em Abordagem Social e Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias. Ferrelira (2011), baseado nas Normas Operacionais Básicas de Recursos Humanos, caracteriza equipes de referência como aquelas formadas por servidores efetivos, de diferentes áreas, responsáveis por organizar e ofertar serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e especial, considerando-se o número de famílias e indivíduos referenciados, o tipo de atendimento e as aquisições que devem ser garantidas aos usuários. Segundo tal normativa, as equipes de referência dos CREAS devem ser compostas de um coordenador, um assistente social, um psicólogo, um advogado, dois profissionais de nível superior e um auxiliar administrativo. A literatura aponta que as condições de trabalho podem provocar alterações na saúde mental dos trabalhadores, sendo estas positivas

Endereço: BRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 E-mail: consop@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.103.012

ou negativas, dependendo das estratégias utilizadas por cada pessoa para enfrentar tais demandas. Nos anos 70 Freudenberg (1974), defendeu que o comprometimento ao sentido do trabalho é a origem da exaustão profissional e que os profissionais mais inclinados a desenvolvê-la são aqueles que prestam serviços a outras pessoas, como cuidadores, professores, médicos, enfermeiras e assistentes sociais. Costa (2013) realizou pesquisa com trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) identificando que estes trabalhadores, no atendimento diário de centenas de pessoas em situação de vulnerabilidade, percebem nitidamente os dilemas do trabalhar. Lidando com o sofrimento de outros, esses trabalhadores muitas vezes não conseguem obter, no próprio local de trabalho, resolução satisfatória para seu próprio sofrimento. Além disso, muitas vezes percebem as condições e organização do trabalho mais do que peso, que como instrumento para auxiliar na resolução de suas tarefas cotidianas. Alguns autores consideram que a saúde mental na perspectiva clínica ou epidemiológica dá-se por existência de sintomas que categorizem uma situação de mau funcionamento psíquico, com mudanças em alguma das seguintes áreas: personalidade, pensamento, percepção, memória, inteligência, etc. (Tamayo, Mendes, & Paz, 2000). Os dados do Relatório de Saúde Mental e Bem-Estar da União Europeia (2016), apontam que são expressivos os custos correlacionados aos distúrbios mentais nos locais de trabalho, tais como absentismo elevado, ou rendimentos notadamente inferiores daqueles que sofrem de doenças mentais, as quais são atualmente a principal causa para a obtenção de pensões por invalidez. No Brasil, as estatísticas do Ministério da Previdência e Assistência Social (2012), demonstram que os transtornos mentais e comportamentais ocupam o terceiro lugar em quantidade de concessões de auxílio-doença. Em 2011 o Brasil editou o Decreto n. 7602, que aprovou a criação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho (PNSST), elaborando objetivos, princípios e diretrizes, fixando as obrigações de cada um dos Ministérios do Executivo, de forma a evitar a superposição de atuação ou mesmo a ausência em uma determinada vertente da política nacional. O Ministério da Saúde, considerando a necessidade de implementação de ações de Saúde do Trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS, instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, através da Portaria 1.823, de 23 de agosto de 2012. Dejours, Abdouchell e Jayet (2009), consideram que, durante situações comuns no trabalho, podem ocorrer acontecimentos inesperados, acidentes, imprevistos, dificuldades entre colegas, chefes e até mesmo com os usuários e que essas situações podem ou não se tornar um dos motivos de desenvolvimento ou agravos na saúde física e mental do trabalhador. Mauro, Paz, Mauro, Pinheiro e Silva (2010), destacam que as condições de trabalho não se referem apenas às condições físicas, tais como postura, iluminação, ruído, calor, frio, mas também a outras

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 5º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.103.012

condições, como a vida social, o salário e a visão do trabalhador. A intenção de pesquisa apresentada se faz relevante, considerando o número reduzido de pesquisadoras com equipes de referência que atuam nos CREAS, em especial versando sobre saúde mental positiva, bem-estar, doença mental e sintomas de psicopatologia, podendo assim, contribuir com indicadores para o Sistema Único de Assistência Social.

HIPÓTESE

Não serão definidas hipóteses de estudo iniciais por se tratar de um estudo de natureza exploratória.

METODOLOGIA

Procedimentos gerais: Para realização da presente intenção de pesquisa será necessário solicitar autorização aos pesquisadores que validaram para uso no Brasil a Escalas DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale-21); Escala de bem-estar mental de WarwickEdinburgh; Continuum de Saúde Mental - Forma Curta (MHC-SF) e escala MBI-GS (Maslach Burnout Inventory). Inicialmente será solicitada autorização para liberação dos locais de pesquisa, visitando as Secretarias Municipais de Assistência Social dos municípios de médio e grande porte, da microrregião da grande Florianópolis, responsáveis pelos Centros de Referência Especializados em Assistência Social. Após as devidas autorizações, a intenção de pesquisa será registrada na Plataforma Brasil para ser analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da região da pesquisadora. Posteriormente ao parecer favorável do comitê de ética, será realizado contato telefônico com os Coordenadores ou Diretores dos CREAS para agendar uma visita, quando serão explicados os objetivos da pesquisa e agendada a data para iniciar a coleta de dados, bem como, elucidado o comprometimento da pesquisadora em relação às questões éticas e o esclarecimento de qualquer dúvida acerca do projeto. Quando do aceite desses profissionais para participarem da pesquisa, os mesmos irão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A administração do protocolo de pesquisa com as equipes de referência dos CREAS será realizada em data e horário previamente autorizado pela chefia imediata com sua anuência, já que este será realizado no local de trabalho, respeitando à sua rotina de trabalho e em local apropriado. Será entregue aos participantes o questionário sócio-demográfico, as escalas EADS-21, escala MBI-GS, escala WEMWBS juntamente com a versão reduzida da escala Continuum de Saúde Mental versão reduzida (MSC-SF) para adultos. O tempo médio estimado para preenchimento do protocolo de pesquisa é de uma hora. O protocolo de pesquisa só será aplicado após análise e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa

Endereço: BRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.710-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.103.012

e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e com seu aceite e assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No final da aplicação do protocolo de pesquisa, serão convidadas a participar do "focusgroup", de cinco a dez membros das equipes de referência de cada CREAS participante do estudo, sendo estes convidados a participarem do focus group de forma voluntária e aleatória, sendo que a orientação da pesquisadora é de que sejam membros de diferentes equipes e turnos de trabalho, com o objetivo de garantindo certo nível de homogeneidade em cada grupo. O focus group será realizado com mediação da pesquisadora a partir de um guia elaborado previamente, com perguntas abertas sobre a temática da pesquisa. O focus group será realizado no ambiente de trabalho, sendo agendado de acordo com a disponibilidade dos participantes, com prévia anuência da coordenação ou direção de cada equipamento, respeitando à sua rotina de trabalho e em local apropriado. O focus group será realizado no tempo máximo de uma hora, sendo gravado para facilitar a transcrição das falas, e com prévia autorização dos participantes, sendo que nas transcrições a identidade do participante será mantida em sigilo, sendo usado para identificar CREAS 1, CREAS 2 e assim por diante. No caso específico dos coordenadores ou Diretores dos CREAS, que também compõem as equipes de referência, além do protocolo de pesquisa já citado, irão ser convidados a participarem de uma entrevista semiestruturada, onde irão responder questões inerentes ao ambiente de trabalho e das equipes sob sua responsabilidade, a entrevista será gravado em áudio, sendo que seu nome, ou qualquer dado que possa lhe identificar não serão utilizados. O protocolo de pesquisa e a entrevista serão realizados em data e horário que melhor se enquadrar a você, sem que haja qualquer transtorno a sua rotina de trabalho, já que este será realizado no local de trabalho.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos na pesquisa, profissionais que façam parte das equipes de referência dos CREAS da grande Florianópolis, considerando o previsto na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS e a Resolução Nº 17, de 20 de junho de 2011 do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não serão incluídos na pesquisa profissionais que estiverem de férias, licença maternidade, auxílio doença e ou atestado, no momento da aplicação do protocolo de pesquisa. Também não serão incluídos profissionais que não fazem parte da equipe de referência dos CREAS da grande

Endereço: BRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte CEP: 70.710-040
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 E-mail: consep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.103.812

Florianópolis, conforme legislação vigente.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

A presente proposta de pesquisa tem por objetivo geral Identificar os fatores que podem favorecer e os fatores que podem prejudicar a saúde mental positiva, bem-estar, doença mental e sintomas de psicopatologia das equipes de referência que atuam nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS, da Grande Florianópolis.

OBJETIVO SECUNDÁRIO

- a) Descrever o nível de saúde mental positiva, bem-estar, doença mental e psicopatologia tendo em conta as variáveis sociodemográficas e profissionais;
- b) Caracterizar a amostra em termos dos níveis de bem-estar total;
- c) Caracterizar a saúde mental das equipes em termos de saúde mental positiva, bem estar, doença mental e sintomas de psicopatologia;
- d) Caracterizar a amostra em termos do bem-estar e satisfação no trabalho;
- e) Caracterizar a saúde mental global das equipes;
- f) Analisar se existe associação entre saúde mental positiva, bem-estar, doença mental e sintomas de psicopatologia nestes profissionais;
- g) Analisar a existência de associação entre a percepção do estado de saúde em geral e o ambiente de trabalho;
- h) Analisar a associação entre a saúde mental positiva e bem-estar nas equipes;
- i) Analisar a associação entre as dimensões do bem-estar emocional, bem-estar social e bem-estar psicológico com o ambiente de trabalho;
- j) Investigar a relação entre a saúde mental global, depressão, ansiedade e estresse, e ambiente de trabalho;
- k) Avaliar a existência e o grau de síndrome de Burnout nas equipes;
- l) Analisar os níveis da síndrome de Burnout nas dimensões de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal;
- m) Verificar a existência de associação entre a síndrome de Burnout e as variáveis sociodemográficas e ambiente de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Quanto aos desconfortos e riscos inerentes a sua participação nesta pesquisa: A participação nesta

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-049
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.103.912

pesquisa não envolve risco antecipado, serão feitos esforços para não haver desconforto ou constrangimento que possam causar qualquer efeito nocivo aos participantes. No entanto, poderão ocorrer situações psíquicas, de estresse e ansiedade quanto à insegurança em responder os instrumentos. Vale salientar quanto aos danos físicos, os quais podem estar relacionados ao cansaço e mal estar devido a mais uma atividade a ser desenvolvida pelo profissional. Caso qualquer situação aconteça a entrevista será interrompida imediatamente e a pesquisadora fará o acolhimento. Acompanhamento e assistência: Se necessário você terá acompanhamento de uma das pesquisadoras. Caso seja necessário uma intervenção mais frequente por profissional especializado, serão agendados atendimentos semanais junto à pesquisadora e Psicóloga Rosi Merl da Silva ou encaminhado pela mesma a equipes especializadas de acordo com a demanda exposta, sendo de responsabilidade da pesquisado os custos com tais encaminhamentos.

BENEFÍCIOS

A participação nesta pesquisa não envolve benefício direto ao participante, mas o participante desta pesquisa estará contribuindo para produção teórica brasileira sobre a saúde mental positiva, bem estar, doença mental e sintomas de psicopatologia nas equipes de referência que atuam nos CREAS. Bem como, fornecer subsídios aos gestores municipais que atuam na política de Assistência Social sobre o tema proposta.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este é um estudo de projeto de mestrado que visa realizar investigação exploratória, através do método misto, com os dados sendo correlacionados e comparados de forma transversal para identificar os fatores que favorecem e prejudicam a "Saúde mental das equipes de referência que atuam nos centros de referência especializado de assistência social". Este estudo visa trabalhar com 200 participantes de pesquisa que atuam nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS, da Grande Florianópolis. Será realizada entrevista com aplicação de questionários específicos para depois realizar revisão sistemática da literatura, análise de dados e início das discussões dos resultados. A pesquisadora está vinculada a Universidade Fernando Pessoa (UFP) Porto/Portugal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de análise de respostas ao parecer pendente nº 3.127.797 emitido pela Conep em

Endereço: BRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-049
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.103.813

03/02/2019:

1. Quanto ao documento intitulado "TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Equipe de Referência)":

1.1. O Registro do Consentimento Livre e Esclarecido e/ou do Assentimento Livre e Esclarecido deve assegurar de forma clara e afirmativa a garantia de ressarcimento ao participante da pesquisa e a descrição das formas de cobertura das despesas realizadas pelo participante decorrentes da pesquisa, quando houver (Resolução CNS n° 510 de 2016, Artigo 17, Inciso VII). Solicita-se Incluir no Processo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou de Assentimento Livre e Esclarecido, bem como no seu Registro, os possíveis gastos como seu reembolso (Resolução CNS n° 510 de 2016, Artigo 2°, Inciso XXIV).

RESPOSTA: Foi elaborado um novo TCLE contemplando as solicitações do parecer consubstanciado, documento anexo a esta carta resposta. O arquivo com as alterações foi incluído na Plataforma Brasil.
ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.2. De forma a garantir sua integridade, o documento deve apresentar a numeração das páginas, recomendando-se ainda que esta seja inserida de forma a indicar, também, o número total de páginas, por exemplo: 1 de 2, 2 de 2, por exemplo. Solicita-se a adequação.

RESPOSTA: Foi revisado o TCLE como solicitado no parecer consubstanciado, sendo incluído o número de páginas, neste caso em especial de 1 a 3. O arquivo com as correções foi incluído na Plataforma Brasil.
ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.3. Solicita-se Incluir no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido e/ou do Assentimento Livre e Esclarecido a informação de que, havendo algum dano decorrente da pesquisa, o participante terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS n° 510 de 2016, Artigo 19).

RESPOSTA: Foi revisado o TCLE como solicitado no parecer consubstanciado, sendo incluída nova redação com a inclusão dos itens solicitados, com o título "Ressarcimento", conforme documento anexado a este. O arquivo com as correções foi incluído na Plataforma Brasil.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: BRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

Página 02 de 13

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.103.912

1.4. O Processo e Registro do Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Assentimento Livre e Esclarecido deve informar os meios de contato com o CEP (endereço, E-MAIL e TELEFONE nacional), assim como os horários de atendimento ao público. Também é necessário apresentar, em linguagem simples, uma breve explicação sobre o que é o CEP. Como o estudo envolve análise ética pela Conep, estas recomendações também devem ser estendidas a esta Comissão (Resolução CNS n° 510 de 2016, Artigo 17, Incisos IX e X). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Foi reviso o TCLE de acordo como o solicitado no parecer consubstanciado, sendo incluídos os endereços e formas de acesso ao CEP e CONEP, conforme documento anexado a este. O arquivo com as correções foi incluído na Plataforma Brasil.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Quanto ao documento intitulado "TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Equipe de Referência- focusgroup)":

2.1. O Registro do Consentimento Livre e Esclarecido e/ou do Assentimento Livre e Esclarecido deve assegurar de forma clara e afirmativa a garantia de ressarcimento ao participante da pesquisa e a descrição das formas de cobertura das despesas realizadas pelo participante decorrentes da pesquisa, quando houver (Resolução CNS n° 510 de 2016, Artigo 17, Inciso VII). Solicita-se incluir no Processo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou de Assentimento Livre e Esclarecido, bem como no seu Registro, os possíveis gastos como seu reembolso (Resolução CNS n° 510 de 2016, Artigo 2°, Inciso XXIV).

RESPOSTA: Foi elaborado um novo TCLE contemplando as solicitações do parecer consubstanciado, documento anexo a esta carta resposta. O arquivo com as alterações foi incluído na Plataforma Brasil.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.2. De forma a garantir sua integridade, o documento deve apresentar a numeração das páginas, recomendando-se ainda que esta seja inserida de forma a indicar, também, o número total de páginas, por exemplo: 1 de 2, 2 de 2, por exemplo. Solicita-se a adequação.

RESPOSTA: Foi reviso o TCLE como solicitado no parecer consubstanciado, sendo incluído o número de páginas, neste caso em especial de 1 a 3. O arquivo com as correções foi incluído na Plataforma Brasil.

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3ª andar
Bairro: Águas Norte CEP: 70.710-040
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (51)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer 3.103.012

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.3. Solicita-se incluir no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido e/ou do Assentimento Livre e Esclarecido a informação de que, havendo algum dano decorrente da pesquisa, o participante terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

RESPOSTA: Foi revisado o TCLE como solicitado no parecer consubstanciado, sendo incluída nova redação com a inclusão dos itens solicitados, com o título "Ressarcimento", conforme documento anexado a este. O arquivo com as correções foi incluído na Plataforma Brasil.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2.4. O Processo e Registro do Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Assentimento Livre e Esclarecido deve informar os meios de contato com o CEP (endereço, E-MAIL e TELEFONE nacional), assim como os horários de atendimento ao público. Também é necessário apresentar, em linguagem simples, uma breve explicação sobre o que é o CEP. Como o estudo envolve análise ética pela Conep, estas recomendações também devem ser estendidas a esta Comissão (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 17, Incisos IX e X). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Foi revisado o TCLE como solicitado no parecer consubstanciado, sendo incluídos os endereços e formas de acesso ao CEP e CONEP, conforme documento anexado a este. O arquivo com as correções foi incluído na Plataforma Brasil.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

3. Quanto ao documento intitulado "TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Equipe de Referência- Coordenador ou Diretor)":

3.1. O Registro do Consentimento Livre e Esclarecido e/ou do Assentimento Livre e Esclarecido deve assegurar de forma clara e afirmativa a garantia de ressarcimento ao participante da pesquisa e a descrição das formas de cobertura das despesas realizadas pelo participante decorrentes da pesquisa, quando houver (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 17, Inciso VII). Solicita-se incluir no Processo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou de Assentimento Livre e Esclarecido, bem como no seu Registro, os possíveis gastos como seu reembolso (Resolução CNS nº 510 de 2016 Artigo 2º, Inciso XXIV).

RESPOSTA: Foi elaborado um novo TCLE contemplando as solicitações do parecer consubstanciado,

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte CEP: 70.710-040
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.183.812

documento anexo a esta carta resposta. O arquivo com as alterações foi incluído na Plataforma Brasil
ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.2. De forma a garantir sua integridade, o documento deve apresentar a numeração das páginas, recomendando-se ainda que esta seja inserida de forma a indicar, também, o número total de páginas, por exemplo: 1 de 2, 2 de 2, por exemplo. Solicita-se a adequação

RESPOSTA: Foi revisto o TCLE como solicitado no parecer consubstanciado, sendo incluído o número de páginas, neste caso em especial de 1 a 3. O arquivo com as correções foi incluído na Plataforma Brasil.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.3. Solicita-se incluir no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido e/ou do Assentimento Livre e Esclarecido a informação de que, havendo algum dano decorrente da pesquisa, o participante terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS n° 510 de 2016, Artigo 19).

RESPOSTA: Foi revisto o TCLE como solicitado no parecer consubstanciado, sendo incluída nova redação com a inclusão dos itens solicitados, com o título "Ressarcimento", conforme documento anexado a este. O arquivo com as correções foi incluído na Plataforma Brasil.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.4. O Processo e Registro do Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Assentimento Livre e Esclarecido deve informar os meios de contato com o CEP (endereço, E-MAIL e TELEFONE nacional), assim como os horários de atendimento ao público. Também é necessário apresentar, em linguagem simples, uma breve explicação sobre o que é o CEP. Como o estudo envolve análise ética pela Conep, estas recomendações também devem ser estendidas a esta Comissão (Resolução CNS n° 510 de 2016, Artigo 17, Incisos IX e X). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Foi revisto o TCLE como solicitado no parecer consubstanciado, sendo incluídos os endereços e formas de acesso ao CEP e CONEP, conforme documento anexado a este. O arquivo com as correções foi incluído na Plataforma Brasil.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.5. A Resolução CNS n° 510 de 2016, Artigo 17, Inciso I, prevê que o Registro do Consentimento

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.103.812

Livre e Esclarecido e/ou do Assentimento Livre e Esclarecido, em suas diferentes formas, deve conter "a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, com informação sobre métodos a serem utilizados, em linguagem clara e acessível, aos participantes da pesquisa, respeitada a natureza da pesquisa". O documento apresentado não esclarece ao participante de pesquisa sobre os procedimentos adotados, no que se refere ao local e tempo dispensado para sua participação no estudo. Solicita-se incluir nesse e nos demais documentos pertinentes, os itens solicitados.

RESPOSTA: Foi alterada a redação dos três TCLE, sendo incluídos "justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa", em cada situação. Também foi alterado no de pesquisa em procedimentos Éticos. Os arquivos foram incluídos na Plataforma Brasil com a extensão modificada.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. Quanto ao documento intitulado "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1235655.pdf", postado em 18/10/2018, os projetos de área temática especial serão analisados pela Conep, conforme dispõe o item IX.4, 1 a 9, da Resolução CNS n° 466 de 2012. O presente protocolo de pesquisa não se enquadra em nenhum dos itens, e nem é pertencente ao item "pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro" (sub-item 8, item IX.4, Resolução CNS n° 466 de 2012). A pesquisadora realizará pesquisa para o programa de pós-graduação, com financiamento próprio. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Foi alterado no cadastro no projeto junto a Plataforma Brasil, conforme orientações.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

5. Quanto ao documento intitulado "CRONOGRAMA.PDF", postado em 18/10/2018:

5.1. Verifica-se que: "visita e convite aos profissionais das equipes de referência dos CREAS; Aplicação do protocolo de pesquisa junto às equipes de referência dos CREAS participantes; Encontro de "focusgroup" nos CREAS participantes da pesquisa; Aplicação das entrevistas semiestruturadas junto aos coordenadores ou diretores dos CREAS participantes" se darão de dezembro a janeiro de 2019. O Sistema CEP/CONEP não analisa protocolos já implementados. Cabe ao investigador esclarecer se ocorreu o contato com os participantes da pesquisa e reafirmar que nenhum dado será coletado antes da aprovação ética do protocolo de pesquisa. Solicita-se

Endereço: BRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte CEP: 70.710-040
UF: DF Município: BRASÍLIA E-mail: conep@saude.gov.br
Telefone: (61)3315-5877

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.103.812

adequação.

RESPOSTA: Cabe informar que a pesquisadora havia feito uma previsão de início da coleta de dados, considerando um prazo de 45 dias para emissão do parecer, pois não tinha experiência nesta plataforma. Reforço que o único contato realizado foi com as Secretarias Municipais de Assistência para obter a Carta de Anuência para realização da pesquisa. Perante o exposto o Cronograma foi adequado a realidade atual. O arquivo foi incluído na Plataforma Brasil com a extensão modificada.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

6. Solicita-se que seja inserida para análise a declaração de anuência (autorização) do órgão onde se realizará a pesquisa.

RESPOSTA: Saliento que o documento ora solicitado já estava nos anexos do Projeto Original, no entanto, estou anexando a esta resposta e incluindo em arquivo separado na Plataforma Brasil. Saliento que o responsável pela autorização para realização da presente Pesquisa nos CREAS são os Secretários (as) Municipais de Assistência Social dos municípios.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--|---|------------------------|--------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1235655.pdf | 14/02/2019 17:07:42 | | Aceito |
| Recurso Anexado pelo Pesquisador | CartaRespostaCONEP.pdf | 14/02/2019 17:06:11 | Isabel Silva | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Declaracoesdeanuenciapesquisa.pdf | 14/02/2019 17:05:47 | Isabel Silva | Aceito |

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-049
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.163.812

| | | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------|--------------|--------|
| Outros | Projetoalteracoesrealcadas.pdf | 14/02/2019 17:05:25 | Isabel Silva | Acelto |
| Cronograma | Cronogramacomgldo.pdf | 14/02/2019 17:04:55 | Isabel Silva | Acelto |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEFocusgrupCorrecoes.pdf | 14/02/2019 17:04:38 | Isabel Silva | Acelto |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEEquipedeReferenciacorrecoes.pdf | 14/02/2019 17:04:19 | Isabel Silva | Acelto |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLECoordenadorCorrecoes.pdf | 14/02/2019 17:04:07 | Isabel Silva | Acelto |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoalteracoesversaoImpa1.pdf | 14/02/2019 17:03:46 | Isabel Silva | Acelto |
| Folha de Rosto | Folhad Rosto.pdf | 18/10/2018 10:02:19 | Isabel Silva | Acelto |

Situação do Parecer:

Aprovado

BRASILIA, 07 de Março de 2019

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador(a))

Endereço: BRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-049
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

