



**UNINTA**  
CENTRO UNIVERSITÁRIO

**CENTRO UNIVERSITÁRIO INTA – UNINTA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**NATÁLIA LIMA VASCONCELOS**

**SOBRECARGA DE ENFERMEIROS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E DROGAS NO NORTE CEARENSE**

**SOBRAL  
2018**

**NATÁLIA LIMA VASCONCELOS**

**SOBRECARGA DE ENFERMEIROS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E DROGAS NO NORTE CEARENSE**

Monografia apresentada ao Centro  
Universitário - UNINTA como requisito  
parcial para obtenção título de Bacharel  
em Enfermagem.

Orientadora: Prof.º Dr.ª Roberlandia  
Evangelista Lopes Ávila.

**SOBRAL  
2018**

**NATÁLIA LIMA VASCONCELOS**

**SOBRECARGA DE ENFERMEIROS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E DROGAS NO NORTE CEARENSE**

Monografia apresentada ao Centro  
Universitário INTA– UNINTA, como  
requisito parcial para obtenção do título  
de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof (a). Dr.<sup>a</sup> Roberlandia  
Evangelista Lopes Ávila.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Roberlandia Evangelista Lopes Ávila - Orientadora  
Centro Universitário INTA - (UNINTA)

---

Prof.<sup>a</sup> Mestre Keila Maria de Carvalho Martins - 1<sup>a</sup> Examinador  
Centro Universitário INTA - (UNINTA)

---

Prof.<sup>a</sup> Mestre Perpétua Alexandra Araújo - 2<sup>a</sup> Examinador  
Centro Universitário INTA - (UNINTA)

*A Deus, inicialmente, pelo dom da vida; aos meus pais Raimundo Hermógenes Aragão Lima e Francisca Elizabete de Andrade Lima, pelo amor imensurável; as minhas irmãs Renata de Andrade Lima e Gabriela de Andrade Lima, pelo apoio incondicional; aos meus filhos Eduardo Lima Vasconcelos e Vinícius Lima Vasconcelos, pelos momentos subtraídos, durante a pesquisa, principalmente, e porque, sem eles nada teria sentido; a minha orientadora Roberlandia Evangelista Lopes Ávila, pelas preciosas orientações concedidas; ao meu marido, Manoel Otacílio Vasconcelos Júnior, por todo o amor, carinho e companheirismo ao longo dessa jornada.*

*Dedico.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, primeiramente, por ter sido um guia de inspiração, força e fé para a construção desse trabalho.

Aos meus pais Raimundo Hermógenes Aragão Lima e Francisca Elizabete de Andrade Lima, pelo apoio em cada passo dado durante meu aprendizado na faculdade.

Aos meus filhos amados Eduardo Lima Vasconcelos e Vinícius Lima Vasconcelos, pelas inúmeras noites de paciência enquanto eu estudava para provas e trabalhos.

Ao meu marido, Manoel Otacílio Vasconcelos Júnior, que durante todos esses anos esteve ao meu lado torcendo por essa vitória.

As Minhas amigas, Ana Tuane Gomes, Louise Maria Lopes Ribeiro, Francisca Yslane Albuquerque, Ana Carla de Vasconcelos Carneiro, Paloma Sabino e Maria Vitória Laurindo, que desde o início estiveram ao meu lado estudando e apoiando minhas metas.

A minha orientadora, Roberlandia Evangelista Lopes Ávila, pelo acompanhamento durante a construção dessa monografia, sempre com carinho, disponível e paciente para com meus erros, fez a diferença no meu processo acadêmico.

Obrigada a todos!

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”

Cora Coralina

## RESUMO

A Sobrecarga do trabalho é um fator importante a ser estudado e para que seja possível compreender a sobrecarga que recai sobre a equipe de enfermagem, principalmente sobre o enfermeiro, é preciso conhecer sobre a profissão. A enfermagem é uma área da saúde onde aborda vários quesitos em sua construção, sendo a saúde mental a escolha para esse trabalho. No intuito de investigar possível sobrecarga no Centro de Atenção psicossocial álcool e drogas (CAPS AD), foi feita pesquisas com autores para esclarecimento sobre a enfermagem, a sobrecarga de trabalho, os centros de atenção psicossocial e suas respectivas funções. Objetivou-se conhecer a sobrecarga do cuidado do enfermeiro enfrentada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas com base na escala IMPACTO-BR. Usou-se na metodologia como instrumento a escala de IMPACTO-BR da OMS (Organização Mundial de Saúde), semiestruturada em forma de entrevista com 12 perguntas. Os participantes do estudo foram dois enfermeiros que por conta do quantitativo não foram usados critérios de exclusão. Desta forma, este trabalho respeitou os aspectos éticos e foi aprovado pelo comitê de Ética e Pesquisa no Centro Universitário UNINTA com o seguinte parecer: 98198918.4.0000.8133. Apartir das análises dos resultados foram extraídas tais categorias: Características Laborais e Sobrecarga do cuidado. As ações da enfermagem sobre o tema da primeira categoria favoreceu a compreensão do sentimento desses profissionais, destacando-se não se sentirem frustrados em relação ao trabalho exercido no Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS AD), isso de certo modo demonstra valorização do desenvolvimento profissional dentro dessa instituição. Na segunda categoria destacou-se o receio de serem agredidos fisicamente pelos seus clientes, pois relataram em algumas situações precisarem da equipe para lidar com o caso ou quando os pacientes que fazem uso de substâncias psicoativas chegam à crise precisando ser contido ou tratado de forma especial por alguém que tenha mais vínculo. Foi compreendido que não há sobrecarga. A atuação do profissional enfermeiro frente a esses fatores necessita de um olhar cuidadoso e diferenciado. Contudo, o processo de cuidado na saúde mental ancora-se em experiências vividas e supera os diferentes obstáculos para alcançar o sucesso do atendimento qualificado e holístico, tornando indispensável à participação do profissional enfermeiro na proteção, promoção e apoio a pessoa com distúrbios mentais.

**Palavras-Chaves:** Sobrecarga; Enfermagem; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas; Saúde Mental.

## ABSTRACT

Overloading of work is an important factor to be studied and in order to understand the overload that falls on the nursing team, especially on the nurse, one must know about the profession. Nursing is a health area where it addresses several issues in its construction, and mental health is the choice for this work. In order to investigate possible overload in the Psychosocial Alcohol and Drug Attention Center (CAPS AD), research was done with authors to clarify nursing, work overload, psychosocial care centers and their respective functions. The objective was to know the overload of the care of the nurses faced in the Center of Psychosocial Care Alcohol and Drugs based on the IMPACTO-BR scale. The methodology used was the WHO IMPACT-BR (World Health Organization) scale, semistructured as an interview with 12 questions. The study participants were two nurses who, because of the quantitative, did not use exclusion criteria. In this way, this work respected the ethical aspects and was approved by the Ethics and Research Committee at the University Center UNINTA with the following opinion: 98198918.4.0000.8133. From the analysis of the results were extracted such categories: Labor Characteristics and Care overload. Nursing actions on the topic of the first category favored the understanding of these professionals' feelings, noting that they did not feel frustrated about the work performed at the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPS AD). Within this institution. The second category highlighted the fear of being physically assaulted by their clients, as they reported in some situations needing the staff to deal with the case or when patients who use psychoactive substances arrive at the crisis needing to be restrained or treated in a special way by someone who has more bond. It was understood that there is no overhead. The professional nurse's performance in relation to these factors needs a careful and differentiated look. However, the mental health care process anchors itself in lived experiences and overcomes the different obstacles to achieve the success of qualified and holistic care, making indispensable the participation of the professional nurse in the protection, promotion and support of the person with mental disorders.

**Keywords:** Overload; Nursing; Center for Psychosocial Alcohol and Drug Attention; Mental health.



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b>	<b>13</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Específicos</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>14</b>
<b>3.1</b>	<b>Evoluções no tratamento da saúde mental no Brasil</b>	<b>14</b>
<b>3.2</b>	<b>Organizações dos Centros de Atenção Psicossocial</b>	<b>16</b>
<b>3.3</b>	<b>Fatores de sobrecarga ao serviço de enfermagem</b>	<b>18</b>
<b>3.4</b>	<b>Escala IMPACTO-BR</b>	<b>20</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>26</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>26</b>
<b>4.2</b>	<b>Local do estudo</b>	<b>26</b>
<b>4.3</b>	<b>Período de Coleta</b>	<b>27</b>
<b>4.4</b>	<b>Participantes do estudo</b>	<b>27</b>
<b>4.5</b>	<b>Métodos e procedimentos</b>	<b>27</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos éticos e legais</b>	<b>28</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	<b>30</b>
<b>5.1</b>	<b>CARACTERÍSTICAS LABORAIS</b>	<b>30</b>
<b>5.2</b>	<b>SOBRECARGA DO CUIDADO</b>	<b>34</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>41</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>42</b>
	<b>APÊNDICE</b>	<b>47</b>
	<b>APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>48</b>
	<b>APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO</b>	<b>51</b>
	<b>ANEXO</b>	<b>54</b>
	<b>ANEXO A – DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO ORTOGRÁFICA</b>	<b>55</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Para que seja possível compreender a sobrecarga que recai sobre a equipe de enfermagem, principalmente sobre o enfermeiro, é preciso conhecer sobre a profissão. Desse modo, faz-se necessário resgatar história e conhecer sua legislação e o modo como ela está atualmente.

Entre os séculos XVI e XVII, no território Inglês, a Enfermagem começou a vivenciar a divisão social do trabalho. Já nessa época os hospitais eram dirigidos pela matron e tinham o cuidado ao paciente executado pelas sisters. Já no século XIX, as escolas nightngaleanas formavam duas categorias de enfermeiros que possuíam particularidades específicas. As ladies-nurses eram procedentes de um grupo social que possuía maiores recursos e, portanto, desempenham funções que eram mais relacionadas a supervisão e ao controle dos serviços prestados pela enfermagem. Enquanto isso, as nurses, pertencentes aos estratos sociais mais baixos, desenvolviam o trabalho manual e mais pesado correspondente a Enfermagem, sob supervisão das ladies-nurses (SOARES; BIAGOLINI; BERTOLOZZI, 2013).

Já no início do século XX, os Estados Unidos da América, possuía um modelo de Enfermagem que foi transplantado da Inglaterra. Em seu meio, a enfermeira Virginia Henderson já buscava chamar a atenção para o fato de que o enfermeiro enfrentava tarefas que o sobrecarregavam e o desviavam do cuidado ao paciente (ALMEIDA, 2017).

No Brasil, a Escola de Enfermeiras só foi fundada na década de 1920, e era denominada de Escola Anna Nery, estando vinculada ao Departamento Nacional de Saúde Pública. Em seu processo de profissionalização, a enfermagem foi diversificada por meio da formação da população feminina advinda de vários estratos sociais. Do proletariado provinham candidatas que se empenhavam a aprender as funções de auxiliares de enfermagem para o exercício de atividades manuais. Enquanto que da burguesia provinham candidatas ao cargo de enfermeiras que se ocupavam a supervisão, ao ensino e a administração (SOARES; BIAGOLINI; BERTOLOZZI, 2013).

A partir dessa escola, os caminhos da profissão e profissionalização da enfermagem tomaram forma de ciência. Fazendo com que na década de 80,

as atribuições fossem estabelecidas através do Decreto nº 94.406/87, que regulamenta a Lei nº 7.498/86. As atividades privativas aos enfermeiros estão descritas nos artigos 8º e 9º, enquanto que a possibilidade de atribuições aos técnicos está descrita no artigo 10º e dos auxiliares no 11º (BRASIL, 1986).

De acordo com a Legislação já mencionada cabe ao enfermeiro privativamente a chefia do serviço e de unidade de enfermagem, além da organização e direção desses serviços podendo atuar em empresas prestadoras desse serviço, sendo responsável pelo planejamento, organização, coordenação e execução dos serviços que prestam assistência de enfermagem. É possível ainda para esse profissional realizar serviços de consultoria, auditoria e emitir parecer que se referem à matéria de enfermagem. Cabe a esse profissional realizar consultas de enfermagem podendo prescrever a assistência e realizar cuidados a pacientes graves de maior complexidade e que exijam capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 1986).

Além do serviço privativo, como integrante da equipe de saúde, cabe ao enfermeiro planejar, executar e avaliar a programação e de planos assistenciais de saúde. Este profissional pode e deve prescrever medicamentos que estão estabelecidos como rotina pelo Ministério da Saúde do Brasil e aprovados pela instituição em que exercerá sua atividade. É permitido ainda participar de projetos de construção e unidades de internação. É concedido ao enfermeiro participar de ações de prevenção e controle de infecções hospitalares e agravos transmissíveis de um modo geral (BRASIL, 1986).

De acordo ainda com essa lei, é possível que haja pessoal executando tarefas de enfermagem em virtude da carência de recursos humanos de nível médio em áreas específicas. A legislação rege que essas atuações serão possíveis mediante a supervisão de um enfermeiro. Todavia, é pouco provável que essa situação seja comum em território brasileiro, já que há um número considerável desses profissionais atuando nesse país (BRASIL, 1986).

De acordo com Rodrigues (2014, p. 297) “A existência no trabalho de enfermagem de condições desencadeadoras de sofrimento, estresse e ansiedade, é uma realidade não mais contestada.” Todavia, percebe-se que há uma incógnita no que concernem as repercussões sobre a saúde desses trabalhadores, isso porque eles são reconhecidamente expostos a fatores estressantes, além de ansiogênicos, os efeitos disso ainda são pouco conhecidos.

Findando esses esclarecimentos se coloca que de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem, há no Brasil um total de 2.031.792 membros da equipe de enfermagem, sendo que 418.488 são auxiliares, 1.124.646 técnicos, 371 obstetrias e 488.287 enfermeiros com nível superior. Deste considerável número, são atuantes no Ceará 67.219 profissionais da enfermagem distribuídos em 13.728 auxiliares, 35.202 técnicos e 18.289 enfermeiros. Tais dados foram atualizados até o dia 01 de março de 2018. Interessa dizer que este quantitativo é fruto de um serviço de qualidade e das atividades exercidas por essa categoria (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2018).

Através de um estudo feito através da Fundação Oswaldo Cruz, a pedido do Conselho Federal de Enfermagem, é possível perceber que os profissionais da enfermagem estão sempre empenhados na qualificação. O Conselho Federal de Enfermagem tem uma adesão de 95% a 98% dos profissionais participando de atividades de aprimoramento. A partir disso é inegável que a classe está preocupada com a qualidade do serviço que ofertam, mas também paira a suspeita de uma vontade de qualificação devido à necessidade de estar sempre apta a competição por cargos e posições cada vez melhores no mercado de trabalho, ou simplesmente por estar no mercado de trabalho, já que o desemprego é uma realidade dentre esses profissionais.

O estudo realizado mostra que 66% dos enfermeiros referem dificuldade de encontrar emprego, enquanto que 10% estavam em situação de desemprego. Considerando a recessão em que se encontra o país, é possível que, hoje, no ano de 2018, essa realidade tenha se expandido e mais profissionais estejam desempregados (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2018).

É possível dizer a partir disso que a situação mencionada ocorre apesar das várias áreas de possibilidade de trabalho em que o enfermeiro pode atuar. É compreensível ainda que cada área tenha dificuldades inerentes às funções exercidas. Na prática é possível perceber que algumas delas tendem a sobrecarregar mais do que outras.

A partir dessas prerrogativas surge a questão de pesquisa que norteia o objetivo central deste trabalho: Conhecer a sobrecarga do cuidado do enfermeiroenfrentada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas com base na escala IMPACTO-BR?

A hipótese para essa questão é que haja uma sobrecarga maior nessa parcela de profissionais, já que há uma grande demanda e que os pacientes são de difícil tratamento, associado ao baixo investimento nessa área que limita a contratação de pessoal que subsidie o serviço.

A justificativa desse trabalho se dá pela relevância do tema, já que há necessidade de conhecer o ambiente de trabalho em que a autora deseja se aprofundar.

Além disso, ele contribuirá para fomentar a literatura existente relacionada ao nível de sobrecarga do profissional de enfermagem na área de saúde mental. Também será possível contribuir com o profissional sobrecarregado porque será permitida a instituição em que eles trabalham verificar a existência de sobrecarga, que prejudica a atividade laboral, e a construir estratégias para que os efeitos dela possam ser minimizados.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Conhecer a sobrecarga do cuidado do enfermeiro enfrentada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas com base na escala IMPACTO-BR.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Traçar o perfil profissional dos participantes que atuam nesse serviço;
- Averiguar os fatores que levam a sobrecarga do enfermeiro nesse ambiente;

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Evoluções no tratamento da saúde mental no Brasil

Ao analisarmos os aspectos da saúde mental brasileira desde os primórdios que levaram a reforma psiquiátrica, percebemos que o século XIX foi historicamente importante para as transformações políticas e econômicas brasileiras, o que implicou diretamente na psiquiatria de nosso país. Foi nessa época que houve a transição do governo, antes monárquico, para um regime considerado republicano. Nessa conjuntura, as transformações e os debates sobre a saúde psiquiátrica dos indivíduos se construíram (MOLL, 2015).

Figueiredo (2014) relata que o primeiro manicômio brasileiro foi inaugurado no ano de 1852. A fundação desse hospício denominado de Dom Pedro II, teve sua administração vinculada a Santa Casa de Misericórdia e foi uma tentativa do Estado de tentar se colocar em uma posição que se mostrasse em harmonia com a modernidade que os países da Europa vinham mostrando naquelas décadas. Com esse feito, o Brasil assumiu uma posição em que prestava assistência aos “loucos” por meio da materialização de uma gestão médica do hospício.

É possível perceber que com o processo de institucionalização do indivíduo com distúrbios mentais, a chamada loucura passou a ser vista com um olhar que restringia as capacidades dessas pessoas, já que o “louco” era visto como alguém perigoso, de caráter ameaçador, que não possuía uma fala coerente e que por natureza era extravagante, necessitando ser imediatamente contido (FIGUEIREDO, 2014).

Moll (2015) ressalta que a institucionalização gerou uma concepção de que o único modo de tratar esses distúrbios era por meio de medicação e isolamento nas colônias agrícolas. Nessa época, tais colônias eram ofertadas pela maioria dos Estados brasileiros como um serviço construído com o intuito de complementar a atuação dos hospitais psiquiátricos ou até mesmo como uma única opção de tratamento.

O autor ainda relata que tais colônias tinham a intenção de recuperar totalmente a quem fosse internada, todavia, na prática, elas funcionavam com a mesma função e característica que a assistência a pessoa com distúrbios mentais tinha na época, ou seja, o isolamento e exclusão do convívio social, para que eles

causassem o mínimo de constrangimento possível, já que ser familiar de um “louco” era um estigma social importante.

Em continuidade, Figueiredo (2014) relata que no ano de 1920, houve a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). Mesmo representando uma nova perspectiva de como lidar com distúrbios psiquiátricos, a LBHM teve sua natalidade marcada por uma intenção de cristalizar a saúde mental, montada em cima de discursos eugenistas, de caráter xenofóbico, totalmente antiliberais e de fundo racista.

Ademais, os tópicos pregados pela Liga defendiam o controle, o tratamento e a cura, em que a existência de anormalidades estavam intrinsecamente ligados a fatores de raça e meio social. O princípio maior era saneador, buscando absurdamente eliminar a impureza das raças através de um movimento de esterilização dos “loucos” (FIGUEIREDO, 2014).

Batista (2014), por sua vez, pontua o surgimento da “indústria da loucura” na década de 1960. Esse fato teve atuação na modificação do tratamento asilar. Foi nesse período que o governo militar consolidou uma discussão entre a internação dos pacientes psiquiátricos asilados e a privatização da assistência. Isso resultou em um movimento crescente do número de leitos que foram ampliados tanto a nível público quanto a nível privado. Nesses casos as instituições de assistência privada eram financiadas pelo poder público e tinham suas receitas baseadas em cada dia que passavam com aquele indivíduo internado. Ou seja, quanto mais tempo o paciente permanecesse institucionalizado, mais dinheiro a instituição recebia formando uma indústria que necessitava de pacientes constantemente internados, sem previsão de alta.

Esse modelo de assistência tem nova mudança a partir da década de 1970, época em que o Brasil iniciou a Reforma da Assistência psiquiátrica. O modelo assistencialista antes outorgado havia deixado uma crise financeira devida a gastos direcionados a contratação de hospitais privados e a concessão de auxílio doença e aposentadorias decorrentes de distúrbios psiquiátricos. Com a reforma o processo histórico de reformulação crítica teve início e tinha o objetivo primário de questionar e elaborar propostas para transformar esse modelo asilar arcaico. A partir desse momento se tornou inadmissível excluir e cronificar o estado mental dos pacientes levando a uma diminuição da violência do modelo hospitalocêntrico (BATISTA, 2014).



Nesse sentido, o modelo assistencial de saúde passava a transpor de um período totalmente obscuro em que a maioria das práticas era excludentes, segregacionistas e desumanas para uma dimensão nova em que a saúde mental era vista sobre uma nova perspectiva, com um olhar diferenciado. A partir disso, um novo período foi iniciado e o pensamento de reforma visava melhorar estruturalmente as instituições, dignificar o ser humano, ir à busca de novos saberes que desenvolvesse o indivíduo psiquicamente buscando a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular (FIGUEIREDO, 2014).

A partir disso houve uma evolução constante no tratamento da saúde mental brasileira, dotada de gestão e políticas públicas. Em 1990, com a aprovação da Declaração de Caracas, na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde foi articulado um conturbado e longo movimento de funcionários voltados para saúde mental que teve como resultado a sanção da Lei n. 9.867, de 10 de novembro de 1999. Essa legislação garante o desenvolvimento de programas de apoio psicossocial a sujeitos que apresentem transtornos psiquiátricos. A partir daí essa parcela da sociedade teve apoio de programas de trabalho que buscavam abranger a dinâmica da vida social em vários aspectos, inclusive econômicos (BATISTA, 2014).

Após 12 anos, em 6 de abril de 2001, foi também sancionada uma Lei voltada para o benefício dessa população. A Lei n. 10.216 proibia a construção e contratação de leitos psiquiátricos. Desse modo, os atendimentos devem ser preferencialmente feitos em serviços comunitários e a reinserção social do doente mental deve ser feita imediatamente. A internação só será feita quando os serviços fornecidos em ambiente extra-hospital falharem. Assim, os Centros de Atenção Psicossocial de álcool e drogas se tornaram o mecanismo principal para a realização dessa lei, fazendo com que eles fossem ampliados em todo território brasileiro (MACEDO, 2017).

### **3.2 Organizações dos Centros de Atenção Psicossocial**

Atualmente há uma organização dos CAPS conforme o tipo de situações clínicas que eles devem atender. De acordo com os documentos oficiais do governo brasileiro essa organização vai além da nomenclatura e se estende a estrutura e a

equipe mínima necessária para o funcionamento da equipe (PINHO; SOUZA; ESPERIDIAO, 2018).

O CAPS I atende as pessoas, de qualquer faixa etária, que apresente sofrimento psíquico intenso que sejam fruto de transtornos mentais graves. Dentro desses parâmetros estão inclusos os pacientes que usam drogas psicoativas, bem como outras situações clínicas que não permitam o paciente conviver socialmente com outras pessoas e tampouco realizar seus objetivos de vida. A instalação de uma unidade de CAPS I deve ser feita em municípios que possuem acima de 15 mil habitantes (LEAL; ANTONI, 2013).

O CAPS do tipo II atende a mesma população já relatada para o CAPS de nível I, todavia, exige uma equipe mínima mais especializada e está indicado para municípios ou regiões que uma população acima de 70 mil habitantes. O CAPS de nível III proporciona um serviço de atenção contínua, ou seja, o seu funcionamento deve se dar 24 horas por dia, incluindo feriados e finais de semana. Os pacientes devem possuir acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPSAD (LEAL; ANTONI, 2013).

Esse CAPS é indicado para regiões que tenham acima de 150 mil habitantes. Além de uma equipe semelhante ao CAPS II adicionada de um médico psiquiatra, o CAPS III deve ter uma equipe noturna composta de três técnicos de enfermagem que precisam estar sob a supervisão de um enfermeiro, além de um profissional de nível médio para área de apoio. No que concerne às 12 horas diurnas estabelecidas para sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser minimamente composta por um funcionário de nível superior, um enfermeiro supervisionando três técnicos e auxiliá-lo alguém de nível médio para o apoio (PINHO; SOUZA; ESPERIDIAO, 2018).

Outra modalidade de CAPS que temos é o CAPS álcool e drogas. Essa instituição atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de *crack*, álcool e outras drogas. São uma modalidade indicada para populações acima de 70 mil habitantes. A formação mínima da equipe deve ser de um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico, que será responsável pela triagem, bem como pela avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas, além de quatro profissionais de nível universitário e seis profissionais de nível médio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Para as populações acima de 150 mil habitantes, a instauração de um CAPS álcool e drogas é o mais indicado, já que ele, além de adultos, atende crianças e adolescentes, sempre em conformidade com as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente. O serviço deve ser dotado de no máximo doze leitos destinados a observação dos pacientes. Sua equipe mínima deve ser composta por profissionais médicos psiquiatras, um enfermeiro e quatro técnicos. Seu funcionamento também tem que se dá em dias da semana, final de semana, feriados e sempre no período noturno (BRASIL, 2015).

De acordo com a legislação há um maior número disponível de médicos, profissionais do nível superior e médio. Todavia, em todas as modalidades observa-se a exigência de apenas um enfermeiro para uma população maior que 15 mil habitantes. Esse fator pode levar a uma sobrecarga desse profissional prejudicando o atendimento e ao próprio enfermeiro. Rotineiramente são realizados estudos que avaliam os fatores de sobrecarga ao serviço de enfermagem, como será visto no tópico seguinte.

### **3.3 Fatores de sobrecarga ao serviço de enfermagem**

Silva (2013) considera que no que concerne à saúde mental “a avaliação dos serviços de saúde mental tem sido recomendada como um procedimento permanente, sendo necessário para promover a qualidade dos serviços, o que tem sido uma preocupação constante da Organização Mundial de Saúde.” Logo, torna-se interessante conhecer os fatores que levam a sobrecarga do serviço de enfermagem, principalmente no que diz respeito à saúde mental dos pacientes.

Sobre isso, o estudo realizado por Ferreira (2017) aponta que a ausência de um bom relacionamento entre a equipe e desavenças institucionais, bem como a falta de uma equipe minimamente funcionante e de material primário para realização dos trabalhos desencadeia uma série de sentimentos que contribuem para sobrecarga, já que resulta em atividades com ineficiência, uma comunicação deficitária, um trabalho desorganizado gerando insatisfação e, com isso, diminuição da produtividade. Toda essa situação prejudica de maneira remediável a assistência ao paciente.

Não obstante Moraes Filho (2016, p. 278) relata que:

“Os fatores desencadeantes do estresse ocupacional estão relacionados à proximidade com o sofrimento humano, dificuldade do compartilhamento de saberes entre os membros da equipe multidisciplinar, carga horária elevada, demanda de trabalho, pressão exercida por gestores e pacientes, baixa remuneração, instabilidade do emprego, o trabalho desenvolvido em alta complexidade e o acúmulo de funções na prática diária.”

A resultante dessas situações está em sintomas psicossomáticos expressos pelos enfermeiros. De acordo com a pesquisa de Ferreira (2017) os profissionais relatam sintomas que podem ser encarados como um indício de sofrimento psíquico intenso como “enxaqueca, estresse, irritação, desgaste físico, depressão, dores nas pernas, varizes, pressão alta, problemas de coluna, insatisfação, desânimo e insônia”. Na prática, vemos que há muitos profissionais que relatam sentir sintomas semelhantes como uma situação rotineira, já fazendo parte do dia a dia.

Moraes Filho (2016) alerta que essa situação está associada ao estresse ocupacional e é inerente ao desenvolvimento de agravos ou associado a patologias que determinam o absenteísmo profissional, o que pode prejudicar a assistência.

Deve-se lembrar de que estamos em uma situação em que o bem estar dos profissionais atendentes influencia na saúde dos pacientes que esperam ser atendidos.

Entretanto, esse atendimento de maneira eficaz se torna prejudicado porque há falta ao trabalho devido a doenças que impedem as atividades de vida diária. O autor ressalta que dentre as doenças as mais prevalentes são o infarto agudo do miocárdio, distúrbios mentais neurológicos, psiquiátricos, síndromes depressivas, síndrome do pânico, hipertensão, gastrite, doenças somáticas, síndrome de *burnout*, sendo esta última a mais recorrente.

É válido ressaltar que o estresse ocupacional, além das doenças supracitadas também pode levar à dependência de álcool e outras drogas, bem como o uso constante de ansiolíticos e outras substâncias psicoativas (MORAES FILHO, 2016).

Vieira (2017) se ocupa em traçar um perfil sociodemográfico de profissionais da enfermagem (técnicos) que trabalham em hospitais psiquiátricos e a partir das características inerentes a esses profissionais ela identifica os níveis de satisfação e de sobrecarga, além de verificar a relação entre essas variáveis.

A autora utiliza três tipos de questionários. Dentre eles a Escala SATIS-BR e a Escala IMPACTO-BR que foram elaboradas pela OMS e validadas no Brasil no

ano de 2007, ambas foram utilizadas de forma reduzidas, ou seja, possuem apenas parte do questionário original. A partir dessa investigação ela conclui que os técnicos de enfermagem sofrem um baixo nível de sobrecarga e que suas principais queixas estão relacionadas ao funcionamento da equipe(VIEIRA, 2017).

As afirmações de Vieira (2017) nos levam a pensar, a partir da estrutura mínima exigida para formação de CAPS vistas anteriormente, que algum profissional está demasiadamente sobrecarregado, haja vista que se fala de um serviço naturalmente difícil, considerando a baixa adesão dos pacientes e a cronicidade das doenças enfrentadas.

Nesse sentido, quando refere-se a Saúde Mental, há a grande chance de o enfermeiro ser o profissional mais afetado. Entender a situação em que isso ocorre é um dos principais objetivos desse estudo.

Considerando que o intuito primordial neste trabalho é de conhecer o impacto que a sobrecarga sofrida pelo enfermeiro no contexto do atendimento em um CAPS álcool e drogas, parece plausível utilizar uma ferramenta que consiga mensurar essa variável.

Logo, a Escala IMPACTO- BR utilizada por Vieira (2017) é o meio pelo qual chegaremos a este fim com uma qualidade metodológica assertiva. Para chegar a essa conclusão é interessante que nos debruçemos sobre as nuances que envolvem a validade do construto em questão.

### **3.4 Escala IMPACTO-BR**

A criação da Escala IMPACTO-BR surgiu da percepção da Organização Mundial da Saúde sobre a importância da avaliação dos serviços de saúde. Essa preocupação tem perdurado ao longo dos anos por fatos que devem ser lembrados sempre (CAMILO, 2012).

De acordo com a OMS (2017) o trabalho é essencial para manutenção da saúde mental. Todavia, um ambiente de trabalho negativo pode levar a problemas tanto na saúde física quanto na saúde mental causando impacto sobre diversas áreas.

Nesse sentido, o cuidado com a saúde mental de todos os trabalhadores tem, além da intenção do bem-estar da comunidade, prerrogativas econômicas que são levadas em consideração.

De acordo com Camilo (2012), a OMS julga que há a necessidade de avaliações constantes, dos quais os resultados dependem de questionamentos que envolvam os três atores envolvidos nesse trabalho. Ou seja, os pacientes, os familiares e os profissionais de saúde.

Não obstante, para Bandeira, Ishara e Zuardi (2007), a avaliação dessas variáveis permite que os serviços cheguem a um denominador comum que contribua para a reavaliação dos procedimentos utilizados no tratamento da saúde mental. Isso contribuirá para identificar possíveis deteriorações que impedem que a máxima qualidade do serviço.

Assim, por meio do resultado obtido, é possível modificar os procedimentos e melhorar a qualidade. Vieira (2017, p. 44) concorda com a assertiva de ambos os autores quando afirma que os vários estudos existentes sugerem que “os níveis de sobrecarga no emprego e de satisfação são capazes de predizer a qualidade dos serviços prestados aos pacientes em unidades de saúde mental”.

Para tanto, no ano de 1996 a Organização Mundial da Saúde desenvolveu o projeto WHO-SATIS 2. Tal projeto foi estabelecido em 19 países e visava à criação de cinco escalas de medidas. Esses objetos tinham como intuito principal mensurar a qualidade dos serviços de saúde mental (WHO, 1996, apud CAMILO *et al.*, 2012).

Os autores, ainda complementam que dessas cinco escalas, três analisavam a satisfação dos três atores já mencionados fazendo parte da SATIS-BR, uma escala avaliava a sobrecarga dos familiares na escala denominada FBIS-BR e, por último, a escala IMPACTO-BR, que visa avaliar a sobrecarga dos profissionais de saúde.

De acordo com Dalmoro e Vieira (2014) frequentemente as ciências sociais utilizam para estas medições, escalas de mensuração *multi-item*. Os autores ressaltam que a utilização de tais escalas tem sido apontada como requerente de cuidados essenciais para o alcance de resultados satisfatórios, confiáveis e que permitam conclusões apropriadas.

Nesse sentido, é válido ressaltar que, apesar dessas escalas terem sido desenvolvidas pela Divisão de Saúde Mental da OMS em Genebra foram validadas no Brasil no ano de 2000 por Bandeira *et al* (CAMILO *et al.*, 2012).

Os autores buscaram com a validação desenvolver escalas que fossem curtas, uniformes, fáceis de serem aplicadas, além de pouco dispendiosas e adequadas ao contexto brasileiro (BANDEIRA, PITTA, MERCIER, 2000).

O cuidado tomado com a validação é essencial, pois erros de mensuração são frequentemente cometidos.

Para Dalmoro e Vieira (2014, p. 162)

“[...] instrumentos de coleta de dados podem ocorrer devido a diversos fatores. O primeiro fator passa pela escala de mensuração utilizada, como exemplo, o número de pontos na escala, rotulação dos pontos da escala e a força das âncoras. O segundo centra-se no respondente e nas suas características, como exemplos, necessidade de cognição, envolvimento, conhecimento. Enquanto diversos estudos abordaram esta segunda questão, poucos estudos analisaram o número de itens e a disposição destes em uma escala de mensuração”

A partir do processo de validação da escala IMPACTO em território brasileiro, esse questionário passou a ser denominado de IMPACTO-BR. A escala possui 34 questionamentos que visam avaliar a sobrecarga mental causada pelas atividades diárias dos profissionais em decorrência do trabalho com pessoas portadoras de distúrbios psiquiátricos (CAMILO *et al.*, 2012).

Sobre a conformação da Escala, Bandeira, Ishara e Zuardi (2007, p. 283) acrescentam que:

“O questionário completo inclui 34 questões, dentre as quais apenas 18 constituem as questões quantitativas da escala propriamente dita, avaliando as repercussões do trabalho em diversos aspectos da vida do profissional. As alternativas de resposta estão dispostas em escala tipo Likert de 5 pontos, em que 1 = de forma alguma e 5 = extremamente. As demais questões são descritivas e avaliam as condições de trabalho e dados sociodemográfico”.

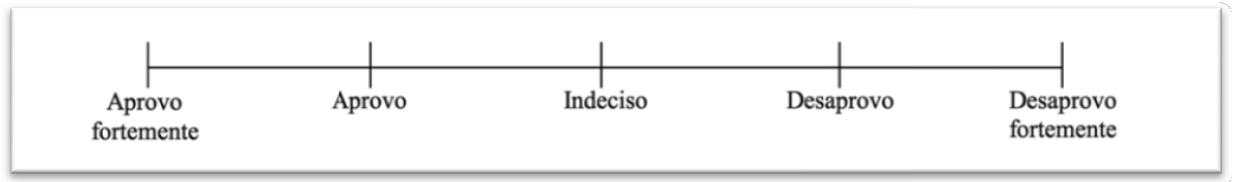
Partindo do exposto, torna-se essencial, para que possa compreender no que de fato consiste a escala IMPACTO-BR, entender quais os fatores envolvidos na construção de uma escala tipo *Likert*, bem como sua finalidade e *modus operandi*.

De acordo com Dalmoro e Vieira (2014) o nome escala do tipo Likert tem sua denominação proveniente do trabalho seminal de Rensis Likert, publicado em 1932.

Anterior a isso já era utilizada escalas que tinham suas variações de 0 a 100, sendo, portanto, mais sensíveis, porém de aplicação complicada e demorada. Afinal, mensurar um sentimento em uma escala dessas proporções era, no mínimo, difícil (DALMORO e VIEIRA, 2014).

Com isso Likert lançou no ano de 1932 uma escala que possuía apenas cinco pontos de opinião sobre determinado assunto, como pode ser visto na fig. 1 abaixo:

**Figura 1:** Modelo de Escala desenvolvido por Likert em 1932



**Fonte:**Dalmoro e Vieira (2014)

Júnior e Costa (2014) consideram que a Escala do tipo Likert permite aos respondentes que eles se posicionem conforme a concordância atribuída a determinado ponto.

Para eles a escala se torna interessante para avaliar construtos como autoestima, depressão, etnocentrismo, religiosidade e racismo. Esses exemplos recorrentemente mensurados por meio de escalas de Likert.

Conforme a figura 1, apresentada por Dalmoro e Vieira (2014), a escala original tinha a proposta de ser aplicada com cinco pontos, variando de discordância total até a concordância total. Entretanto, atualmente existem modelos chamados do tipo Likert com variações na pontuação, a critério do pesquisador. A escala IMPACTO-BR é um exemplo disso.

Conforme se observa na figura 2 a escala IMPACTO- BR adaptada é composta por 18 itens. Tais itens são agrupados em três subescalas em que uma avalia os efeitos sobre a saúde física e mental, a segunda avalia os efeitos no funcionamento da equipe e a terceira mensura o sentimento de estar sobrecarregado (CAMILO *et al.*, 2012).

A primeira escala que avalia o impacto do trabalho sobre o contexto da saúde física e mental do profissional possui cinco itens. Ela busca verificar a frequência de problemas físicos, idas a consultas ao médico, ingesta medicamentosa, além de efeitos do trabalho na estabilidade emocional do profissional(BANDEIRA *et. al* 2000, apud CAMILO *et al.*, 2012).

A segunda subescala contém seis itens que tem como intuito a avaliação do impacto da sobrecarga profissional sentida o trabalho sobre o funcionamento dos profissionais. Ou seja, ela busca avaliar a frequência com que a profissional pensa em mudar sua área de atuação, em que ele se sentiria mais saudável, além verificar possíveis afastamentos, o receio de ser agredido, o impacto do trabalho sobre a



qualidade do sono e o estado de saúde em geral (BANDEIRA *et. al* 2000, apud CAMILO *et al.*, 2012).

**Figura 2.** Exemplo de aplicação da Escala IMPACTO-BR em resposta de 5 itens

Itens da escala	Não sobrecar-regado	Mais ou menos	Sobrecar-regado
	% resposta 1 e 2	% resposta 3	% respostas 4 e 5
1. Sentimento de frustração com resultado do trabalho	6 (75,00)	2 (25,00)	-
2. Sentimento de sobrecarga ao lidar com portadores de transtorno mental	3 (37,50)	3 (37,50)	2 (25,00)
3. Receio de ser agredido pelos pacientes	3 (37,50)	3 (37,50)	2 (25,00)
4. Trabalho afetando estado geral de saúde física	7 (87,50)	1 (12,50)	-
5. Aumento de problema ou queixas físicas após trabalhar em saúde mental	7 (87,50)	1 (12,50)	-
6. Aumento da necessidade de procurar médicos	7 (87,50)	1 (12,50)	-
7. Toma mais medicação após este serviço	8 (100,00)	-	-
8. Sentimento de cansaço físico após dia de trabalho	3 (37,50)	3 (37,50)	2 (25,00)
9. Afastamento por doença relacionada com período de estresse no trabalho	8 (100,00)	-	-
10. Contato com paciente tem afetado sua estabilidade emocional	7 (87,50)	1 12,50	-
11. Presença de distúrbio de sono relacionado com o trabalho	7 (87,50)	1 12,50	-
12. Sentimento de depressão por trabalhar com doentes mentais	8 (100,00)	-	-
13. Sentimento de estresse por causa do trabalho	6 (75,00)	2 25,00	-
14. Precisou de ajuda de um profissional de saúde mental devido a seu trabalho	8 (100,00)	-	-
15. Desejo de outro emprego para sentir mais emocionalmente saudável	5 (62,50)	1 12,50	2 (25,00)
16. Pensa em mudar de campo de trabalho	5 (62,50)	2 25,00	1 (12,50)
17. Sente que trabalhar com os pacientes interfere em seu relacionamento familiar	8 (100,00)	-	-
18. Contato com os pacientes afeta sua vida pessoal e social	8 (100,00)	-	-

**Fonte:** Camilo et al., (2012).

A terceira subescala possui cinco itens e busca avaliar os efeitos do trabalho no estado emocional do profissional verificando o seu sentimento de estar sobrecarregado. É visto com ele o nível de frustração, cansaço, sobrecarga e depressão (BANDEIRA *et. al* 2000, apud CAMILO *et al.*, 2012).

Durante a validação foram atribuídos valores Coeficiente Alfa de Cronbach. Que é uma medida rotineiramente utilizada de confiabilidade para questionários (MATTHIENSEN, 2011).

De acordo com Matthiensen (2011, p. 11):

“Coeficiente  $\alpha$  provou-se útil por, pelo menos, três razões. Primeiro, fornece uma medida razoável de confiabilidade em um único teste, de modo que repetições ou aplicações de formas paralelas de um teste não são necessário. Uso do Coeficiente Alfa de Cronbach em Avaliações por Questionários 11 para a estimativa da consistência do mesmo. Segundo, sua fórmula geral permite sua aplicação, por exemplo, a questionários de múltipla-escolha de escalas dicotômicas ou escalas atitudinais de variáveis categóricas politômicas. E terceiro, é facilmente calculável por princípios estatísticos básicos, mesmo num tempo quando o uso de computadores não era regra (SHAVELSON, 2003). A interpretação direta do coeficiente também é apontada como uma vantagem”

No que concerne à Escala IMPACTO-BR, o Coeficiente Alfa de Cronbach atribuído a primeira, segunda e terceira subescalas os valores alfa igual a 0,78, 0,77 e 0,70 respectivamente.

Logo, a escala IMPACTO-BR pode ser considerada como uma ferramenta metodologicamente confiável para mensurar os níveis de sobrecarga de profissionais que atuam no setor psiquiátrico, sendo, portanto, útil como instrumento para construção deste trabalho.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Tratou-se de um estudo de caso. O estudo de caso é um método de pesquisa estruturado, que pode ser aplicado em distintas situações para contribuir com o conhecimento dos fenômenos individuais ou grupais. Por se tratar de um método de pesquisa, o estudo de caso possui características próprias e pode ser conceituado com base nas posições de dois dos mais reconhecidos especialistas neste método (ROBERT K. Yin, 2010 e ROBERT R.E. STAKE, 2007).

De acordo com ROBERT K. Yin, 2010, o estudo de caso como método de pesquisa requer do pesquisador cuidados com o desenho do protocolo, explicando os procedimentos formais e reconhecendo pontos fortes e limitações do estudo. De um modo geral, a escolha por este método se torna apropriada quando o pesquisador busca responder questões que expliquem circunstâncias atuais de algum fenômeno social, na formulação de como ou por que tal fenômeno social funciona.

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado no município de Sobral. É uma cidade localizada no norte do Ceará que possui aproximadamente 205 mil habitantes, além da população flutuante composta por estudantes atraídos por universidades federais, estaduais e particulares que existe no município, além de trabalhadores que estão empregados em indústrias e no comércio da cidade (IBGE, 2017).

Essa cidade conta com a Rede de Assistência à Saúde Mental para o tratamento dos pacientes que apresentam distúrbios dessa área. É composta por um CAPS geral, Equipes de Estratégia de Saúde da Família, além do CAPS álcool e drogas de Sobral (SECRETARIA DE SAÚDE DE SOBRAL, 2017).

O CAPS AD é o local específico escolhido para estudo. Trata-se de um estabelecimento do tipo Centro de Atenção Psicossocial com especialidade na Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas, bem como do Controle do Tabagismo. Tem como unidade mantenedora a Prefeitura Municipal de Sobral e funciona no Horário da manhã e da tarde. Está localizado na Travessa Raimundo Medeiros da

Frota, nº 241, no Bairro do Campo dos Velhos em Sobral Ceará (SECRETARIA DE SAÚDE DE SOBRAL, 2017).

#### **4.3 Período do Estudo**

A realização do estudo foi iniciada no mês de Janeiro de 2018 com aprofundamento teórico sobre o tema. A fase de construção do projeto se deu nos meses de Março e Abril de 2018. O projeto de pesquisa foi enviado e submetido à avaliação da Plataforma SICC (Sistema Integrado da Comissão Científica), do serviço municipal de Sobral, responsável pela gestão do Centro de Atenção Psicossocial, obtendo a anuência para realização da pesquisa de campo. Posteriormente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário UNINTA através da Plataforma Brasil. A fase de campo ocorreu entre os meses de outubro e novembro de 2018.

#### **4.4 Participantes do estudo**

Os participantes do estudo foram 02enfermeiros que trabalham no CAPS álcool e drogas de Sobral. De acordo com o quantitativo de enfermeiros não serão usados critérios de exclusão.

#### **4.5 Métodos e procedimentos**

Depois de obtida a aprovação para realização da pesquisa, foirealizado o reconhecimento de campo com apresentação da proposta e objetivos da pesquisa aos membros da equipe do CAPS álcool e drogas. Após os devidos esclarecimentos sobre a pesquisa, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido aos indivíduos pesquisados, solicitando-se que o assinem, manifestando que concordam em participar da pesquisa, garantindo-lhes a preservação de seu anonimato.

Após isso, os participantes foram convidados a responder as indagações das questões 1 a 7, 9, 11, 15, 18 e 19, contidas na Escala IMPACTO- BR (Apêndice B) que foram selecionadas para se adequar a este estudo. Esse material foi elaborado pela Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde em 1996 (VIEIRA,

2017). No Brasil, essas escalas foram validadas por Brandeira, Ishara e Zuardi em 2007.

É preciso ressaltar que, originalmente, a escala IMPACTO-BR possui 34 questões. Dessas apenas 18 questões são quantitativas, que visam avaliar os efeitos do trabalho sobre a saúde física e mental (cinco questões), os efeitos do trabalho sobre o funcionamento da equipe (seis questões), os efeitos do desenvolvimento das atividades sobre o estado emocional (cinco questões) e duas questões gerais que compõem a escala global (BANDEIRA *et al.*, 2007).

#### **4.6 Aspectos éticos e legais**

O estudo envolveu indivíduos, os quais serão passíveis de suscitar questões de natureza ética, de forma que deve ser estabelecido um comprometimento no tocante aos esclarecimentos que envolvem os aspectos metodológicos quanto à condução da entrevista bem como de ontológicos, uma vez que isto implicará na proteção dos sujeitos humanos no que se refere à preservação da exposição de sua vida. Desta forma, este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa no Centro Universitário UNINTA com o seguinte parecer: 98198918.4.0000.8133.

A moral do estudo estará em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e atendeu aos quatro referenciais básicos da Bioética: beneficência, não maleficência, justiça e autonomia visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012).

O procedimento utilizado com a aplicação de perguntas da escala poderá trazer algum desconforto como o tempo gasto na entrevista, e ao lembrar algumas sensações diante do vivido com situações altamente desgastantes. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo que será reduzido pela interrupção da entrevista e somente será retomada posteriormente, quando o participante desejar.

O estudo teve riscos mínimos, relacionados à exposição de informações dos participantes, contudo foram tomadas medidas para garantir a privacidade dos dados e o anonimato dos mesmos, com coleta de dados em local reservado. Os dois participantes do estudo foram nomeados com a letra “E” para enfermeiro (a), acompanhados por um número indicando a ordem das entrevistas, sendo E1 e E2.

É esperado que o estudo fosse à possibilidade de conhecer a sobrecarga docuidado do enfermeiro com base na escala IMPACTO-BR.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesses termos os resultados apresentados configurou-se nas seguintes categorias: Características Laborais e Sobrecarga do cuidado.

### 5.1 CARACTERÍSTICAS LABORAIS

Esta categoria tem como objetivo demonstrar quais as características de trabalho em que os enfermeiros entrevistados costumam vivenciar no CAPS, em Sobral-Ce. Nesse contexto, as informações coletadas nessa etapa foram apresentadas através do seguinte quadro 1:

**Quadro 1-** Conhecimento empírico dos participantes sobre características laborais.

<b>ENFERMEIROS</b>	<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL</b>
<b>E1</b>	31 às 40H/SEMANA
<b>E2</b>	31 às 40H/SEMANA
	<b>ATIVIDADE DESENVOLVIDA</b>
<b>E1</b>	Terapia farmacológica. Atividades de reabilitação. Aconselhamento. Cuidados físicos de saúde.
<b>E2</b>	Atividades de reabilitação. Aconselhamento. Cuidados físicos de saúde.

**Fonte:** Elaborada pela autora(2018).

Ao perguntar sobre as atividades desenvolvidas, o enfermeiro E2 não acrescentou a terapia farmacológica como atividade desenvolvida, entretanto, as outras atividades coincidem entre elas atividade de reabilitação. Além dessas informações do quadro 1, eles apresentaram outros tipos de ações, como reforçado nas falas dos participantes:

Todos os itens anteriores mais atividades de redução de danos, grupos terapêuticos, planejamento conjunto de tratamento, além de orientações sobre o tratamento álcool e drogas. Apresentando a autonomia do sujeito (E1).

Trabalhamos junto aos pacientes e familiares a construção do Projeto Terapêutico Singular (E2).

Desenvolver ações e metodologias com enfoque terapêutico de grupo onde a instituição promova a reabilitação do indivíduo através de dispositivos como o acolhimento pelas equipes, o vínculo entre grupo, à autonomia e a co-responsabilidade de que ele próprio é responsável pela geração de mudanças, é muito importante para a efetividade da assistência a saúde mental. (BENEVIDES *et al.*, 2010).

As pesquisas que contribuem para a melhoria dos cuidados prestados têm avançado muito e mesmo assim, as pessoas estão ainda expostas a inúmeros riscos quando são submetidas aos cuidados em ambientes hospitalares, onde as ações dos enfermeiros podem contribuir para prevenir e evitar erros, devendo defender as políticas de saúde que assegurem acesso ao tratamento de qualidade e uma administração de medicamentos segura. (RADUENZ, *et. al*, 2010).

O CAPS, responsável pela atenção à saúde mental, deve desenvolver um Projeto Terapêutico Singular para cada usuário e realizar um trabalho integrado com a família e a comunidade das pessoas que utilizam seus serviços. Este Projeto Terapêutico Singular está baseado nas estratégias de intervenções planejadas e com objetivos específicos, executados por uma equipe multidisciplinar, voltados para a reabilitação psicossocial do usuário e de forma interdisciplinar. Como um instrumento de gestão, deve contemplar as características das pessoas e suas famílias, proporcionando cuidados e tratamentos flexíveis aos mesmos, enquanto potencializa o desenvolvimento do sujeito, como um cidadão e ator principal de sua vida, superando as forças excludentes de tratamento isolacionista (KANTORSKI *et al.*, 2010).

O CAPS para usuários de álcool e outras drogas (CAPS álcool e drogas) destaca-se pelo atendimento especializado a pessoas que fazem uso prejudicial dessas substâncias, realizando o acompanhamento clínico, reinserindo o usuário na sociedade e incentivando sua autonomia, além de ter como estratégia de atenção a redução de danos, que visa minimizar os danos individuais e sociais causados pelo uso das substâncias psicoativas (SPA), e considera o usuário como protagonista de seu tratamento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Dando continuidade quando foi perguntada a principal atividade realizada dos dois enfermeiros entrevistados, obteve a seguinte resposta (Quadro 2):



**Quadro 2:** Ações de trabalho dos enfermeiros.

ENFERMEIROS	PRINCIPAL ATIVIDADE REALIZADA
E1	Outros: Acolhimento, grupos e consultas.
E2	Enfermaria. Ambulatório. Outros: Matriciamento na UBS, visitas domiciliares, atividades em escolas (extramuros) e educação em saúde em outras instituições.

**Fonte:** Elaborada pela autora (2018).

Observa-se em uma das respostas sobre a visita domiciliar, que é de suma importância para o indivíduo.

Os CAPS são serviços estratégicos da rede de Saúde Mental, os quais oferecem vários recursos terapêuticos, tais como: atendimento individual ou em grupo, atendimento para a família, atividades comunitárias, orientação, acompanhamento do uso de medicação e visita domiciliar. (FERNANDES; DUARTE; SCHMALFUSS, 2014).

Como relatam os autores acima, a visita domiciliar passou a ser desenvolvida pelos CAPS a partir da Reforma Psiquiátrica, pois é uma das propostas de atenção domiciliar e de reinserção social das pessoas em sofrimento mental podendo ser definida como um conjunto de ações voltadas para o atendimento, tanto educativo quanto assistencial, assim possibilita manter o paciente afastado da internação psiquiátrica e aparece como cuidado em equipe, preconizando o acolhimento e a troca de experiências, pois a casa do paciente fornece informações entre a doença e o social.

A literatura internacional sugere que modelos colaborativos de interconsulta com a interação direta de trabalhadores de saúde mental e saúde da família como o apoio matricial em saúde mental – têm evidências de resultados efetivos (BOWER E SIBBALD, 2000).

Acerca das atividades extramuros desenvolvidas nas escolas, o ambiente escolar é o contexto ideal para o desenvolvimento de práticas promotoras de saúde, já que exerce influência na aquisição de valores e estimula o exercício da cidadania. Com base no pressuposto segundo o qual, por meio da educação em saúde, poder-se-ia estimular comportamentos, valores e atitudes entre os indivíduos, é necessário que as estratégias com tal fim se façam de modo a contemplar a individualidade e o

contexto social dos indivíduos, recorrendo às estratégias pedagógicas, sociais e psicológicas para aumentar suas chances de sucesso (GONÇALVES *et al*, 2008; PIRES; MUSSI, 2008; SANTOS; CAETANO; MOREIRA, 2011).

A escola constitui um espaço de ensino-aprendizagem, convivência e crescimento, no qual se adquirem valores fundamentais. Assim, reforçam que esse espaço é o lugar ideal para desenvolver atividades relacionadas à promoção e educação em saúde de amplo alcance e repercussão, considerando que desempenha grande influência sobre as etapas formativas dos alunos, imprescindíveis à vida futura (ALVARENGA *et al.*, 2012).

Na sequência sobre os aspectos laborais foi colhido dos entrevistados as seguintes respostas (Quadro 3):

**Quadro 3:** Horário de trabalho/Frustração em relação ao trabalho.

	<b>HORÁRIO DE TRABALHO</b>
<b>E1</b>	Manhã/Tarde
<b>E2</b>	Manhã/Tarde
	<b>FRUSTRAÇÃO EM RELAÇÃO AO TRABALHO</b>
<b>E1</b>	Não
<b>E2</b>	Não

**Fonte:** Elaborada pela autora (2018).

O que chama atenção nesse quadro é que nenhum dos entrevistados refere frustração em relação ao trabalho, isso de certo modo demonstra valorização do desenvolvimento profissional dentro do CAPS.

O trabalho pode provocar sentimentos de prazer e satisfação, como também pode gerar angústias e estresse. Essa variação de sentimentos vai depender da organização do trabalho em que o indivíduo está inserido (PAGLIARI *et al.*, 2008, p. 64).

Para Brant e Minayo Gomez (2004 *apud* Ferrer, 2007, p. 110) é importante reconhecer que o sofrimento psíquico, mesmo sendo inerente ao ser humano, é algo completamente subjetivo, sendo que o que pode ser sofrimento para uma pessoa, não necessariamente será para outra e vice-versa. Ao contrário, aquilo que é vivenciado como sofrimento para um indivíduo, pode ser motivo de prazer para outro. Dessa forma, numa situação de sofrimento é possível encontrar uma mescla de prazer e dor, em um mesmo momento.

A satisfação no trabalho é um conjunto de sentimentos e emoções favoráveis ou desfavoráveis por meio dos quais os funcionários vêem o seu trabalho. Considerando-se que o trabalho é parte importante da vida de muitos funcionários, a satisfação no trabalho interfere na satisfação pessoal como um todo (NEWSTROM, 2008).

Feito essas explicações, o estudo apontará a outra categoria: Sobrecarga do cuidado.

## 5.2 SOBRECARGA DO CUIDADO

Esta categoria tem como objetivo demonstrar se existem sobrecargas de trabalho em que os enfermeiros entrevistados costumam vivenciar. Nesse contexto as informações coletadas nessa etapa foram apresentadas através no seguinte quadro 4:

**Quadro 4-** Sobrecarga do trabalho/Afetando a Saúde/Estressado com seu trabalho/Necessidade de procurar médicos.

<b>ENFERMEIROS</b>	<b>SOBRECARGA DE TRABALHO</b>
<b>E1</b>	Não
<b>E2</b>	Não
	<b>AFETANDO O ESTADO DE SAÚDE?</b>
<b>E1</b>	Não
<b>E2</b>	Não
	<b>SENTE ESTRESSADO COM SEU TRABALHO?</b>
<b>E1</b>	Não
<b>E2</b>	Não
	<b>SENTE NECESSIDADE DE PROCURAR MÉDICOS?</b>
<b>E1</b>	Não
<b>E2</b>	Não

**Fonte:** Elaborada pela autora (2018).

Como observado no Quadro 4, ambos relataram não sentir sobrecarga no trabalho, o que de certo modo traz uma relação com o que já foi dito no Quadro 3, eles se sentem satisfeitos com o desenvolvimento do seu trabalho, entretanto, isso ainda pode ser reforçado nas falas dos participantes:

Praticamente todo serviço de saúde haverá pacientes com demanda para saúde mental. O nosso serviço tem um fluxo não tão frequente de pacientes, poucos chegam no serviço em situação de crise ou com alguma emergência (E1).

Estou bem, não acho o trabalho sobrecarregado, talvez seja porque só faz 1 ano e 3 meses que estou nessa área (E2).

Em contraposição Galindo (2012), investigando sobre sobrecarga do trabalho no CAPS obteve resultado diferente, identificou que seus participantes se sentiam sobrecarregados.

O trabalho ocupa na vida das pessoas papel primordial, já que são por meio dele que se pode atingir satisfação e realização profissional. O trabalho mostra-se como fonte de prazer quando admite o desenvolvimento de habilidades humanas, beneficiando os laços cognitivo-técnicos com o resultado de sua atividade laboral, levando-o à sua satisfação. Por outro lado, quando o trabalhador tem por fim exclusivo a mercadoria ou o serviço prestado, ele poderá reprimir suas habilidades e ter como consequência a insatisfação, angústia, alienação e sofrimento psíquico (GOMES *et al.*, 2006, p. 93).

O acúmulo de tarefas sobrecarrega os profissionais, se tornando um desafio entre o tempo disponível e o que há para ser feito, deixando o trabalhador submetido a enorme tensão para efetuar um trabalho tendo a responsabilidade em fazê-lo com qualidade, o que faz aumentar o cansaço, o desgaste e o esgotamento crônico (GALINDO *et al.*, 2012).

Conforme dito pelos enfermeiros sobre estresse em seu trabalho, ambos responderam que não, observando-se nas falas:

Porque a demanda é pequena e temos um número programado de ações, sendo que em eventuais contratempos a equipe fornece apoio (E1).

O que me deixa triste e não estressado é o impacto diante das situações (casos) que me sinto muitas vezes impotente (E2).

Em contrapartida, neste âmbito percebe-se que situações relacionadas com a: manutenção do tratamento e relação terapêutica, a inabilidade no estabelecimento de limites nas interações profissionais, o envolvimento excessivo com o trabalho e a falta de gratificação financeira e social são apontadas como possíveis fontes de estresse profissional (DALMOLIN *et al.*, 2012; SAPATA, 2012).

Contudo, o profissional de enfermagem por trabalhar com atividades insalubres e penosas pode gerar como consequência uma tensão emocional ocasionada pelo cuidado direto a pessoas doentes ou lesada, associada às longas jornadas de trabalho, ao salário abaixo do esperado, ao trabalho duplo, a execução de tarefas desagradáveis e muitas vezes repulsivas causando danos à saúde (LIMA JUNIOR; ESTHER, 2001, p. 21).

Dando continuidade, os dois enfermeiros entrevistados relataram que o trabalho exercido não afeta o estado de saúde e nem sentem necessidade de procurar médicos com frequência, como reforçado nas falas dos participantes:

O estado de adoecimento é algo que tentamos evitar, reconhecendo a necessidade de terapias, atividades laborais e estilo de vida equilibrado (E1).

Até o momento não, devido está há pouco tempo no serviço (E2).

Porque tenho uma saúde estável (E1).

Como disse antes, pouco tempo de serviço nessa área, também procuro não fixar muito o pensamento nos casos (E2).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), o desempenho do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria assume um papel fundamental, pois, através dos seus conhecimentos científicos e técnicos, deve adotar todas as medidas que visem à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde aos doentes e suas famílias. A seu desempenho baseia-se na transposição de um saber científico para a prática clínica, mediante dois fatores distintos que caracterizam o cuidar da enfermagem: o cuidado técnico e o humano.

Assim, o cuidado técnico caracteriza-se por toda a extensa gama de técnicas e procedimentos que são característicos das competências de todos os enfermeiros. Paralelamente, o cuidado humano baseia-se na relação de ajuda estabelecida entre o enfermeiro e o doente, conjuntamente procurando encontrar as medidas necessárias para a obtenção de ganhos em saúde.

Reforça-se que os enfermeiros entrevistados sentem-se bem com seu trabalho, estado de saúde, sem necessidade de procurar ajuda médica para tratamento.

Porém ao ser perguntado se esses enfermeiros tinham receio de serem fisicamente agredidos, os dois disseram que sim, como observados nas falas:

Em algumas situações nós precisamos da equipe paralisar com o caso. Porém isso é algo raro e que acontecia com a mesma frequência em outros trabalhos que não era especificamente da saúde mental (E1).

Porque às vezes os pacientes que fazem uso de substâncias psicoativas chegam em crise, precisando ser contido ou tratado de forma especial, principalmente por alguém que tenha mais vínculo com ele (E2).

ROLIM (1993) escreve que o sentimento ou afeto que os membros da equipe de enfermagem das emergências psiquiátricas mais experimentavam, ao lidar com o doente mental, era o medo, geralmente associado à possibilidade de agressões físicas. Na população analisada encontraram-se sentimentos parecidos, associados ao afastamento do doente mental.

Entende-se que o comportamento desses pacientes, caracterizado por meio de atos agressivos, pode não ser necessariamente uma real expressão de raiva, mas uma manifestação tangente de outros sentimentos, como mágoa, insegurança, medo e revolta. Por não saber lidar com eles, o paciente manifesta-os de maneira agressiva. (RODRIGUES, 1996).

Um paciente com comportamento agressivo é caracterizado como sendo provocador, desafiador, hostil com os demais pacientes ou membros da equipe, sendo toda a sua conduta caracterizada pelo intuito destrutivo. Além disso, pacientes com humor instável, baixa tolerância a frustrações, com história de agressão e impulsividade, delinquência, ideias delirantes de perseguição, audição de vozes que lhes dão ordens, são candidatos à agitação seguida de agressividade. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL, 2017).

Percebe-se o sentimento de medo nas circunstâncias citadas, pois as manifestações de agressividade de um paciente é um sintoma e o enfermeiro precisa de interação, atitude para lidar com tal situação, com muito cuidado ao atender esse paciente, é de suma importância a paciência, trabalhar com amor para conseguir um cuidado humanizado.

Na sequência sobre a sobrecarga do cuidado, foram colhidas dos entrevistados as seguintes respostas (Quadro 5):

**Quadro 5**– Afetando sua Saúde emocional/Culpa por não conseguir ajudar totalmente.

<b>ENFERMEIROS</b>	<b>AFETANDO SUA SAÚDE EMOCIONAL?</b>
<b>E1</b>	Não
<b>E2</b>	Não
	<b>SENTE CULPADO POR NÃO CONSEGUIR AJUDAR TOTALMENTE?</b>
<b>E1</b>	Não
<b>E2</b>	Não

**Fonte:** Elaborada pela autora (2018).

Como observado acima, no Quadro 5, um dos enfermeiros entrevistados relata em relação a demanda, como reforçado nas falas dos participantes:

Tendo como demanda muitas questões sociais do público que procura atendimento. Poucos manifestam algum transtorno mental grave (E1).

Leva-me a refletir num cenário onde o ser humano pode chegar. Também penso que estratégias podem fazer para ajudar cada vez mais essas pessoas (E2).

De acordo com Mundt e Klafte (2008), essa razão prende-se com um menor desgaste profissional potenciado por razões de ordem física e psicológica (jovialidade, melhor forma física, maior vigor, eventual ausência de patologias crônicas, motivação acrescida pelo início da profissão e ausência de compromissos sérios nos primeiros anos como profissional). Neste sentido, este grupo profissional apresenta melhores índices de Saúde Mental.

Ainda de acordo com os autores supracitados, antes de cuidar do outro, o enfermeiro (independentemente da sua categoria ou área de prestação de cuidados) deve saber cuidar de si próprio, nomeadamente da sua Saúde Mental. “Mente sã em corpo são” é o slogan que o enfermeiro deve ter no seu quotidiano para poder prestar, da melhor forma possível, cuidados de excelência ao doente e sua família, inseridos num contexto comunitário.

Em contraste, o comportamento disfuncional e a eventual perda de controlo emocional provenientes desse stress, ansiedade ou depressão, podem afetar gravemente a saúde psicofisiológica dos doentes que estão sob sua tutela. Pois, à medida que estes comportamentos destrutivos são repetidos, evidencia-se um ciclo vicioso: raciocínio prejudicado, sentimentos negativos e mais ações disfuncionais que impedem o enfermeiro de desempenhar normalmente as suas funções (BRUNNERE SUDDARTH, 2006).

Evidenciam-se pelas falas dos participantes que não se sentem culpados por não conseguir ajudar os pacientes tanto quanto acham que eles deveriam ser ajudados:

Realizamos o que está ao nosso alcance sempre, realizamos avaliações, planejamentos. Algumas falhas acontecem por fatores externos e recursos (E1).

Faço tudo que está ao meu alcance, tanto individualmente como junto a uma equipe. Porque se ele se encontra daquele jeito não é minha culpa, nem dele, mas de todo um contexto que o levou a dependência de drogas (E2).

O consumo abusivo de álcool e drogas vem aumentando de forma preocupante e significativa nos últimos anos, acarretando transtornos pessoais, familiares e sociais, tornando-se um grande problema de saúde pública (BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012).

Outros fatores de risco relacionam-se a causas culturais, interpessoais, psicológicas e biológicas, como a facilidade de acesso às substâncias, questões econômicas, contato com usuários, conflitos familiares graves, ausências dos pais, frequência a lugares inapropriados, entre outros (MOMBELLI; MARCON; COSTA, 2010).

O papel do enfermeiro, no grupo de apoio/ suporte, durante a atividade grupal com a família do usuário de drogas é a escuta, estabelecendo o processo de comunicação e relacionamento terapêutico. Através desta ferramenta de cuidado pode-se humanizar a assistência, estimulando o dependente químico e seu familiar a realizarem o enfrentamento das dificuldades e a manutenção do funcionamento psicossocial, de acordo com as necessidades de cada pessoa, a fim de fazê-la construir um novo projeto de vida e manter-se saudável (Almeida VCF, Lopes MVO, Damasceno MMC.2005).

Assim o enfermeiro do CAPS, entende que o contexto social pode ser um fator negativo para iniciação e continuidade de processos nocivos, como no caso da droga, referido por E2.

Segundo Costa *et al* (2007) existem alguns fatores que influenciam os jovens ao uso de drogas como a onipotência, a busca de novas experiências, ser aceito por grupos, independência, a facilidade de acesso, a permissividade, a falta de fiscalização, desafio da estrutura social e conflitos psicossociais e existenciais, além



de fatores intrínsecos à família, como estrutura, apoio e a presença de usuários de drogas dentro da família.

A partir dessa problemática, as políticas de apoio à rede de saúde mental instituíram um modelo de serviço que daria suporte as pessoas que fazem o uso prejudicial de álcool e outras drogas, o Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS álcool e drogas), que permite o planejamento de uma terapêutica individualizada e contínua, através de intervenções que vão desde o atendimento individual até aos atendimentos em grupos ou oficinas (BRASIL, 2004).

O sofrimento gera o desgaste físico e mental aos profissionais de saúde e está diretamente relacionado às situações estressantes do trabalho, visto que esses profissionais realizam cuidados complexos, repetitivos e lidam com a dor e, muitas vezes, com a morte de pacientes queimados. Devido a tais fatores e quando esses trabalhadores percebem a impossibilidade de solucionar todos os problemas dos pacientes, surgem, então, frustrações e sentimentos de impotência, gerando o esgotamento mental. (Santos JM, Oliveira EB, Moreira AC, 2006).

Para mais, além de todos os aspectos indicados anteriormente, esses profissionais acreditam que o trabalho deles está sendo bem desenvolvido e que essas situações são para além deles, que tem um contexto social, fazendo com que eles convivam diariamente com a dor e com o sofrimento alheio, sendo um desafio diariamente em suas vidas.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foram entrevistados dois enfermeiros pertencentes ao CAPS álcool e drogas com a tentativa de investigar se há ou não sobrecarga desses enfermeiros. Foi compreendido que não há sobrecarga.

Observou-se a preocupação no acompanhamento dos pacientes quando os enfermeiros abordados referiram atendimento matricial, visitas domiciliares e acolhimento, pode-se perceber que o cuidado humanizado e a atenção integral aos mesmos foram bastante perceptíveis em seus relatos.

Espera-se que esse trabalho possa estimular os enfermeiros a trabalharem no CAPS, assim como mostrar como é a realidade do enfermeiro no seu cotidiano e perceber as perspectivas e os resultados encontrados de acordo com as ações exercidas por eles com tanta dedicação e afincamento para com seus clientes.

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise sobre os cuidados de enfermagem e pode ser explorado por acadêmicos a título de pesquisa e com intuito de abranger as investigações futuras.

Há necessidade de estudos futuros que possam ampliar mais a investigação dos participantes para que seja avaliado o nível de sobrecarga, entretanto não invalida os dados porque ele traz uma realidade local demonstrando a sobrecarga desses enfermeiros, possibilitando um aprendizado com riqueza nas pesquisas e conhecimentos na exploração de um tema bastante instigante para desenvolvimento profissional da enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA VCF, Lopes MVO, Damasceno MMC. **Teoria das relações interpessoais de Peplau**: análise fundamentada em Barnum. Ver Esc Enferm. USP. 2005; 39(2): 202-10

ALMEIDA, Deybson Borba de et al . Recursos de disciplinarização na enfermagem: um estudo histórico e foucaultiano. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 598-606, Dec. 2017

ALVARENGA, Willyane de A. et al. Ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros na escola: percepção de pais. **Revista Mineira de Enfermagem**, 2012. BACKES, Dirce Stean; BACKES Marli Terezinha Stein; ERDMANN

AlacoqueLorenzini; BÜSCHER Andreas; MARCHIORI Mara Teixeira & KOERICH Magda Santos. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.17, 2012.

BANDEIRA, Marina; ISHARA, Sergio & ZUARDI, Antonio Waldo. Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade de construto das escalas

SATIS-BR e IMPACTO-BR. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 56, n. 4, p. 280286,2007. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S004720852007000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852007000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01 Apr. 2018.

BASISTA, Micheline Dayse Gomes. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, n. 40, Abril de 2014, pp. 391-404.

BAUER Martin de; GASKELL George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BENEVIDES, Daisyanne Soares et al. **Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Rio de Janeiro, v.14, n. 32, p. 127-38, jan./mar. 2010. Disponível: .Acessoem: 01 fev. 2015.

BOWER, P.; SIBBALD, B. **On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice**.Cochrane DatabaseSystRev, n.3, p. CD000532, 2000.

BRASIL. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. **Álcool e Outras Drogas**. São Paulo: CRPSP, 2012.

BRASIL. Constituição (1986). Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe Sobre A Regulamentação do Exercício da Enfermagem, e Dá Outras Providências**..

Brasília, Brasil. Decreto n. 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. In: Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Legislação [Internet]. Brasília; 2011. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4173>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios:** orientação para elaboração de projetos de construção reforma e ampliação de CAPS e de UA / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. 86 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRUNNER, L. S. & Suddarth, D. S. (2006). **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. (10ª Edição). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, Volume 1.

CAMILO, Cleucimara Aparecida et al. **Avaliação da satisfação e sobrecarga em um serviço de saúde mental**. Cad. Saúde Colet, Rio de Janeiro, v. 1, n. 20, p.82-92, jan. 2012. Disponível em: <[http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012\\_1/artigos/CSC\\_v20n1\\_82-92.pdf](http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_1/artigos/CSC_v20n1_82-92.pdf)>. Acesso em: 01 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Enfermagem em números**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. 2018. Acesso em 01 abr 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Pesquisa traça perfil inédito da enfermagem no Brasil. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem\\_31258.html](http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html). 2015. Acesso em 01 abr 2018.

COSTA, M.C.O.; ALVES, M.V.Q.M.; SANTOS, C.A.S.T.; CARVALHO, R.C.; SOUZA, K.E.P. & SOUSA, H.L. Experimentação e uso regular de bebidas alcoólicas, cigarros e outras substâncias psicoativas/SPA na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.5, p.1143- 1154, 2007.

DALMOLIN, G. L et al. Implicações do sofrimento moral para os (as) enfermeiros (as) e aproximações com o *burnout*. **Revista texto & Contexto de Enfermagem**, v.21, n.1, p.200-208, 2012.

FERNANDES, Marivana; DUARTE, Maria de L. C.; SCHMALFUSS, Joice M. **Facilidades e Dificuldades na realização de visitas domiciliares em um Centro de Atenção Psicossocial**. CogitareEnferm. v. 26, n. 5, p. 451-8, 2014.

FERREIRA, Dayana Kelly Soares; MEDEIROS, Soraya Maria de & CARVALHO, Inaiane Marlis de. Sofrimento psíquico no trabalhador de enfermagem: uma

revisão integrativa Psychicaldistress in nursingworker. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 9, n. 1, p.253-255, 10 jan. 2017.

FIGUEIREDO, Marianna Lima de Rolemberg; DELEVATI, DalneiMinuzzi; TAVARES, Marcelo Góis. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciências humanas e Sociais**, v. 2, n. 2, p. 121-136, 2014.

GALINDO, R.H. et al. Síndrome de *burnout* entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. **Revista da escola de enfermagem USP**, v.46,n.2,p.420-427,2012.

GOMES, G. C.; LUNARDI FILHO, W. D.; ERDMANN, A. L. **O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem**. Revista de Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, jan/mar 2006, 14(1):93-9.

GONÇALVES, F. D. *et al.* Health promotion in primary school. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu**, São Paulo, v. 12, n. 24, p. 181-92, jan./mar. 2008.

Kantorski, L. P., Bielemann, V. L. M., Clasen, B. N., Padilha, M. A. S., Bueno, M. E. N., & Heck, R. M. (2010). **A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS**. *Cogitare Enfermagem*, 15(4), 659-666.

LIMA DA SILVA, Jorge Luiz et al . Estrés en la actividad administrativa de enfermería: consecuencias para la salud. **av.enferm.**, Bogotá , v. 31, n. 2, p. 144-152, Julho, 2013

LIMA JÚNIOR, J. H. V. & ESTHER, A. B. **Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem**. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, jul./set. 2001, 41(3):20- 30. Rodrigues ARF. **Enfermagem psiquiátrica: saúde mental: prevenção e intervenção**. São Paulo (SP): EPU; 1996.

MACEDO, João Paulo et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 26, n. 1, p.155-170, mar. 2017.

MINAYO Maria Cecília de Sousa. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13ª ed. São Paulo: 2012.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas**. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, 1997, 13(2): 21-32.

Ministério da Saúde (BR). **Projeto Profissionalizante dos Trabalhadores da Área de Enfermagem**. Profissionalização de auxiliares de enfermagem: saúde mental. Caderno do aluno. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE . **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**. 2017. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/rede-de-atencao-psicossocial-raps>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

MOLL, Marciana. Et al. Ações terapêuticas para pessoas com esquizofrenia acompanhadas num Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 14, p. 24-30, 2015

MORAES FILHO, Iel Marciano de; ALMEIDA, Rogério José de. Estresse ocupacional no trabalho em enfermagem no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s.l.], v. 29, n. 3, p.447-454, 30 set. 2016. Fundação Edson Queiroz.

MUNDT, S. E. & Klafke, T. E. (2008). Processo Saúde-Doença no Contexto de Trabalho em Saúde: **Percepções dos Técnicos de Enfermagem de um Ambulatório Hospitalar**. Barbarói: n.º 29, Ano 2008/2.

NEWSTROM, J. W. (2008), **Comportamento Organizacional – O Comportamento Humano no Trabalho**, São Paulo: McGraw-Hill.  
Ordem dos Enfermeiros (2010). **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

PAGLIARI, J.; COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G.; VIEIRA, C. S. **Sofrimento psíquico da equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada**. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2008, 10(1):63-76.

PEROVANO Dalton Gean. **Manual de metodologia científica para a segurança pública e defesa social**. Curitiba: Juruá, 2014.

PINHO, Eurides Santos; SOUZA, Adrielle Cristina Silva; ESPERIDIAO, Elizabeth. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 141-152, Jan. 2018 .

RADUENZ, A. C. et al. **cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica**.rev. Latino-am. Enfermagem.V.18, n. 06, p. 02, nov-dez. 2010.

RODRIGUES, Eder Pereira et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 2, p. 296-301, Apr. 2014.

ROLIM, MA. **As representações sociais acerca do doente mental atendido em emergências psiquiátricas**. São Paulo, 1993. 137 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SANTOS JM, Oliveira EB & Moreira AC. **Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em centro de terapia intensiva.** Rev. enferm. UERJ. 2006; 14(4): 580-5.

SANTOS, Z. M. S. A.; CAETANO, J. A.; MOREIRA, F. G. A. **Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial: uma tecnologia educativa em saúde.** *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4385-4394, 2011.

SECRETARIA DE SAÚDE DE SOBRAL. Atenção especializada: Centro de Atenção Psicossocial. 2017. Disponível em: <http://saude.sobral.ce.gov.br/atencao-especializada/centro-de-atencao-psicossocial-caps-geral>. Acesso em 25jun2018

SILVA, Nathália Santos et al . Percepção de enfermeiros sobre aspectos facilitadores e dificultadores de sua prática nos serviços de saúde mental. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 5, p. 745-752, Oct. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000500016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500016&lng=en&nrm=iso)>. Accesson 06 Apr. 2018.

SOARES, Cândida Elizabete dos Santos; BIAGOLINI, Rosângela Elaine Minéo; BERTOLOZZI, Maria Rita. Atribuições do enfermeiro na unidade básica de saúde: percepções e expectativas dos auxiliares de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 47, n. 4, p.915-921, ago. 2013. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420130000400020>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0915.pdf>>. Acesso em: 01 abr 2018.

STAKE RE. **Investigación com estúdio de casos.** 4ª ed. Madrid (ES): EdicionesMorata; 2007.

VIEIRA, Gisele de Lacerda Chaves. Satisfação e sobrecarga de trabalho entre técnicos de enfermagem de hospitais psiquiátricos. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto , n. 17, p. 43-49, jun. 2017 . Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602017000100006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602017000100006&lng=pt&nrm=iso)>.Acessoem 01abr. 2018.

YIN RK. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 4ª ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2010.

## APÊNDICE



**APÊNDICE A– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**  
**Título da Pesquisa: Sobrecarga de Enfermeiros em um Centro de**  
**Atenção psicossocial de álcool e drogas no Norte Cearense.**

**PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL:** Roberlandia Evangelista Lopes Ávila

Prezada Colaboradora,

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa que irá averiguar a sobrecarga de enfermeiros atuantes nesta instituição. Esta pesquisa se justifica por reconhecer a necessidade de conhecer os fatores que levam a sobrecarga do profissional de enfermagem ser o primeiro passo para incitar melhorias para essa profissão

**1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:** Ao participar desta pesquisa você responderá a perguntas retiradas da escala IMPACT- BR. Ela será lida pontualmente e, se em qualquer momento, a senhora apresentar alguma dúvida, faremos os esclarecimentos necessários. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado, sem nenhum prejuízo para você.

**2. RISCOS E DESCONFORTOS:** O procedimento utilizado como a entrevista semiestruturada poderá trazer algum desconforto como o tempo gasto na entrevista, e ao relembrar algumas sensações diante do vivido com situações altamente desgastantes. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo que será reduzido pela interrupção da entrevista e somente será retomada posteriormente, se assim a Senhora desejar.

**3. BENEFÍCIOS:** esperados do estudo é a possibilidade de conhecer os possíveis fatores que levam a sobrecarga do profissional de enfermagem a fim de que as informações possam dar margem para possibilidades de melhorias do serviço.

**4. FORMAS DE ASSISTÊNCIA:** Se você precisar de alguma orientação por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que você tem alguma coisa que precise de tratamento, você será encaminhado (a) para o serviço de saúde especializado em que a senhora necessitar.

**5. CONFIDENCIALIDADE:** Todas as informações que a Senhora nos fornecer ou que sejam conseguidas por prontuários e exames serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seus dados pessoais e respostas ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum das gravações ou fichas nem quando os resultados forem apresentados.

**6. ESCLARECIMENTOS:** Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa, poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário INTA- UNINTA.

Nome do pesquisador responsável: Roberlandia Evangelista Lopes Ávila Endereço: Rua Doutor Giovani Carneiro, 526- Bairro Expectativa- Sobral/CE Telefone para contato: (88). 9712.6480 Horários de atendimento: Segunda a sexta feira: 07h00min às 11h00min h.

**Nome do Comitê de Ética em Pesquisa:** Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário INTA- UNINTA.

**Endereço:** Rua Coronel Antônio Rodrigues Magalhães, 700, Bairro Dom Expedito.

**Telefone:** (88) 3112- 3500.

- 1. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS:** Caso a Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.
  - 2. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO:** Se a Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.
-

## CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o (a)Sr.(a) \_\_\_\_\_ portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Sobral/CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2018.

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO**

Identificação: \_\_\_\_\_

1. Quanto tempo, por semana, você passa com portadores de transtornos mentais?

- A. Mais de 40h/ semana
- B. Entre 31 e 40h/semana
- C. Entre 21 e 31h/semana
- D. Entre 11- 20h/semanas
- E. Menos de 10h/semana

2. Qual é sua principal atividade junto aos pacientes?

- A. Terapia farmacológica
- B. Atividades de reabilitação
- C. Aconselhamento
- D. Cuidados físicos de saúde
- E. Outros \_\_\_\_\_

3. Qual seu principal local de trabalho?

- A. Enfermaria
- B. Ambulatório
- C. Lares abrigados
- D. Hospital dia
- E. Centro ocupacional
- F. Centro de reabilitação para o trabalho
- G. Mais de um dos acima
- H. Outros \_\_\_\_\_

4. Qual seu horário de trabalho

- A. Manhã
- B. Tarde
- C. Noite

5. Quando você pensa no seu trabalho com portadores de transtornos mentais, você se sente frustrado?

- A. Não
  - B. Sim.
  - C. Porque?
- 

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

- A. Não
  - B. Sim.
  - C. Porque?
- 

7. Você tem receio de ser agredido fisicamente por algum paciente?

- A. Não
  - B. Sim.
  - C. Porque?
- 

8. Você acha que seu trabalho está afetando seu estado de saúde?

- A. Não
  - B. Sim.
  - C. Porque?
- 

9. Você sente a necessidade de procurar médicos com mais frequência desde que iniciou o seu trabalho?

- A. Não
  - B. Sim.
  - C. Porque?
-

10. Em geral, seu contato com portadores de transtornos mentais está afetando sua saúde emocional?

- A. Não
  - B. Sim
  - C. Porque?
- 

11. Você se sente culpado por não conseguir ajudar os pacientes tanto quanto acha que eles deveriam ser ajudados?

- A. Não
  - B. Sim.
  - C. Porque?
- 

12. Você se sente estressado devido ao seu trabalho em saúde mental?

- A. Não
  - B. Sim.
  - C. Porque?
-

**ANEXOS**

**ANEXO A – DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO ORTOGRÁFICA**