



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ FORA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO

Erica Cruvinel

**Relação entre Clima Organizacional e Atividades de Prevenção ao Uso de
Risco de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Profissionais da Atenção
Primária à Saúde**

Juiz de Fora
2011



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ FORA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO

Erica Cruvinel

Relação entre Clima Organizacional e Atividades de Prevenção ao Uso de Risco de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Profissionais da Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

Coorientador: Prof. Dr. Ronaldo Rocha Bastos

Juiz de Fora
2011

TERMO DE APROVAÇÃO

CRUVINEL, Erica. *Relação entre Clima Organizacional e Atividades de Prevenção ao Uso de Risco de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Profissionais da Atenção Primária à Saúde*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Juiz de Fora: UFJF, Faculdade de Medicina, 2011. 86 pp.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani – Departamento de Psicologia – UFJF – Orientador

Prof. Dr. Ronaldo Rocha Bastos – UFJF – Coorientador

Prof^ª. Dr^a. Kimber P. Richter – Faculdade de Medicina, Universidade do Kansas – Cidade do Kansas, KS

Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço – Departamento de Psicologia – UFJF

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani, por possibilitar o estudo de um tema tão prazeroso e pelo incentivo nas oportunidades acadêmicas e profissionais. Obrigada por compartilhar seu conhecimento e pela atenção com que me recebeu desde o início das minhas atividades no POPSS.

Ao Prof. Dr. Ronaldo Bastos, por partilhar a coorientação deste estudo e pela ajuda em todo o processo de análise dos dados.

Aos integrantes da banca examinadora, Dr. Lélío Moura Lourenço, pelas contribuições na qualificação e pelas experiências anteriores vivenciadas em seus grupos de pesquisa; e À Dra. Kimber Richter, pela gentileza com que aceitou o convite para contribuir com este trabalho e ainda ao Prof. Dr. Erikson Furtado, pelas orientações na banca de qualificação.

Aos membros do grupo Disseminação pelo apoio fundamental na execução desta pesquisa. Agradeço a todos que se envolveram, não apenas na coleta e digitação dos dados, como também nas reflexões geradas em cada reunião semanal. À Daniela Mota, uma amiga que acompanhou toda a trajetória deste estudo. Obrigada pelos cafés e desabafos compartilhados. À Tassiana Miranda, pelo envolvimento na revisão sistemática e por me ajudar a cuidar da qualidade deste estudo.

Às equipes de PSF por colaborarem no preenchimento dos questionários e às secretarias municipais de saúde por autorizarem a realização desta pesquisa em seus municípios.

Aos colegas do Mestrado por tornarem as aulas divertidas e produtivas. Foi muito bom estudar saúde coletiva na companhia de uma turma tão agradável. À Débora Delage, Manuella, Rayla e Danille pela amizade construída durante o Mestrado. Foi um presente conhecer vocês neste percurso!

A todos os professores do Mestrado em Saúde Coletiva pelo ensinamento transmitido.

Às amigas Débora Paiva e Carla Gebara pelo apoio e aconchego, principalmente nos momentos e dificuldades vivenciados nesta reta final.

À Gabizinha, minha amiga e grande companheira de república, obrigada pela compreensão e pelos almoços compartilhados neste período.

Ao Gustavo, por sempre apoiar e incentivar minhas escolhas. Obrigada pelo esforço em compreender a importância desta trajetória em minha formação. Seu carinho e amor são fundamentais em minha caminhada.

Aos meus pais que, mesmo sem saber, criaram as condições para que hoje eu pudesse concluir este Mestrado. Ao Juninho, pelo carinho e empatia nesse processo, e à Nana, por sempre torcer e confiar em nosso sucesso. Ao Cesário e à Maria Helena, por me acolherem em sua casa e pelos momentos alegres e prazerosos.

Por fim, à PROPESQ/UFJF e à FAPEMIG pelo apoio financeiro disponibilizado e também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes, pela bolsa de Mestrado.

RESUMO

Estudos mostram que os profissionais que atuam em organizações com um Clima Organizacional (CO) mais positivo apresentam melhores desempenhos no trabalho. O objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre as práticas de prevenção em relação ao uso de risco de álcool, tabaco e outras drogas e a percepção do Clima Organizacional entre 149 profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). O CO foi avaliado através de escala envolvendo os seguintes fatores: 1) Liderança; 2) Desenvolvimento Profissional; 3) Espírito de Equipe; 4) Relação com a Comunidade; 5) Segurança no Trabalho; 6) Estratégia; 7) Remuneração. As atividades de prevenção foram mensuradas a partir da contagem do número de ASSIST (Instrumento de Triagem) e IB (Intervenção Breve) realizada no período de três meses após a capacitação presencial. Utilizamos também escalas de auto-eficácia e confiança para realizar Triagem e IB e questionário estruturado envolvendo questões sobre a prática dos profissionais em atividades de prevenção ao consumo de drogas. Para verificar a aproximação das variáveis, utilizamos análise de correspondência múltipla e análises de correlação, com 95% de Intervalo de Confiança. As equipes que apresentaram melhores pontuações na escala de Clima Organizacional tiveram também os melhores desempenhos nas atividades de prevenção ao consumo de drogas. Os fatores do CO que melhor se associaram com a prática dos profissionais foram o “Desenvolvimento Profissional” e “Relação com a Comunidade”. As dimensões “Liderança” e “Remuneração” também mostraram associações significativas. Os resultados sugerem que ambientes com melhores percepções do CO podem ser facilitadores para prevenção do uso de drogas na APS.

PALAVRAS-CHAVE: Clima Organizacional. Consumo de Drogas. Atenção Primária. Prevenção.

ABSTRACT

Studies show that professionals working in organizations with a more positive organizational climate (OC) have better performance at work. The aim of this study was to evaluate the association between preventive practices in relation to risk use of alcohol, tobacco and other drugs and the perception of organizational climate among 149 professionals in Primary Health Care (PHC). The OC was measured by a scale involving the following factors: 1) Leadership, 2) Professional Development; 3) Team Spirit, 4) Relationship with the Community, 5) Safety at Work, 6) strategy; 7) reward. Prevention activities were measured by counting the number of ASSIST (Screening Instrument) and BI (Brief Intervention) held within three months after theoretical training. We also used scales of self-efficacy and confidence to perform screening and BI and a structured questionnaire involving questions about the practice of professionals in prevention activities to drug use. To verify the proximity of the variables we used multiple correspondence analysis and correlation analysis, with 95% confidence interval. The teams that had better scores on the scale of organizational climate have also had the best performances in the practice in prevention activities to drug use. The factors of OC that is best associated with the practice of professionals were the "Professional Development" and "Relationship with the Community ". The dimensions of "leadership" and "rewards" also showed significant associations. Findings suggest that environment with better perceptions of OC can be facilitator for the prevention of drug use in PHC.

KEYWORDS: Organizational Climate. Drug Use. Primary Health Care. Prevention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	Número de ASSIST's aplicados por profissional	46
Gráfico 2	Número de Intervenções Breves realizadas por profissional	47
Gráfico 3	Análise de Correspondência – Clima Organizacional, Confiança e auto-eficácia para realizar triagem e intervenção Breve	51
Gráfico 4	Análise de Correspondência – Clima Organizacional, Número de ASSIST's aplicados e IB's realizadas	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Escalas Brasileiras e fatores constitutivos do Clima Organizacional	23
Tabela 2	Revisão Sistemática: Descritores de “Clima Organizacional” utilizados para busca bibliográfica .	25
Tabela 3	Revisão Sistemática: Resumo do método de pesquisa dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão	29
Tabela 4	Revisão Sistemática: Resumo do método de pesquisa dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão (continuação)	30
Tabela 5	Revisão Sistemática: Resumo do método de pesquisa dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão (continuação)	31
Tabela 6	Revisão Sistemática: Resumo dos principais resultados encontrados nos artigos que atenderam aos critérios de inclusão desta pesquisa bibliográfica	32
Tabela 7	Recodificação das escalas numéricas.	40
Tabela 8	Descrição Sócio-Demográfica da Amostra estudada	43
Tabela 9	Descrição das questões referentes à prática em atividades de prevenção ao consumo de drogas	45
Tabela 10	Dados descritivos para a escala de Auto-Eficácia e Confiança para realizar SBI	46
Tabela 11	Dados descritivos dos sete fatores da escala de Clima Organizacional	49
Tabela 12	Correlação entre Clima Organizacional e Atividades de Prevenção ao consumo de drogas	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
FAPEMIG	Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais
FMUSP-RP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto
OMS	Organização Mundial da Saúde
POPSS	Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva
PROPESQ	Pró-Reitoria de Pesquisa
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1.0	Revisão Teórica	13
1.1	Consumo de drogas e a necessidade de intervenções diante desta problemática	13
1.2	Capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para o desenvolvimento de práticas preventivas em relação ao consumo de drogas: <i>Contextualização e direcionamento</i>	15
1.3	Clima Organizacional.....	19
1.3.1	Definição.....	19
1.3.2	Análise empírica.....	22
1.4	Revisão Sistemática.....	24
1.4.1	Metodologia.....	24
1.4.2	Resultados.....	27
2.0	Objetivos da pesquisa.....	35
2.1	Objetivo Geral.....	35
2.2	Objetivos específicos.....	35
3.0	Metodologia e Estratégia de ação.....	35
3.1	Participantes.....	35
3.2	Desenho.....	36
3.3	Instrumentos.....	38
3.4	Análise dos dados.....	39

3.5	Aspectos éticos.....	41
4.0	Resultados.....	42
4.1	Descrições sócio-demográficas dos participantes.....	42
4.2	Análise descritiva das variáveis estudadas.....	44
4.2.1	Prática em atividades de prevenção ao consumo de drogas.....	44
4.2.2	Clima Organizacional.....	48
4.2.3	Análise de correspondência múltipla.....	49
4.2.4	Análise de correlação.....	53
5.0	Discussão.....	55
6.0	Considerações finais.....	63
7.0	Referências.....	65
8.0	Anexos.....	72

Capítulo 1 - Revisão Teórica

1.1 Consumo de drogas e a necessidade de intervenções diante desta problemática

O consumo abusivo de álcool, tabaco e drogas ilícitas é prevalente em todo o mundo e está entre os 20 maiores fatores de risco para problemas de saúde identificados pela Organização Mundial de Saúde (HUMENIUK; POZNYAK, 2004). Segundo relatório das Nações Unidas, quando somados os valores para uso de cannabis, estimulantes (anfetaminas ou êxtases), cocaína, opiáceos e heroína, a prevalência anual ultrapassa 200 milhões de pessoas, sendo que aproximadamente 4,9 milhões seguem algum tipo de tratamento por consumo de drogas (WHO, 2008).

Em relação ao abuso de álcool, a droga lícita de maior impacto para a saúde pública, destaca-se a relação direta do abuso da substância com diversos problemas físicos, sociais e psicológicos, tais como câncer, transtornos neuropsiquiátricos, cardiológicos, gastrintestinais, acidentes, suicídio, entre outros. Existe ainda um forte relacionamento entre o abuso de álcool e incidentes de violência, assim como uma relação direta com registros de divórcio (BABOR, 2003).

Além disso, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que 3,7% de todas as mortes e 4,4% das doenças estejam relacionadas com o uso de álcool, sendo a rede de impacto considerada relativamente alta em grupos de jovens. Ressaltam-se também os diversos outros efeitos diretos em grupos sociais ou sociedades, tais como absentéismos, desempregos, problemas com justiça criminal e danos causados por crimes e acidentes automobilísticos (WHO, 2007).

No Brasil, a realidade também chama atenção para a necessidade de intervenções diante desta problemática. Segundo dados apresentados pelo II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas envolvendo as 108 maiores cidades do país, cerca de 22,8% da população entrevistada já fez uso de qualquer droga ilícita na vida. Em relação às diversas complicações relacionadas ao abuso de substâncias, cerca de 1029 dos entrevistados relataram ter vivenciado problemas no trânsito decorrentes do efeito de drogas, 606 já tiveram problemas em ambientes de trabalho e 1188 afirmaram ter se ferido sob efeito de substâncias psicotrópicas (GALDURÓZ; CARLINI, 2006).

Estudos brasileiros, assim como os dados internacionais, também colocam em evidência os diversos problemas associados ao consumo de álcool, ressaltando que os custos do consumo excessivo estão além da esfera médica assistencial, relacionando-se diretamente a diversos problemas sociais, tais como vandalismo, desordem pública, problemas familiares como conflitos conjugais, abuso de menores, problemas interpessoais, problemas financeiros, problemas ocupacionais, dificuldades educacionais e acidentes de trânsito (MELONI, LARANJEIRA, 2004; LARANJEIRA et al., 2007).

De acordo com o I levantamento dos padrões de consumo de álcool na população brasileira, cerca de 28% dos adultos e 16% dos adolescentes já consumiram bebidas alcoólicas em excesso pelo menos uma vez nos últimos 12 meses. Dos bebedores, 23% relataram ter vivenciado problemas em função do consumo excessivo, sendo as complicações físicas, familiares, sociais ou de violência citadas com maior frequência pelos entrevistados (LARANJEIRA et al., 2007).

Em relação ao tabaco, 44% dos entrevistados pelo II levantamento sobre drogas psicotrópicas afirmaram já terem experimentado esta substância e aproximadamente 10% preencheram os critérios de dependência, o que corresponde a 5.120.000 de pessoas. Além disso, pesquisas internacionais mostram que o fumo é responsável por 90% das mortes por câncer no pulmão, 90% das complicações por obstruções crônicas pulmonares e 25% das mortes por doenças cerebrovasculares como, por exemplo, o derrame cerebral (U. S. SURGEON GENERAL, 2004).

Desta forma, a prevalência e os diversos problemas associados ao abuso de drogas inserem este tema como uma questão de saúde pública e chamam a atenção para a necessidade de intervenções diante desta realidade. No entanto, observa-se um despreparo dos profissionais de saúde para atuarem de forma preventiva frente a este tema, pois por muito tempo a formação dos profissionais se mostrou centrada na dependência e muito pouco era feito em relação à prevenção, à promoção de saúde ou a intervenções comportamentais que considerassem os aspectos socioculturais do consumo de substâncias psicoativas (RONZANI, 2005). Como resultado, grande parte dos profissionais de saúde mostrava-se despreparada para lidar com esses problemas (AMATO, 2008).

Sendo assim, a capacitação dos profissionais de saúde para detecção precoce dos problemas relacionados ao uso de drogas é uma estratégia importante e que vem sendo priorizada

em diversos países (FURTADO; CORRADI-WEBST; LAPREGA, 2008; MADRAS et al., 2009; RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009). Observa-se um número crescente de pesquisas relacionadas à validade e confiabilidade de instrumentos diagnósticos que sirvam de base para intervenções mais adequadas (BABOR et al., 2001; HENRIQUE et al., 2004; HUMENIUK et al., 2008).

Este estudo insere-se nesta perspectiva, tendo como objetivo geral avaliar a associação entre Clima Organizacional e atividades de prevenção ao uso de drogas entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), após capacitação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para o desenvolvimento de abordagens preventivas diante desta problemática, o que será descrito com mais detalhes no tópico seguinte.

1.2 Capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para o desenvolvimento de práticas preventivas em relação ao consumo de drogas: *Contextualização e direcionamentos*

Diversos estudos vêm mostrando evidências substanciais dos benefícios da utilização de instrumentos de triagem associados a Intervenções Breves (IB) em serviços de Atenção Primária à Saúde como forma de introduzir intervenções preventivas que venham a mudar a realidade epidemiológica do consumo de drogas (FURTADO; CORRADI-WEBST; LAPREGA, 2008; KANER et al., 2009; MADRAS et al., 2009; RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009; SOUZA-FORMIGONI; BOERNGEN-LACERDA; VIANNA, 2008).

Uma das ferramentas frequentemente utilizada é o ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*). O ASSIST é um instrumento de rastreamento simples, composto de 8 perguntas, o qual foi desenvolvido pela OMS com a finalidade de identificar o padrão de consumo e problemas associados ao uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas (HENRIQUE et al., 2004).

Juntamente com esse instrumento para triagem, foram desenvolvidas estratégias terapêuticas simples (Intervenções Breves/IBs), com foco na mudança de comportamento e acessíveis a profissionais de diversas formações que atuam em serviços de atenção primária. Estudos anteriores sugerem que a efetividade da IB e seu desempenho sejam idênticos ou até mesmo superiores aos de outras intervenções que demandam maior tempo e treinamento mais

intensivo dos profissionais (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001; KANER et al., 2009; NILSEN; KANER; BABOR, 2008).

Após utilização de instrumentos de rastreamento em vários países, iniciou-se um projeto multicêntrico internacional cujo objetivo era avaliar o processo de implementação, em serviços de Atenção Primária à Saúde, de um modelo que consistia na detecção de usuários de risco de álcool ou outras drogas utilizando instrumentos padronizados seguida por uma intervenção breve de sessão única (FURTADO; CORRADI-WEBST; LAPREGA, 2008; MADRAS et al., 2009; SPAK; ANDERSSON, 2008).

No Brasil, a primeira fase deste projeto, proposto por pesquisadores apoiados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), foi desenvolvida em Ribeirão Preto, São Paulo, Curitiba e Juiz de Fora (CORRADI-WEBSTER et al., 2005; RONZANI et al., 2005; SOUZA-FORMIGONI; BOERNGEN-LACERDA; VIANNA, 2008). Na região de Juiz de Fora, as atividades se iniciaram através de parcerias entre a OMS, instituições de ensino superior (UFJF e FMUSP-RP e Unifesp) e as secretarias de saúde locais, capacitando vários profissionais de saúde inicialmente para aplicação do AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) e para realização de IB dirigida a usuários de álcool classificados pelo AUDIT na zona de risco (BABOR et al., 2001).

Um desdobramento deste projeto consistiu em disseminar estas estratégias preventivas em municípios de pequeno porte da Zona da Mata Mineira (RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009). Posteriormente, visando ampliar o enfoque das estratégias desenvolvidas, novas capacitações foram realizadas utilizando o ASSIST como instrumento de rastreamento, passando a abordar não só questões relacionadas ao abuso de álcool como também tabaco e drogas ilícitas (CRUVINEL et al., 2009).

Nos municípios brasileiros, as propostas estão sendo viabilizadas através da inserção das atividades na rotina dos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF), buscando uma maior aproximação da proposta com a organização dos serviços oferecidos nestes setores (FURTADO; CORRADI-WEBST; LAPREGA, 2008, RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009). As equipes de PSF vêm sendo implantadas por todo o país como a principal ferramenta da APS. As primeiras equipes surgem em 1994 com foco em um grupo interdisciplinar na assistência integral e primária à saúde, geralmente composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2008).

É importante enfatizar que tais equipes surgem como forma de consolidar a descentralização da gestão em saúde iniciada com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), dando mais autonomia aos municípios ao mesmo tempo em que impõe novas responsabilidades de gestão e demanda por profissionais qualificados e comprometidos com a filosofia proposta por essa política (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). Alguns autores destacam que a reordenação do sistema, através das equipes de PSF, coloca o desafio de experimentar novas formas de gerir e organizar instituições de saúde (CARVALHO; CUNHA, 2006; CAMPOS, 1994). Passa-se a discutir a autonomia e a tomada de decisão das equipes como forma de descentralizar as decisões de um único serviço ou único profissional. Além disso, o diálogo passa a ser valorizado como solução para a fragmentação das equipes, incentivando a comunicação no grupo como forma de resolver os conflitos e problemas no trabalho (CARVALHO; CUNHA, 2006).

É neste cenário de novas exigências decorrentes do processo de descentralização em saúde em que se inserem as discussões sobre a efetividade e qualidade dos serviços em APS como, por exemplo, as questões sobre efetividade na implementação de estratégias de prevenção ao uso de drogas neste nível de atenção. Alguns estudos mostram que, apesar da eficácia da Intervenção Breve e da aplicabilidade do instrumento de rastreamento, existem dificuldades para implantar programas de prevenção e promoção de saúde relacionados ao consumo de drogas.

Em Juiz de Fora, estudo realizado com profissionais de APS (RONZANI et al., 2005), mostrou algumas dessas limitações: dificuldade para trabalhar em equipe, pouca motivação e alta rotatividade dos profissionais, sobrecarga de trabalho, falta de infraestrutura adequada, burocratização do trabalho e falta de organização das equipes, resultados semelhantes aos obtidos nas atividades desenvolvidas na Zona da Mata Mineira (RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009).

Pesquisadores descrevem dificuldades semelhantes ao destacarem que os treinadores, educadores ou organizações que investem em treinamentos para álcool e outras drogas precisam avaliar os resultados alcançados não apenas em termos de mudança de conhecimento e habilidades, mas também em termos de mudança (e também manutenção) da prática profissional. Neste sentido, os pesquisadores abordam como pontos-chave, além das características individuais, os aspectos organizacionais, o ambiente de trabalho e a coesão entre as equipes como fatores que podem facilitar a transferência de conhecimentos adquiridos em capacitações

para a rotina profissional. Enfatizam que os treinamentos não ocorrem de forma isolada e que a motivação, as expectativas, os estilos de liderança, o suporte e os sistemas e estruturas organizacionais são fatores fundamentais neste processo (ADDY et al., 2004; BABOR, et al., 2005; PIDD et al., 2004).

Diante destes resultados, percebe-se que muitos dos obstáculos relacionados à implantação das estratégias propostas estão ligados a fatores do ambiente de trabalho como, por exemplo, dificuldades nos trabalhos em equipe e organização dos serviços, em detrimento à aplicabilidade e eficácia das estratégias propostas. Uma das formas comumente utilizada para mensurar estes obstáculos seria através da avaliação do Clima Organizacional (CO), já que existe um consenso na literatura que este é um fator que influencia na eficácia dos resultados bem como na conduta das pessoas que fazem parte das organizações (REICHERS; SHNEIDER, 1990). Destaca-se que em ambientes com um Clima Organizacional favorável as atividades tornam-se mais confortáveis e fáceis, produzindo maior satisfação no trabalho e obtendo maior potencial dos trabalhadores (SÁNCHEZ et al., 2006).

No contexto dos serviços de saúde de diversos países, podemos encontrar estudos sobre a relação do CO com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais (GERSHON et al., 2007; GLISSON et al., 2008; MACDAVITT; CHOU; STONE, 2007; MUÑOZ-SECO et al., 2006; SÁNCHEZ et al., 2006; STONE et al., 2007; WIENAND et al., 2007; YING; KUNAVIKTIKUL; TONMUKAYAKAL, 2007). Pesquisas em setores de enfermagem mostram um relacionamento positivo entre clima organizacional e a competência de enfermeiras (YING; KUNAVIKTIKUL; TONMUKAYAKAL, 2007; MOK; AU-YEUNG, 2002), além de ser destacado também como uma ferramenta que pode ser utilizada na diminuição da rotatividade de funcionários (STONE et al., 2007).

Estudos em serviços de saúde mental também indicam que a eficiência organizacional depende de diversas características do contexto, incluindo cultura, estrutura, clima e atitudes no trabalho (GLISSON, 2002; GLISSON, 2008). Acredita-se que estas características afetam a eficácia dos tratamentos, a aliança terapêutica, os protocolos de tratamento e a responsabilidade e continuidade dos serviços (GLISON, 2002).

Apesar da relevância do tema, poucos estudos abordam especificadamente o CO e a efetividade de estratégias de prevenção ao uso de drogas. Os resultados de um estudo realizado pelo Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva (POPSS/UFJF) sobre a avaliação

da efetividade de estratégias de prevenção ao uso de risco de álcool na APS sugeriram uma correlação entre essas estratégias e Clima Organizacional (avaliado nos seguintes aspectos: Tomada de Decisão; Comunicação e Caos/Estresse). Os dados indicaram que em ambientes onde a equipe percebe a tomada de decisão de forma participativa, em que as atividades são estimuladas pela liderança e que a comunicação no grupo favorece a solução de problemas, a prevenção do uso de álcool pode ser facilitada (CRUVINEL & RONZANI, 2011).

No entanto, os resultados são ainda iniciais, fazendo-se necessário investigar de forma ampla a influência do CO na efetividade de estratégias de prevenção ao uso de drogas na APS. Considerando que o programa Saúde da Família é uma das principais estratégias do governo atual (BRASIL, 2008) e tendo conhecimento das diversas implicações do consumo de drogas para a saúde física, psicológica e social dos brasileiros, conforme descrito inicialmente, torna-se relevante o avanço destes estudos que buscam um aprofundamento sobre os fatores que influenciam na qualidade dos serviços oferecidos em APS, bem como a possibilidade de se estabelecer estratégias de prevenção ao consumo de drogas mais eficazes.

Para uma melhor compreensão do termo Clima Organizacional, será apresentada a seguir uma breve revisão teórica do constructo, tendo em vista que este será um dos objetos de análise desta pesquisa.

1.3 Clima Organizacional

1.3.1 Definição

Da década de 1930 até os anos atuais, uma quantidade significativa de estudos tem sido realizados buscando uma melhor compreensão do clima no contexto organizacional. Porém, como veremos a seguir, não existe um consenso entre pesquisadores sobre uma definição única que contemple de forma ampla e integrada os diferentes aspectos deste conceito.

Como pontos de partida para os estudos de clima organizacional destacam-se as pesquisas publicadas em 1939 por Lewin, Lippitt e White. Embora não tivessem tratado o assunto explicitamente, mostraram os primeiros resultados sobre o impacto dos diferentes tipos de liderança na atmosfera ou clima social de pequenos grupos de trabalho. Os autores tentaram reproduzir em laboratório fenômenos de grupos constatados na vida real, mostrando que uma

liderança democrática, quando comparada com estilos autoritários ou *laissez-faire* (ausência de liderança), apresentava melhores resultados em relação ao desenvolvimento de aptidões, de relações interpessoais e do trabalho realizado pelo grupo (LEWIN; LIPPITT; WHITE, 1939).

Entretanto, foram nas décadas de 1950 e 1960 que ocorreu uma proliferação de estudos sobre o tema. Neste período, Likert desenvolve o instrumento *Perfil Organizacional de Likert* (POL) que avalia os sistemas organizacionais a partir de seus padrões de liderança. O autor, ao descrever o sistema organizacional baseado em uma liderança participativa, enfatiza a importância do contexto humano nas organizações, destacando a necessidade de uma atmosfera na qual as pessoas se sintam valorizadas e respeitadas (LIKERT, 1961). Diversos outros estudos, também com enfoque na liderança, destacaram-se neste período inicial, como, por exemplo, os desenvolvidos por Litwin (1968) trabalhando a relação da alta gerência, motivação e o clima organizacional, assim como as pesquisas de McGregor (1960) explorando o clima para participação e o controle criado pela liderança.

Neste mesmo período, surge a primeira expressão “Clima Organizacional” através dos estudos de Argyris (1957). Os termos clima social ou atmosfera, inicialmente introduzidos por Lewin, passaram a ser conhecidos como Clima Organizacional e interpretados por Argyris como estágio homeostático da organização.

Após o surgimento da expressão, ocorreu uma tentativa de ampliação do conceito, marcando diferentes fases na evolução do constructo. Em um primeiro momento, novos teóricos começaram a questionar a carência dos fatores ambientais nas pesquisas de comportamento organizacional. Desta forma, Forehand e Gilmer (1964) e também Payne e Pugh (1976) se destacaram ao definir o clima a partir de indicadores estruturais, como tamanho, divisão hierárquica, tipo de tecnologia, centralidade de regras e controle de comportamento, ou seja, como uma entidade exterior ao indivíduo. Este enfoque da etiologia do clima, conhecido como abordagem estrutural, não excluiu a influência da personalidade na determinação dos significados organizacionais, no entanto, os determinantes de natureza objetiva tiveram consideração primordial.

James e Jones (1974) acrescentaram às discussões desenvolvidas até então, reflexões referentes às abordagens perceptuais do Clima. Estes autores destacaram que são as percepções dos indivíduos, a partir dos aspectos estruturais da organização, que formam o clima e não apenas a mensuração de atributos organizacionais. Nesta abordagem, a base do clima está nos

indivíduos ativos que percebem e interpretam as variáveis situacionais de uma maneira significativa para eles, criando assim suas representações cognitivas de seu ambiente de trabalho. Esta abordagem explora a diferença entre o “Clima Psicológico”, entendido como resultado do processo de percepção individual das práticas e procedimentos organizacionais, e o “Clima Organizacional”, visto como a média das percepções individuais.

Schneider menciona ainda que os processos seletivos em organizações, como a atração e repulsão de pessoas, produzem um relacionamento homogêneo na organização. Neste sentido, as escolhas pessoais por determinadas instituições seriam justificadas pelas preferências baseadas em características de personalidade, da mesma forma que as organizações atraem e selecionam candidatos afinados com as peculiaridades da empresa. Baseado neste processo, os membros organizacionais apresentariam percepções e significados similares para os eventos organizacionais, tendo em vista a similaridade de seus integrantes (SCHNEIDER & REICHERS, 1983). No entanto, esta explicação apresenta limitação ao justificar a existência de grupos com percepções diferentes em uma mesma organização.

A teoria desenvolvida por Mead, baseado no interacionismo simbólico, avança nesta explicação tentando oferecer umnexo entre abordagens anteriores. Esta perspectiva destaca que os significados e as percepções surgem das interações sociais e seria dentro de um mesmo grupo que os indivíduos compartilham suas percepções e formam significados. Desta forma, diferentes equipes em uma mesma organização poderão gerar diferentes climas e significados relacionados aos eventos, práticas ou procedimentos. As discussões restritas às características objetivas da organização evoluem integrando a intersubjetividade presente nas relações entre os indivíduos. O clima deixa de ser concebido como um evento sustentado de forma individual ou em objetos externos para ser analisado na perspectiva social, direcionando-se para uma definição mais interativa. Mead ressalta que os organismos e o ambiente determinam-se mutuamente, sendo fundamental entender o significado das interações, dos eventos para se compreender o comportamento social dos grupos ou indivíduos (MEAD, 1934 apud, SCHNEIDER & REICHERS, 1983).

Observa-se que existem diferentes definições do conceito, ressaltando não apenas os aspectos físicos da organização como também características que pertencem aos campos psicológicos e sociais. A Perspectiva do interacionismo simbólico sugere fortemente que o significado social de uma unidade pode ser mensurado sóciometricamente. Neste sentido,

técnicas observacionais e entrevistas podem ser combinadas por pesquisadores para delinear os significados sociais de unidades com base nas interações intensas dentro de grupos (SHNEIDER & REICHERS, 1983). Schneider (1990) ressalta que os anos de estudos o fez concluir que o mais importante nestas avaliações seria o foco de interesse, assim como fizeram os diversos pesquisadores sobre o tema, dentre eles Lewin, Lippit e White (1939), Litwin e Stringer (1968), McGregor (1960), ao estudarem o clima sempre associado a algum fator importante para a organização, por exemplo, um clima organizacional para expressão da criatividade ou um clima que favoreça a participação grupal. A prioridade então seria conhecer as características ou fatores essenciais para cada instituição ou equipe e escolher um instrumento que avalie como os profissionais percebem estes aspectos, já que existe um consenso quanto às implicações do clima na compreensão do comportamento humano nas organizações.

Desta forma, percebemos que a delimitação do conceito depende da organização ou até mesmo do departamento ou da equipe que será avaliada, baseada nas necessidades de cada realidade. Sendo assim, a forma mais utilizada para mensurar o Clima Organizacional é através de escalas estruturadas e validadas para contextos específicos, pois esta técnica, além de apresentar um rigor metodológico, possibilita uma amplitude maior de análises.

1.3.1 Análise empírica do Clima Organizacional

No Brasil, encontramos instrumentos elaborados e adaptados para avaliar o clima organizacional em diferentes empresas de distintos setores da economia, conforme apresentado na tabela 1.

Em relação aos instrumentos direcionados para os setores de saúde, cenários de pesquisa do presente estudo, as opções se tornam mais delimitadas, encontrando maior opção na literatura internacional. Na Itália, em função de uma reestruturação do sistema de saúde, implicando em diversas mudanças na organização dos serviços, iniciou-se análise do Clima Organizacional como ferramenta de gestão que poderia dar suporte à adaptação dos funcionários a essas mudanças. Para isso, foi desenvolvida e validada uma escala envolvendo profissionais de várias regiões e de diferentes níveis de atenção. O instrumento final foi construído a partir de sete dimensões: “avaliação do desempenho e sistemas de recompensa”; “estilo de liderança”;

“satisfação no trabalho”; “comunicação organizacional”; “percepção da qualidade dos cuidados”; “espírito de equipe”; “treinamento e desenvolvimento” (WIENAND et al., 2007).

Tabela 1: Escalas Brasileiras e fatores constitutivos do Clima Organizacional	
Pesquisadores	Fatores Avaliados
CRESPO, 2005	Dinamismo e motivação; humor e cooperação; liberdade para criar; ausência de conflitos; suporte à inovação, correr riscos; tolerância e comunicação.
LAROS; PUENTE-PALACIOS, 2004	Gerenciamento das relações interpessoais; comprometimento organizacional; carga de trabalho; trabalho em equipe; suporte material; valorização do trabalho; expectativas de desempenho.
MARTINS et al., 2004	Apoio da chefia e da organização; recompensa; conforto físico; controle/pressão no trabalho; coesão.
MENEZES et al., 2009	Segurança; estratégia; remuneração; relacionamento e espírito de equipe; relação com a comunidade; liderança e desenvolvimento profissional.
TAMAYO, 1999	Hierarquias e linhas de funcionários; número de níveis organizacionais, tamanho da organização, tamanho da subunidade, abrangência do controle, grau de centralização, grau de hierarquização.

Podemos citar ainda dois outros instrumentos elaborados para avaliar a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre aspectos relevantes para a atuação neste contexto. O primeiro foi desenvolvido na Espanha devido ao reconhecimento da necessidade de se conhecer o clima das organizações sanitárias e identificar os elementos que careciam de aperfeiçoamentos. Para isso, o instrumento foi composto dos seguintes fatores: “tensão-conflito”; “trabalho em equipe”; “coesão”; “tensão entre médicos e enfermeiras”; “percepção de fracasso”; “excesso de autonomia” e “direção autoritária” (SANCHEZ et al., 2006). Já o segundo instrumento foi configurado destacando as dimensões “tomada de decisão”, “comunicação”, “caos/estresse” e “liderança” e os dados foram coletados entre profissionais da APS de duas regiões dos Estados Unidos (OHAMAN-STRICKLAND et al., 2007).

No entanto, no contexto nacional, até o ano anterior não existia escala de CO validada para realidade dos serviços de saúde. Poderíamos encontrar outras ferramentas de gestão que

aprendem percepções dos membros das organizações acerca de dimensões que compõem o ambiente organizacional como, por exemplo, o instrumento “*Índice de Percepções Organizacionais*”, desenvolvido a partir da realidade de um hospital público brasileiro e propondo uma avaliação ampla da gestão, infraestrutura; da cultura e do clima organizacional (VAITSMAN et al., 2003). Desta forma, o clima era uma das dimensões avaliadas e não o foco do instrumento.

Em 2009, temos a validação da primeira escala para avaliar o clima organizacional em setores de saúde brasileiros, priorizando aspectos peculiares para este tipo de serviço, tal como o relacionamento com a comunidade, conforme descrito na tabela 1 (MENEZES et al., 2009).

1.4 Revisão Sistemática

CLIMA ORGANIZACIONAL E QUALIDADE DOS SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL

1.4.1 Metodologia

O objetivo desta revisão foi identificar estudos que avaliam a associação entre Clima Organizacional e a prática dos profissionais em serviços de Saúde Mental.

Em um primeiro momento, realizamos uma pesquisa eletrônica através da exploração de bancos de dados das seguintes bases: PubMed, abrangendo publicações na área da saúde, PsycINFO, envolvendo publicações na área de Psicologia e LILACS, incluindo publicações na área da saúde na América Latina. O recorte temporal estabelecido foi de 2000 a 2010, incluindo apenas artigos de língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Os textos que não apresentavam resumos foram excluídos das análises.

Uma pesquisa inicial foi realizada usando a palavra-chave “Clima organizacional” com pelo menos um descritor de serviços de saúde mental. Duas bases de dados utilizadas não apresentavam o conceito Clima Organizacional como descritor; desta forma, ampliamos nossas buscas acrescentando os seguintes fatores que compõem escalas de Clima Organizacional para profissionais de saúde (MENEZES, et AL, 2009): Liderança, Estratégia, Espírito de Equipe, Reconhecimento, Segurança no Trabalho, Desenvolvimento Profissional (Tabela 2).

Acrescentamos ainda o descritor “Cultura Organizacional” tendo em vista a aproximação dos conceitos apresentadas pela literatura, podendo assim ser encontrados estudos que atendem aos objetivos desta pesquisa através deste descritor. No entanto, não repetimos a busca com “Cultura Organizacional” na PsycINFO, pois nessa base Cultura e Clima Organizacional são conceitos considerados sinônimos.

Em relação aos descritores referentes aos serviços de saúde mental, consideramos todas as possibilidades presentes nas três bases de dados: Assistência em Saúde Mental; Associações de Saúde Mental; Programas de Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Instituto Nacional de Saúde Mental; Centros Comunitários de Saúde Mental; Serviços Comunitários de Saúde Mental; Agência de Serviços em Abuso de Substâncias e Saúde Mental (Estados Unidos); Saúde Mental. Nas bases em que não havia descritores em português, foram utilizados termos correspondentes em inglês.

Tabela 2: Descritores de “Clima Organizacional” utilizados para busca bibliográfica nas três bases de dados: PsycINFO; Pubmed, LILACS		
Conceito	Bases	Descritores
Clima Organizacional	PsycINFO	Organizational Climate
Liderança	LILACS, Pubmed	Leadership
	PsycINFO	Leadership; Leadership Qualities, Leadership Style
Estratégia	LILACS, Pubmed	Objetivos Organizacionais; Organizational Objectives
	PsycINFO	Organizational Objectives
Espírito de equipe	LILACS, Pubmed	Comportamento Cooperativo Cooperative Behavior
	PsycINFO	Work teams
Reconhecimento	LILACS, Pubmed	Recompensa, Reward
	PsycINFO	Rewards
Segurança no trabalho	LILACS, Pubmed	Segurança no trabalho Safety
	PsycINFO	Occupational Safety
Desenvolvimento profissional	LILACS, Pubmed	Credentialing Qualificação Profissional
	PsycINFO	Professional Development
Cultura Organizacional	LILACS	Cultura Organizacional
	Pubmed	Organizational Culture

No total foram encontradas 1.483 referências cruzando os descritores de Clima Organizacional e serviços de saúde mental. A busca bibliográfica na PubMed e LILACS,

utilizando o descritor “Cultura Organizacional”, encontrou 46 referências. Todas as buscas obedeceram ao mesmo recorte temporal e mesmos critérios iniciais de inclusão.

No intuito de identificar o material diretamente relacionado aos objetivos da revisão sistemática, avaliamos as referências encontradas a partir dos seguintes critérios de inclusão:

- 1) Ter como *cenário* de pesquisa setores de saúde mental;
- 2) Se tratar de um artigo científico original de dados quantitativos;
- 3) Avaliar os relacionamentos de interesse: Clima organizacional e qualidade dos serviços em saúde mental (Ex: “Satisfação do Paciente”; “Indicadores de resultados e qualidade”; “Indicador de saúde mental dos profissionais (ex: burnout)”).

Optou-se somente pela utilização de artigos científicos, eliminando assim conferências, capítulos de livros e resenhas. Entre os artigos excluímos revisões sistemáticas e aqueles que tratavam de análise qualitativa.

Foi realizada uma análise exploratória dos resumos para determinar se atendiam aos critérios de inclusão. Para garantir a qualidade da inclusão dos artigos, foi realizada dupla análise de 20% dos resumos. Selecionamos então os resumos que atendiam aos critérios de inclusão e também os que não mostraram claramente método ou objetivos da pesquisa, para análise dos textos na íntegra.

Após esta análise, realizamos a busca pela versão completa dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão. Examinamos então aqueles artigos que estavam disponíveis através do “Periódico CAPES (<http://www.periodicos.capes.gov.br/>)” e aqueles que foram enviados por e-mail pelo próprio autor. Excluímos desta revisão os estudos que não foram disponibilizados gratuitamente na versão completa.

Após as análises, selecionamos 12 artigos que atenderam a todos os critérios de inclusão. Utilizamos a análise de conteúdo para coletar as seguintes informações nos textos completos: Referências, Amostra e Cenário da Pesquisa, Fatores Organizacionais avaliados, Indicadores de qualidade dos serviços e principais resultados encontrados nas pesquisas.

Para melhor organizar as informações, apresentamos nas tabelas 2 a 5 os dados referentes ao método de pesquisa. Na tabela 6, foram apresentados os principais resultados de cada estudo.

1.4.2 Resultados

As tabelas 3 a 6 mostram os 12 artigos que atenderam aos critérios de inclusão desta pesquisa bibliográfica. O recorte temporal das publicações selecionadas foi de 2002 a 2009. Não encontramos referências que atenderam a todos os critérios de inclusão publicadas nos anos de 2000, 2001 e 2010. Em relação ao número de profissionais envolvidos nos estudos, a maior amostra foi de 2000 clínicos, distribuídos em diferentes serviços de saúde mental na Itália; já a pesquisa com o menor número participante abrangeu 100 diretores pertencentes a 100 setores de saúde mental. O cenário de pesquisa foi diversificado, variando entre clínicas de saúde mental, hospitais e unidades de emergência psiquiátrica, programas governamentais, centros comunitários e serviços de justiça e assistência para crianças.

Em relação aos fatores organizacionais avaliados, seis estudos utilizaram como indicadores a Cultura e o Clima Organizacional conjuntamente, um estudo avaliou quatro fatores organizacionais independentes (Comunicação, Concordância com os objetivos clínicos, Confiança, Habilidades para tratar pacientes com duplo diagnóstico); um terceiro estudo avaliou o constructo ambiente psicossocial do trabalho e um quarto estudo avaliou habilidades de gerenciamento e vida no trabalho. Os demais artigos utilizaram o descritor Clima Organizacional ou a Cultura associados a outros fatores da prática, tais como a quantidade de treinamentos recebidos em saúde mental, estilos de liderança e pressão para mudanças ou recursos necessários para desenvolvimento profissional.

Cabe destacar que a maioria dos estudos encontrados (10 entre os 12 artigos finais) foram localizados através do descritor Cultura Organizacional. Em relação aos fatores que compuseram as escalas de Clima Organizacional, foram encontrados fatores em comum: sobrecarga de atividades ou exaustão emocional estavam presentes em 10 estudos; cooperação, conflito ou clareza de papéis em 7 artigos; despersonalização em 4 e liderança ou suporte social, metas ou comprometimento organizacional em 3 referências. Os demais fatores, mesmo apresentando questões semelhantes, se diversificaram entre os artigos, conforme apresentados nas tabelas 3 a 6.

Em relação às definições de cultura, dos seis estudos que empregaram este fator, um artigo utilizou a definição de Cultura e Clima Organizacional como semelhantes, três estudos utilizaram as definições de cultura construtiva e defensiva e os outros dois utilizaram as

definições de cultura rígida, proficiente e resistente. Cabe destacar que estes diferentes conceitos se assemelham nas definições. A cultura construtiva caracteriza uma organização com normas de motivação e realização que encorajam a interação entre as pessoas e criam condições para que os profissionais consigam atingir níveis altos de satisfação pessoal, assim como a cultura proficiente. Já a cultura defesa é caracterizada pela percepção de conformidade e postura convencional na organização, com atitudes dependentes e subservientes, características que se aproximam das definições de cultura rígida e resistente (AARONS, 2006; GLISSON et al., 2008).

Como indicadores de qualidade dos serviços, os itens mensurados variaram de atitudes no trabalho (satisfação e comprometimento organizacional), acesso aos serviços de saúde, atitudes sobre o cuidado com pacientes psiquiátricos, atitudes direcionadas para práticas baseadas em evidências, rotatividade de profissionais, desenvolvimento de novos programas e esgotamento profissional.

Os principais resultados encontrados nestes estudos foram resumidos na tabela 6. Três dos artigos selecionados avaliaram a associação de fatores organizacionais com as atitudes dos profissionais no trabalho (AARONS & SAWITZKY, 2006; GLISSON et al., 2008; MORRIS & BLOOM, 2002). O estudo de Glisson e colegas (2008) mostrou que os profissionais que trabalham em clínicas com um clima de engajamento e também com uma cultura menos rígida e mais proficiente apresentam maiores níveis de satisfação no trabalho. Da mesma forma, os clínicos que atuam em ambientes com menos rigidez e com culturas mais proficientes e climas mais funcionais relatam maiores níveis de comprometimento organizacional. Morris e Bloom (2002) encontraram resultados semelhantes em um estudo com profissionais de 17 centros comunitários de saúde mental no Colorado, mostrando a importância do ambiente interno das organizações para aumentar a satisfação no trabalho assim como desempenho organizacional.

A pesquisa de Aarons e Sawitzky (2006) apontou que atitudes mais positivas em relação ao trabalho estão significativamente associadas com baixa rotatividade e o Clima Organizacional pobre foi negativamente associado com atitudes positivas no trabalho. Glisson et al. (2008), em seu estudo realizado com 100 diretores de clínicas de saúde mental, mostrou que o clima organizacional explica uma proporção significativa da rotatividade de profissionais. A taxa de rotatividade (22%) em clínicas com um clima ruim é duas vezes maior que as taxas em clínicas com clima bom (10%). Neste mesmo estudo, os autores avaliaram a correlação entre cultura

organizacional e a implantação de novos programas para saúde mental. Os dados mostraram que as clínicas com melhores culturas sustentam um novo programa ou tratamento duas vezes mais que as clínicas com piores culturas.

Tabela 3: Resumo do método de pesquisa dos 12 artigos que atenderam aos critérios de inclusão desta pesquisa bibliográfica

Referência	Amostra e cenário da Pesquisa;	Fatores organizacionais avaliados (Constructo e Fatores)	Indicadores de qualidade dos serviços
CORRIGAN et al., 2002	<u>Amostra:</u> 236 líderes e 620 profissionais integrantes de 54 equipes de saúde mental. <u>Cenário:</u> Hospitais públicos e Programas Comunitários de saúde mental.	Liderança: Liderança transformadora e Liderança transacional Cultura	Esgotamento Profissional (Burnout): exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal
MORRIS & BLOOM, 2002	<u>Amostra:</u> 148 administradores e demais funcionários <u>Cenário:</u> 17 centros comunitários de saúde mental no Colorado	Clima e Cultura organizacional: coordenação da Assistência, Comunicação, ênfase na qualidade, resolução de conflitos, metas de desempenho, coesão; moral dos funcionários	Atitudes no trabalho: Satisfação no trabalho; Comprometimento Organizacional
ROSENHECK; RESNICK; MORRISSEY, 2003	<u>Amostra:</u> 1074 usuários dos serviços avaliados distribuídos entre 10 agências participantes do projeto ACCESS (Acesso aos cuidados comunitários e suporte e efetividade dos serviços) <u>Cenário:</u> Agências de saúde, ACCESS	Comunicação Concordância com os objetivos clínicos. Confiança Habilidades para tratar pacientes com duplo diagnóstico.	Acesso aos serviços de saúde: Quantidade de pacientes, psiquiátricos atendidos; Quantidade de pacientes com abuso de substâncias recebido
WRIGHT et al., 2003	<u>Amostra:</u> 109 enfermeiras ou profissionais fora da clínica psiquiátrica <u>Cenário:</u> Hospitais de Emergência	Clima Organizacional: justiça e equidade; ambigüidade nos papéis; sobrecarga de atividades; conflito de papéis; cooperação e facilitação do grupo; crescimento e desenvolvimento profissional; satisfação no trabalho; exaustão emocional; comprometimento pessoal; despersonalização Quantidade de treinamento recebido para atuação em saúde mental	Atitudes sobre o cuidado com pacientes psiquiátricos: Nível de conforto em trabalhar com pacientes psiquiátricos, incluindo pacientes com abuso de álcool e drogas; a frequência que eles perguntam destes problemas para o paciente ou família; Frequência que o clínico atende pacientes psiquiátricos

Tabela 4: Resumo do método de pesquisa dos 12 artigos que atenderam aos critérios de inclusão desta pesquisa bibliográfica (continuação)

Referência	Amostra e cenário da Pesquisa	Fatores organizacionais avaliados (Constructo e Fatores)	Indicadores de qualidade dos serviços
GLISSON & GREEN, 2006	<u>Amostra:</u> 588 crianças e 216 gerenciadores de caso <u>Cenário:</u> 15 Unidades que oferecem serviços de Justiça e assistência para crianças	Cultura : motivação, normas de individualidade, normas de suporte, normas interpessoais Clima Organizacional: despersonalização, exaustão emocional, sobreposição de papéis	<i>Acesso aos cuidados em saúde mental</i>
AARONS, 2006	<u>Amostra:</u> 301 profissionais clínicos e gerenciadores de caso de Saúde Mental. <u>Cenário:</u> 49 programas que oferecem Serviços de Saúde Mental de San Diego e Califórnia	Cultura: cultura construtiva, cultura defensiva. Clima : despersonalização, exaustão emocional, conflito de papéis	<i>Atitudes direcionadas para práticas baseadas em evidências:</i> ajuda, necessidade, franqueza, divergência, abertura
AARONS & SAWITZKY, 2006	<u>Amostra:</u> 322 profissionais clínicos e gerenciadores de caso de Saúde Mental. <u>Cenário:</u> 49 programas que oferecem Serviços de Saúde Mental de San Diego e Califórnia	Cultura: Cultura construtiva: Cultura defensiva. Clima: Despersonalização, exaustão emocional	<i>Atitudes no Trabalho:</i> satisfação no trabalho, comprometimento organizacional Rotatividade
GARNER; KNIGHT; SIMPSON, 2007	<u>Amostra:</u> 151 conselheiros para tratamento de drogas <u>Cenário:</u> 8 programas governamentais de tratamento	Clima Organizacional: missão, coesão, autonomia, comunicação, abertura para mudança, estresse. Necessidades/Pressão para mudança: necessidade de nova supervisão, necessidade de Treinamento, pressões para mudança. Recursos: escritório e equipamentos adequados, treinamentos necessários, acesso aos computadores, acesso ao sistema de comunicações por e-mail	Esgotamento Profissional (Burnout): depressão, cansaço, desilusão, ressentimento, sentimento de derrota pelas tarefas administrativas, como se não estivesse fazendo diferença no trabalho, Esforço para ir ao trabalho

Tabela 5: Resumo do método de pesquisa dos 12 artigos que atenderam aos critérios de inclusão desta pesquisa bibliográfica (continuação)

Referência	Amostra e cenário da Pesquisa	Fatores organizacionais avaliados (Constructo e Fatores)	Indicadores de qualidade dos serviços
GLISSON et al., 2008	<u>Amostra:</u> 1200 clínicos de clínicas de saúde mental <u>Cenário:</u> 100 clínicas de saúde mental em 75 cidades diferentes de 26 estados.	Clima Organizacional: Stress: exaustão emocional; conflitos de papéis; sobrecarga de papéis; Engajamento: Personalização; realização pessoal; Funcionalidade: crescimento e conquistas; claridade dos papéis; cooperação. Cultura: Rígida: Centralização; formalização, Proficiência: Responsividade e competência, Resistente: apática; supressão.	Atitudes no trabalho: Satisfação no trabalho, Comprometimento organizacional
GLISSON et al., 2008	<u>Amostra:</u> 100 diretores e profissionais de clínica de saúde mental e <u>Cenário:</u> 100 clínicas de saúde mental em 75 cidades diferentes de 26 estados.	Clima Organizacional: Compromisso, funcionalidade/cooperação, stress Cultura: inflexibilidade, proficiência, resistência	Rotatividade <i>Desenvolvimento de novos programas em saúde mental</i>
LAVOIE-TREMBLAY, 2008	<u>Amostra:</u> 149 profissionais de saúde mental <u>Cenário:</u> 2 instituições canadenses que oferecem serviços em saúde mental	Ambiente psicossocial do trabalho: Uso de qualificações para melhorar a atuação no trabalho; Demanda psicológica; Suporte social, Equilíbrio esforço-recompensa	<i>Uso de evidências na prática dos profissionais de saúde</i>
LASALVIA et al., 2009.	<u>Amostra:</u> 2.000 profissionais de saúde mental da região de Veneto, na Itália <u>Cenário:</u> Serviços comunitários de saúde mental em Veneto, Itália.	Vida no trabalho: Carga de trabalho, Controle, Recompensa, Comunidade, Justiça, valores Área de gerenciamento: liderança, desenvolvimento de habilidades, coesão.	Esgotamento Profissional (Burnout): exaustão emocional, despersonalização realização pessoal

Outros dois estudos avaliaram os fatores organizacionais que estão associados ao acesso dos pacientes aos cuidados em saúde mental. Um estudo realizado com 1074 usuários de programas comunitários mostrou que a percepção positiva do relacionamento interno da agência foi significativamente associada com um melhor acesso aos serviços psiquiátricos. Observou-se também que melhor percepção relacionada à equipe de trabalho teve uma associação positiva e significativa com a taxa de acesso aos serviços integrados, que seria o atendimento interdisciplinar coordenado por um líder em comum (ROSENHECK; RESNICK; MORRISSEY, 2003). Um segundo estudo mostrou que a probabilidade de se receber tratamento especializado em saúde mental em unidades com culturas mais construtivas é de 3 a 5 vezes maior comparada

às equipes com cultura menos construtiva. No entanto, nesta pesquisa não houve relação significativa entre o clima organizacional e o acesso aos serviços de saúde (GLISSON & GREEN, 2006).

Tabela 6: Principais resultados dos 12 artigos que atenderam aos critérios de inclusão desta pesquisa bibliográfica

Referências	Principais Resultados
CORRIGAN et al., 2002	Os resultados mostraram um padrão de correlações positivas entre liderança “transformadoras” e realização pessoal. Outros achados também se destacaram: exaustão emocional foi inversamente relacionada com carisma, inspiração e considerações individualizadas.
MORRIS & BLOOM, 2002	Percepções positivas da cultura e do Clima Organizacional foram significativamente associadas com a satisfação e compromisso no ambiente de trabalho.
ROSENHECK; RESNICK; MORRISSEY, 2003	Encontraram-se associações positivas e significativas entre o uso de serviços e a percepção de comunicação, cooperação e confiança.
WRIGHT et al., 2003	Os resultados indicam que as enfermeiras e outros clínicos em serviços de emergência que percebem suas condições de trabalho positivamente têm mais contato com os pacientes e oferecem mais variedades de intervenções com pacientes com problemas psiquiátricos.
GLISSON & GREEN, 2006	Os resultados indicaram que as crianças atendidas em unidades com cultura organizacional construtiva tiveram mais acesso aos tratamentos em saúde mental. Os resultados de Clima Organizacional não foram significativos.
AARONS, 2006	Cultura construtiva associou-se positivamente com atitudes direcionadas para práticas baseadas em evidências (PBE) e Clima Organizacional pobre associou-se com a percepção de divergências entre as práticas usuais e PBE.
AARONS & SAWITZKY, 2006	Os resultados mostraram que a cultura e o clima impactam nas atitudes no trabalho e conseqüentemente na rotatividade de profissionais. Clima Organizacional pobre foi negativamente associado com atitudes positivas no trabalho. Atitudes positivas foram associadas com baixa rotatividade.
GARNER; KNIGHT; SIMPSON, 2007	Todos os fatores organizacionais foram relacionados com Burnout, exceto pressão para mudança. As correlações mais fortes foram estabelecidas nas escalas de clima organizacional.
GLISSON et al., 2008	Os resultados mostraram que Cultura é a única variável associada com a sustentação de novos programas e que o clima foi a única variável associada com taxa de rotatividade dos terapeutas.
GLISSON et al., 2008	As dimensões do clima e da cultura estão significativamente associadas com a satisfação no trabalho e comprometimento organizacional.
LAVOIE-TREMBLAY, 2008	A análise de correlação apontou que o uso de evidências está relacionado com suporte social e a habilidade de usar as qualificações para mudança de prática. Estes fatores mostraram-se preditores significativos para o uso de evidências.
LASALVIA et al., 2009	Os resultados mostraram que as características organizacionais (baixa sobrecarga de atividades, alta percepção de justiça e controle, alta recompensa, mudanças positivas, alto desenvolvimento de habilidades e coesão entre o grupo) são fatores protetores para o risco de burnout.

Resultados com significância estatística $p < 0,005$.

Aarons (2006) e Lavoie-Tremblay (2008) avaliaram a associação de fatores organizacionais com a utilização da “Prática Baseada em Evidência” (PBE) entre os profissionais de saúde. A primeira pesquisa mostrou que a cultura organizacional construtiva está associada com atitudes mais positivas em relação às “Práticas Baseadas em Evidências” e cultura defensiva está associada com atitudes mais negativas em relação à PBE. A escala de divergência foi associada positivamente com clima, avaliado através dos fatores despersonalização, exaustão emocional e conflito de papéis. Os profissionais que trabalham em organizações com o clima negativo têm mais percepção de divergência entre PBE e sua prática rotineira (AARONS, 2006). O segundo estudo apresentou correlações significativas entre o uso de evidências e a aplicação das qualificações para aprimoramento da prática, bem como entre o uso de evidências e o suporte social. Os profissionais que usam evidências percebem altos níveis de aplicabilidade dos conhecimentos e percebem suporte dos colegas e superiores. Além disso, o fator esforço/recompensa foi um dos preditores positivos para o uso de evidências (LAVOIE-TREMBLAY, 2008).

Em relação ao esgotamento profissional, três estudos mostraram resultados importantes relacionados a este fator. O estudo de Corrigan et al. (2002) mostrou um padrão de correlações positivas entre lideranças “transformadoras” e realização pessoal. O fator exaustão emocional foi inversamente relacionado com carisma, inspiração e considerações individualizadas. Um segundo estudo, realizado com 151 conselheiros para tratamento de drogas, mostrou que os fatores do Clima Organizacional (missão, coesão, autonomia, comunicação, estresse) foram relacionados fortemente associados com Burnout (GARNER; KNIGHT; SIMPSON, 2007). Da mesma forma, os resultados de um estudo realizado com 2000 profissionais de saúde mental mostraram que características organizacionais (baixa sobrecarga de atividades, alta percepção de justiça e controle, alta recompensa, mudanças positivas, alto desenvolvimento de habilidades e coesão entre o grupo) são fatores protetores para o esgotamento profissional (LASALVIA et al., 2009).

Por último, destacamos o estudo realizado com enfermeiras e outros clínicos em serviços de emergência. Os resultados mostraram uma associação positiva entre cooperação e facilitação em grupo e o envolvimento dos clínicos no trabalho. Além disso, regras ambíguas associaram-se com a menor interação entre profissionais e pacientes. Os resultados indicaram que as enfermeiras em serviços de emergência que percebem suas condições de trabalho positivamente

têm mais contato com os usuários do serviço e oferecem mais variedade de intervenção com pacientes psiquiátricos (WRIGHT et al., 2003).

Observa-se que todos os estudos envolvidos nesta revisão apresentaram resultados significativos, mostrando que nas organizações com cultura construtiva e Clima Organizacional positivo os pacientes têm mais acesso aos serviços de saúde, os profissionais têm menos esgotamento profissional e as práticas baseadas em evidências são favorecidas. Conclui-se, a partir deste estudo, que o Clima e a Cultura Organizacional têm impacto na qualidade dos serviços em Saúde Mental e são fatores facilitadores (ou dificultadores) do desenvolvimento de novas tecnologias em serviços de saúde.

Capítulo 2 – Objetivos de Pesquisa

2.1 Objetivo geral

Avaliar a associação entre as práticas de prevenção dos profissionais de APS em relação ao uso de risco de álcool, tabaco e outras drogas e a percepção do Clima Organizacional.

2.2 Objetivos específicos

- 1) Avaliar a associação entre Clima Organizacional e a prática dos Profissionais de APS em atividades de prevenção ao uso de drogas três meses após capacitação presencial.
- 2) Avaliar a correlação entre Clima Organizacional e a percepção de auto-eficácia, confiança e motivação para desenvolvimento das atividades três meses após capacitação presencial.

Capítulo 3 – Metodologia e estratégia de ação

3.1 Participantes

Participaram deste estudo 30 equipes de PSF de três municípios da Zona da Mata Mineira e 1 município do estado do Rio de Janeiro. No total, a amostragem foi composta de 149 profissionais, dentre eles 70,6% eram Agentes Comunitários de Saúde, 6,6% enfermeiros, 5,9% auxiliares de enfermagem, 2,9% médicos, 1,5% assistentes sociais e 12,5% outros profissionais (incluindo profissionais de demais categorias da saúde: dentista, auxiliar de saúde bucal, psicólogos, educador físico).

A definição dos municípios participantes seguiu o critério de conveniência, obedecendo aos seguintes aspectos para elegibilidade:

- 1) Aceite formal da Secretaria Municipal de Saúde em participar do projeto;
- 2) Disponibilidade para capacitação de equipes de PSF completas;

3) Disponibilização de hora de trabalho dos profissionais para participarem da parte presencial da capacitação;

4) Maior número de profissionais inscritos;

5) Ter PSF implantado no município.

Em relação aos profissionais envolvidos neste estudo, estabelecemos os seguintes critérios de inclusão:

A) Participação no módulo 1 da capacitação presencial (treinamento para utilização do ASSIST);

B) Participação no módulo 2 da capacitação presencial (treinamento para utilização da Técnica de Intervenção Breve);

C) Concordar livre e esclarecidamente, de forma escrita, com a pesquisa;

D) Preencher adequadamente todos os instrumentos.

Para controle dos critérios A e B, os profissionais assinaram lista de presença no decorrer dos treinamentos e os que não participaram dos dois módulos ou não atenderam aos demais critérios foram excluídos das análises.

3.2 Desenho

O presente estudo foi parte de um projeto maior intitulado “Avaliação de processo sobre Prática de Prevenção ao Uso de Drogas e Violência Doméstica em Serviços de Atenção Primária à Saúde”, desenvolvido pelo Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva (POPSS/UFJF) com financiamento da PROPESQ/UFJF Edital Grupos Emergentes e FAPEMIG, Edital Universal, processo número APQ 01892-09.

Para abarcar um maior número de profissionais neste estudo, a coleta de dados foi realizada em dois momentos distintos, obedecendo ao critério de coleta de dados três meses após capacitação presencial das equipes de PSF, o que será descrito com maiores detalhes a seguir.

Em um primeiro momento, em 2009, foram capacitadas 12 equipes de PSF e as demais equipes foram treinadas em 2010, seguindo a mesma organização das atividades do ano anterior, conforme descrito a seguir: 1) Contato com a coordenação de Atenção Primária à Saúde. 2) Seminário de sensibilização para os problemas relacionados ao Uso de Risco de Drogas. 3) Treinamento presencial para práticas de Prevenção (Aplicação de ASSIST e realização de

Intervenção Breve). 4) Acompanhamento das equipes. 5) Avaliação do Clima Organizacional e das atividades de prevenção ao consumo de drogas. 6) Retornos coletivos para as equipes capacitadas.

A primeira ação do projeto foi o contato com a coordenação de Atenção Primária à Saúde a fim de pedir autorização para divulgação das atividades e pactuar uma parceria, tentando desenvolver de forma conjunta uma proposta mais próxima da realidade dos municípios selecionados.

Após autorização das secretarias de saúde, foi realizado um seminário para sensibilização sobre o tema abordado, obtenção de colaboradores para o desenvolvimento das atividades e seleção das equipes a serem treinadas. Foram convidados a participar deste seminário todos os profissionais de Atenção Primária à Saúde dos municípios envolvidos, profissionais do Centro de Apoio Psicossocial – CAPS, gerentes das unidades básicas de Saúde, representantes do conselho municipal de saúde, representantes dos Alcoólicos Anônimos, polícia militar, conselho tutelar e conselho sobre drogas, instituições religiosas e também hospitais. Neste seminário, foram discutidos os problemas do uso de drogas, sua prevalência e métodos para detecção precoce e intervenção breve. Posteriormente foi apresentado o desenho do projeto e proposta de implantação em cada município. Durante o seminário, as equipes de PSF interessadas foram convidadas a se inscreverem para o projeto, sendo que um dos critérios para seleção foi a disponibilidade para treinamento da equipe completa.

A terceira etapa consistiu no desenvolvimento das capacitações padronizadas, com carga horária presencial de 8 horas e distribuídas nos tópicos: A) noções e conhecimentos básicos sobre o uso de álcool e demais drogas e suas consequências para a saúde pública; B) utilização de instrumentos de detecção (ASSIST); C) utilização da técnica de Intervenção Breve para os diversos níveis e tipos de drogas; D) como implementar as práticas de Triagem e IB nos serviços; E) O papel da prática em equipe.

A quarta etapa se caracterizou pela continuidade da capacitação com acompanhamento das equipes de PSF durante três meses. Os encontros foram realizados semanalmente no próprio ambiente de trabalho dos profissionais, com a finalidade de acompanhar a rotina das Unidades e discutir a aplicação da técnica na realidade de cada serviço. Durante todo esse acompanhamento, foi realizada uma contagem sistemática do número de ASSISTS e IBs realizadas por profissional. Após os 3 meses de acompanhamento, foi aplicada a escala de Clima Organizacional juntamente

com questionário sobre prática de prevenção em relação ao uso de risco de álcool, tabaco e outras drogas. As aplicações foram no próprio ambiente de trabalho, acompanhadas por pesquisadores.

A quinta etapa do processo foi a análise da associação do Clima Organizacional com as atividades de prevenção ao consumo de drogas entre os profissionais capacitados. Como indicadores de realização de atividades de prevenção foram definidos o número de ASSISTs aplicados e IBs realizadas pelos profissionais, registrados no período de 3 meses. Outro indicador para avaliar tais práticas, foi definido a partir das perguntas sobre frequência, motivação e auto-eficácia para realização de atividades de prevenção ao consumo de drogas. Estas questões compõem o questionário que foi aplicado três meses após o treinamento presencial. É importante destacar que os profissionais que não participaram da capacitação presencial foram excluídos das análises, tendo em vista que estes foram pontos definidos como critérios de inclusão no estudo.

Para finalizar, após o encerramento das atividades em cada município, foram programados retornos coletivos para as equipes treinadas sobre o desempenho e impacto obtido com as atividades.

3.3 Instrumentos

1. **Escala de Clima Organizacional (anexo 1):** Escala aplicada três meses após a capacitação presencial e foi utilizada para avaliar a percepção dos profissionais que atuam na área da Saúde sobre atributos organizacionais relevantes para a prática nestes serviços. É composta de 64 itens, com respostas tipo *Likert* (1 = discordo totalmente, 2 = Discordo levemente, 3 = Nem concordo nem discordo, 4 = Concordo levemente, 5 = Concordo totalmente) e inclui as sub-escalas: 1) Liderança; 2) desenvolvimento profissional; 3) relacionamento e espírito de equipe; 4) relação com a comunidade; 5) segurança no trabalho; 6) estratégia; 7) remuneração. O alpha de Cronbach deste instrumento é 0,934, mostrando uma boa consistência interna da medida (MENEZES et al., 2009).
2. **Prática de Prevenção ao de risco de uso de álcool (anexo2):** Este questionário é composto de 4 questões estruturadas abordando especificamente a frequência que o profissional desenvolve atividades de prevenção ao uso de risco de álcool (respostas tipo

likert variando de 1= todas as vezes , 5 = não faz parte da minha função); uma questão sobre estágio de motivação desenvolvida pelo grupo de pesquisa; uma escala de percepção de auto-eficácia, com 4 questões (Escala likert, 1 = discordo totalmente, 2 = concordo totalmente) e escala de confiança para desenvolver as atividades, composta de 10 itens , resposta tipo likert com as seguintes variações: “Sem confiança”, “Muito pouca confiança”, “Grau moderado de confiança” e “Bastante confiança” (RONZANI et al., 2008). O alpha de cronbach destas duas escalas apresentou valores satisfatórios: escala de confiança ($\alpha=0,91$) e auto-eficácia ($\alpha=0,76$), valores superiores a 0,70 mostrando um bom nível de consistência interna.

3. **Questionário Sócio-Demográfico (Anexo 3).** O questionário sócio-demográfico foi aplicado para investigação de características pessoais e profissionais, tais como: idade, sexo, escolaridade, cargo, tempo de serviço, dentre outras informações. Este instrumento foi aplicado em momento anterior à capacitação presencial.

O Número de ASSISTS aplicados e IBs foram contabilizados durante os 3 meses de acompanhamento das atividades. Em todas as reuniões semanais os profissionais foram solicitados a apresentar os instrumentos aplicados para registro de acompanhamento (Anexo 4).

3.4 Análise dos dados

Os dados foram digitados e organizados em software estatístico para tratamento adequado das variáveis. Com a finalidade de corrigir possíveis equívocos de digitação, foi realizado um sorteio aleatório de 30% dos questionários aplicados para posterior revisão no banco de dados.

A partir de então, foram desenvolvidas análises descritivas buscando encontrar frequências (f), porcentagens ($\%$), médias (M), desvios padrões (DP), valores máximos e mínimos das variáveis estudadas. A média de cada fator da escala de clima foi obtida através da somatória das respostas ponderada pelo número total de itens em cada uma das sete dimensões. Na sequência, foi realizado o processo de análise exploratória das variáveis de pesquisa, utilizando-se da análise de correspondência múltipla. Através deste método pretendeu-se verificar a tendência de associação das variáveis.

Para realizar as análises de correspondência, primeiramente recodificamos as variáveis numéricas em categóricas. Para isso, as pontuações médias nos sete fatores da escala de clima organizacional, as escalas de auto-eficácia e confiança e também o número de ASSIST's e Intervenções realizadas foram agrupados em categorias ordinais. Em um primeiro momento, a amostra foi dividida em três partes iguais através da frequência estatística por valores de percentil. Em sequência, esse percentil foi utilizado para recodificar a amostra em três partes ordenadas: baixa, média e alta pontuação nas escalas e também na aplicação de Assist's ou Intervenções Breves realizadas, conforme tabela 7.

TABELA 7: Recodificação das escalas numéricas (Escala de Clima Organizacional, escala de Auto-Eficácia, Confiança e o Número de ASSIST's aplicados e IB's realizadas) em variáveis nominais ordinais.

		Agrupamento das Variáveis numéricas										
		LID	DP	EE	RC	ST	ET	REM	AE	CONF	Assist's	IB's
Variáveis Ordinais	Alta Pontuação	4,30 ou mais	4,01 ou mais	4,45 ou mais	3,76 ou mais	3,15 ou mais	3,58 ou mais	2,01 ou mais	3,51 - ou mais	3,11 ou mais	12 ou mais	7 ou mais
	Média Pontuação	3,53 -	3,19 -	3,67 -	3,01 -	2,29 -	2,72 -	1,21 -	3,01 -	2,67 -	4 - 11	2 - 6
		4,29	4,0	4,44	3,75	3,14	3,57	2,0	3,50	3,10		
	Baixa Pontuação	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 - 3	0 - 1
		3,52	3,18	3,66	3,0	2,28	2,71	1,20	3,0	2,66		

Legenda:

LID: Pontuação no fator Liderança; **DP:** Pontuação no fator Desenvolvimento Profissional; **EE:** Pontuação no fator Espírito de Equipe; **RC:** Pontuação no fator Relação com a Comunidade; **ST:** Pontuação no fator Segurança no Trabalho; **ET:** Pontuação no fator Estratégia; **REM:** Pontuação no fator Remuneração; **AE:** Pontuação na escala de Auto-Eficácia; **CONF:** Pontuação na escala de Confiança; **Assit's:** Número de Assist's aplicados; **IB's:** Número de IB's realizadas.

Posteriormente, verificou-se através do teste estatístico de Kolmogorov-Smirnov a hipótese da distribuição não normal dos escores nas sub-escalas de clima, nas questões do questionário sobre práticas dos profissionais de PSF e na aplicação de ASSIST's e realização de IB's para as trinta equipes estudadas. A hipótese nula não foi rejeitada, portanto, prosseguiu-se a análise inferencial dos dados através de estatísticas paramétricas.

O passo seguinte foi a realização da análise de correlação entre as sub-escalas de Clima Organizacional, o número de ASSIST e IB realizadas e os demais indicadores para prática de prevenção ao uso de risco de drogas. A análise de correlação foi realizada pela média dos valores agregados por equipe. Desta forma, a média ponderada nas escalas e nas questões de prática dos 149 sujeitos foi agrupada em 30 PSF's, utilizando a equipe como unidade de análise.

Para avaliar estas correlações foi utilizado o teste paramétrico de Pearson, adotando um intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$) para rejeição da hipótese nula de que maiores pontuações nas sub-escalas de clima relacionam-se com um menor envolvimento dos profissionais em práticas de prevenção ao uso de risco de álcool.

3.4 Aspectos éticos

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, localizado no Campus Universitário da UFJF.

Todos participantes consentiram sobre a realização da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que informa o tipo de pesquisa, seus objetivos e esclarece que a participação foi voluntária, não prevendo qualquer ressarcimento aos voluntários, além de garantir que tanto a participação quanto a não concordância em participar do projeto não lhes acarretariam prejuízo de qualquer natureza. No termo, também se estabeleceu um compromisso com a privacidade de cada participante e a utilização confidencial e sigilosa dos dados colhidos.

Os resultados serão divulgados em meios públicos, respeitando os critérios relatados acima e a honestidade científica.

Capítulo 4 - Resultados

Neste capítulo, serão apresentados os resultados da associação entre Clima Organizacional e práticas de prevenção ao consumo de drogas. Inicialmente, os resultados das análises sócio-demográficas e descritivas serão apresentados; em seguida, são relatados os resultados da análise de correspondência e, por fim, os resultados das análises de correlação de Pearson.

4.1 Descrições sócio-demográficas dos participantes

Os resultados relacionados aos dados demográficos e pessoais foram avaliados a partir das seguintes variáveis: sexo, idade, categoria profissional, escolaridade, tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, tempo de trabalho na equipe atual, participação em treinamento para atuação na Saúde da família e avaliação da qualidade destas capacitações. Como pode ser observado na **Tabela 8**, ocorreu uma diferença entre as variáveis sexo (91,2% era do sexo feminino), categoria profissional (70,6% Agentes Comunitários de Saúde, 6,6% enfermeiro, 5,9% auxiliar de enfermagem, 2,9% médico, 1,5% assistente social e 12,5% outros profissionais) e escolaridade (50,4% apresentavam ensino médio completo, 23,3% ensino técnico, 15,8% superior completo e 9% pós-graduação). A idade média dos profissionais foi 32,57 anos ($DP \pm 8,7$ anos) e o tempo médio de atuação em PSF foi 4,25 anos ($DP \pm 3,25$ anos), já o tempo médio de atuação na equipe atual foi 1,39 anos ($DP \pm 2,53$ anos). Em relação à participação em treinamentos para atuação em saúde da família 79,5% afirmaram ter recebido treinamento para atuação nestas equipes. Quanto à avaliação de qualidade destas capacitações, 46% dos profissionais consideram estas formações adequadas.

Tabela 8- Descrição da amostra estudada para as variáveis sócio-demográficas, sexo, idade, categoria profissional, escolaridade, tempo de trabalho no Programa Saúde da Família (PSF), tempo de trabalho na equipe atual; participação e avaliação da qualidade de treinamentos para atuar na Saúde da Família (n = 149).

Sexo	
Feminino [<i>n (%)</i>]	125 (91,2)
Idade [<i>M (DP)</i>]	32,57 (8,7)
Categoria Profissional [<i>n (%)</i>]	
Agente Comunitário de Saúde	96 (70,6)
Enfermeiro	9 (6,6)
Auxiliar de Enfermagem	8 (5,9)
Médico	4 (2,9)
Assistente Social	2 (1,5)
Outros profissionais	17 (12,5)
Escolaridade [<i>n (%)</i>]	
Ensino Fundamental Completo	2 (1,5)
Médio Completo	67 (50,4)
Ensino técnico	31 (23,3)
Superior Completo	21 (15,8)
Pós-graduação	12 (9,0)
Tempo de trabalho no Programa Saúde da Família(em anos) [<i>M (DP)</i>]	4,25 (3,25)
Tempo de trabalho na equipe atual (em anos) [<i>M (DP)</i>]	1,39 (2,53)
Participação anterior em treinamento para atuação na saúde da família, Sim [<i>n (%)</i>]	105 (79,5)
Avaliação da qualidade dos treinamentos para atuação em saúde da família [<i>n (%)</i>]	
Adequados	58 (46)
Muito adequado	25 (19,8)
Neutro	21 (16,7)
Inadequado	1 (0,8)
Muito inadequado	1 (0,8)

4.2 Análise Descritiva das variáveis estudadas

4.2.1 Prática em atividades de prevenção ao consumo de drogas

Observamos pela tabela 9 que a maioria dos profissionais capacitados (65,4%) afirmou desenvolver algum tipo de abordagem para consumo de álcool e outras drogas. Quando perguntados sobre a frequência com que questionam os pacientes sobre seu consumo de álcool, 49% relatam que “na maioria das vezes” eles inserem estas questões nas conversas ou atendimentos com os pacientes e 40,6% “na maioria das vezes” fazem aconselhamentos para diminuição do consumo destas substâncias. Em relação aos estágios de prontidão para ação, 48,2% “fazem algumas vezes”, 23,7% “já fazem como rotina de trabalho”, 22,3% estão “pensando em fazer, mas ainda não fizeram”.

Tabela 9: Descrição das questões referentes à prática em atividades de prevenção ao consumo de drogas (N 139)

Desenvolvimento de atividades ou abordagens preventivas em relação ao consumo de álcool ou Outras drogas		
Variáveis	N	%
Sim	89	65,4

Frequência com que o profissional <u>pergunta</u> ao paciente especificamente sobre seu consumo e a história dos problemas relacionados ao álcool		
Variáveis	N	%
Todas às vezes	25	18,1
A maioria das vezes	68	49,3
Algumas vezes	40	29,0
Raramente ou nunca	5	3,6

Frequência com que o profissional <u>aconselha</u> ao paciente especificamente sobre seu consumo e a história dos problemas relacionados ao álcool		
Variáveis	N	%
Todas as vezes	14	10,1
A maioria das vezes	56	40,6
Algumas vezes	45	32,6
Raramente ou nunca	23	16,7

Proposição que o profissional melhor se encaixa em relação às atividades de prevenção em relação aos problemas relacionados ao consumo de álcool		
Variáveis	N	%
Nem penso em fazer	8	5,8
Estou pensando em fazer mas ainda não comecei	31	22,3
Faço algumas vezes	67	48,2
Já é parte da minha rotina de trabalho	33	23,7

Como indicador de prática de prevenção ao consumo de drogas, utilizamos também a percepção de auto-eficácia e confiança para realizarem intervenções. Na escala de confiança para realizar Rastreamento e Intervenção (SBI – Screening and Brief Intervention) a média ponderada dos profissionais foi 2,86 (DP \pm 0,63), em uma pontuação máxima de quatro pontos e a menor pontuação apresentada foi de 1,20 pontos. Altos escores nesta escala descrevem uma alta confiança dos profissionais para encaminhar, aconselhar, avaliar ou perguntar sobre o consumo

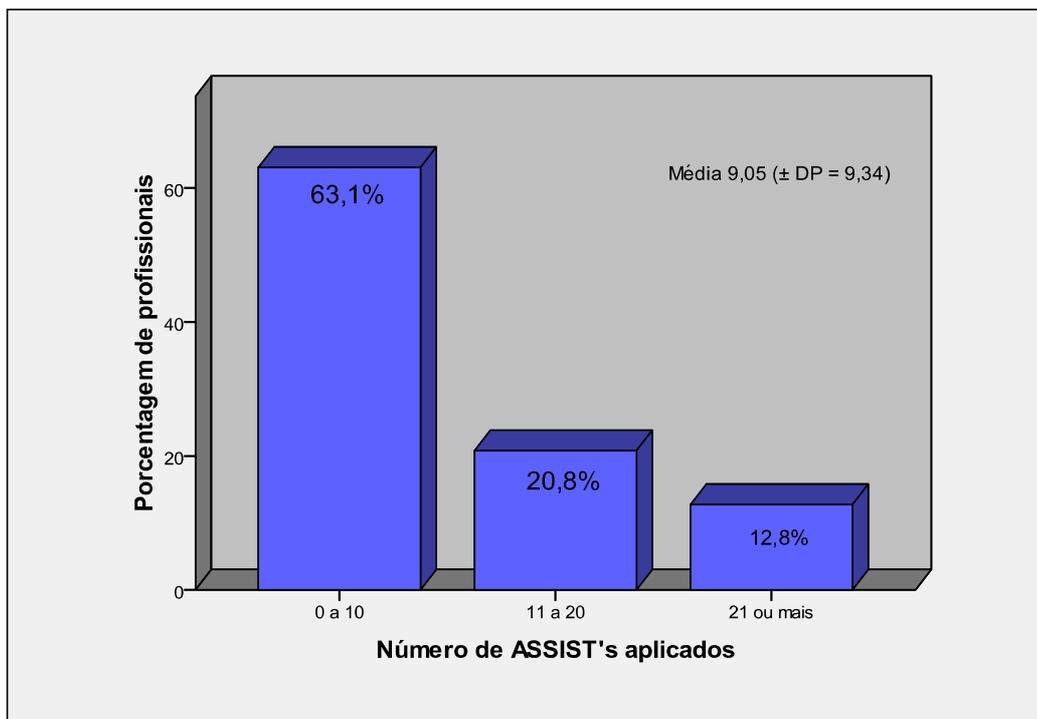
de drogas. Já a média ponderada na escala de percepção de auto-eficácia foi de 3,21 (DP \pm 0,69) e o menor valor encontrado corresponde a 1,0. Altos escores nestas questões sugerem que os profissionais se sentem capazes e apresentam conhecimentos suficientes para realizarem intervenções com usuários de drogas. Estes valores foram apresentados na tabela 10.

Tabela 10: Dados descritivos para a escala de auto-eficácia e confiança para realizar SBI. Média (\pm DP - Desvio Padrão), Valor máximo e Valor mínimo avaliados a partir de escala Likert.

Escala	Nº de itens	Média \pm DP	Valor Máximo	Valor Mínimo
Confiança	10	2,86 (0,63)	4,0	1,20
Auto-eficácia	4	3,21 (0,69)	5,0	1,0

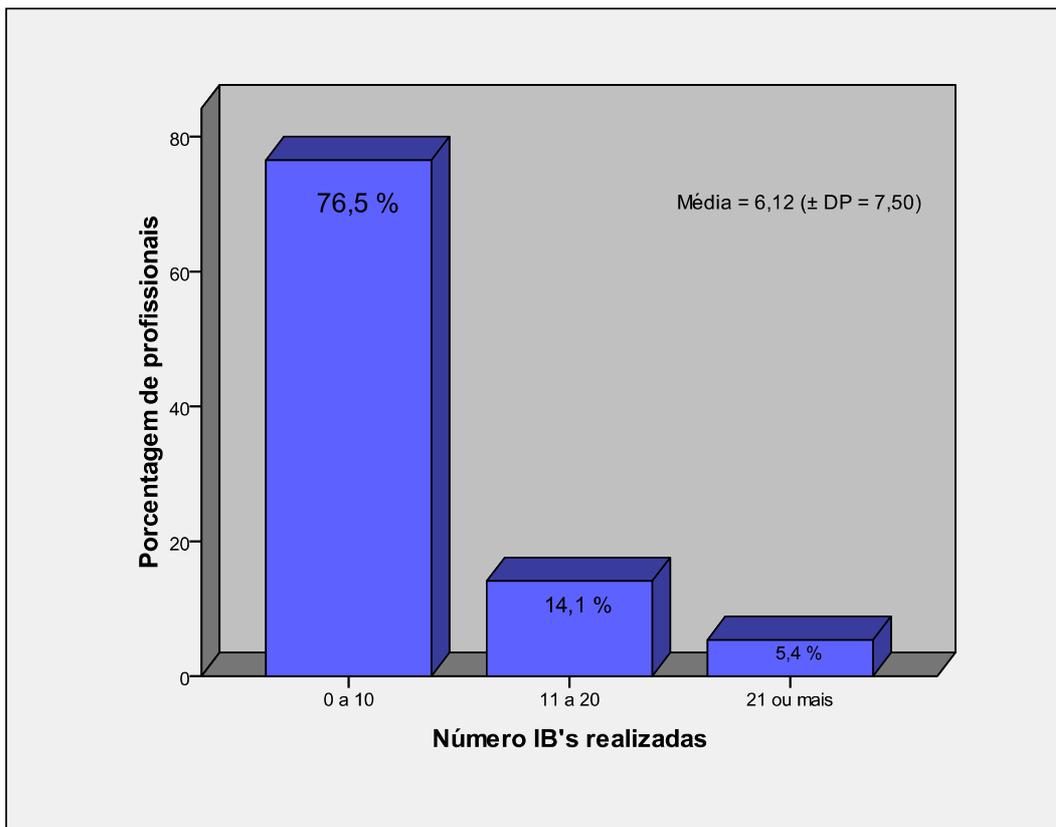
Em relação aplicação dos instrumentos de rastreamento e Intervenções Breves, foram aplicados 1303 ASSIST's e foram realizadas 875 Intervenções Breves, no período de três meses de acompanhamento das atividades. Os gráficos 1 e 2 mostram a quantidade de instrumentos aplicados por profissional.

Gráfico 1: Número de ASSIST's aplicados por profissional



A média de aplicação de ASSIST's foi 9,05/profissional (DP \pm 9,34) e 6,12/profissional (DP \pm 7,6) para as Intervenções Breves realizadas. A maior porcentagem da amostra aplicou de 0 a 10 ASSIST's (63,1%) e realizou de 0 a 10 Intervenções Breves (76,5%). Uma porcentagem menor (20,8% para ASSIST e 14,1% para IB) aplicou de 11 a 20 instrumentos e realizou Intervenções Breves, diferenciando de 12,8% da amostra que aplicou 21 ou mais instrumentos e 5,4 % que realizou 21 ou mais intervenções Breves. Pode-se observar que, mesmo com uma quantidade grande de profissionais que não aplicou ASSIST ou Intervenções Breves, nas questões inicialmente descritas como indicadores de prática para prevenção ao consumo de drogas muitos profissionais mencionaram perguntar ou fazer algum tipo de intervenção com usuário de drogas.

Gráfico 2: Número de IB's realizadas por profissional



4.2.2 Clima Organizacional

Para investigar o Clima, foi utilizada uma escala de Clima Organizacional com distribuição Likert de 5 pontos: (1) Discordo totalmente (2) Discordo Levemente (3) Nem concordo nem discordo (4) Concordo levemente (5) Concordo Totalmente. Os itens desta escala remetem a uma conotação positiva e os principais resultados estão apresentados por fator na **Tabela 11**. A maior pontuação média foi na dimensão Espírito de Equipe, com o valor de 3,89 (DP \pm 0,84). Este fator é composto por nove itens e altos escores descreveram uma prática cooperativa, onde existe um forte sentido do trabalho em equipe. Os profissionais possuem um bom relacionamento no grupo e tem liberdade para criticar, sugerir ou trocar ideias. A escala de liderança obteve a segunda maior pontuação, com média 3,74 (DP \pm 0,86), sendo que escores elevados descrevem uma boa percepção da chefia. Este resultado mostra que em geral os líderes das equipes de PSF's avaliadas tem uma boa capacidade de motivar a equipe, utilizando estratégias de feedback, de motivação e envolvimento dos profissionais nas tomadas de decisões.

O fator “Desenvolvimento Profissional” é composto de onze itens e as avaliações positivas mostram que os treinamentos oferecidos aos profissionais de saúde melhoram as condições de trabalho, a produtividade e o potencial técnico e humano dos servidores. A média de pontuação neste fator foi 3,60 (DP \pm 0,85). Já a média no fator “Relação com a comunidade” foi um pouco mais baixa: 3,33 (DP \pm 0,88), mostrando que os profissionais percebem um pouco menos positivamente a relação estabelecida entre PSF, secretaria de saúde e comunidade.

Nos fatores “estratégia” e “segurança no trabalho” as médias obtidas foram respectivamente: 3,11 (DP \pm 0,98) e 2,77 (DP \pm 0,96). O primeiro fator avalia o conhecimento dos profissionais sobre o planejamento estratégico e indicadores traçados pela secretaria de saúde. Já o segundo avalia a satisfação com as condições de trabalho. Estes dois fatores, comparados com os fatores anteriores, obtiveram pontuações menores, mostrando satisfação inferior dos profissionais com a participação no planejamento estratégico e com a segurança e adequação dos recursos e equipamentos de trabalho.

O último fator apresentado foi a “remuneração”. Este fator se diferenciou dos demais fatores da escala de Clima Organizacional por apresentar a menor pontuação média, 1,78 (DP \pm 0,82). Os profissionais mostraram baixa concordância com a política salarial das equipes de PSF.

Tabela 11: Dados descritivos para os sete fatores da escala de Clima Organizacional. Média (\pm DP - Desvio Padrão), Valor máximo e Valor mínimo avaliado a partir de escala Likert (Intervalo 1 a 5).

Fatores	Nº de itens	Descrição	Média \pm DP	Valor Máximo	Valor Mínimo
Espírito de Equipe	9	Avalia a percepção de prática cooperativa e trabalho em equipe.	3,89 (0,84)	5,0	1,56
Liderança	17	Avaliação da capacidade do líder de motivar e envolver a equipe nas tomadas de decisões.	3,74 (0,86)	5,0	1,06
Desenvolvimento Profissional	11	Avalia a percepção dos treinamentos oferecidos aos profissionais, como recurso para melhora das condições de trabalho.	3,60 (0,85)	5,0	1,27
Relação com a Comunidade	8	Mensuração da imagem do PSF e da relação entre PSF, secretaria de saúde e comunidade.	3,33 (0,88)	5,0	1,0
Estratégia	7	Avalia a percepção do conhecimento por parte dos profissionais, das metas e planejamento estratégico da secretaria de saúde.	3,11 (0,98)	5,0	1,0
Segurança no Trabalho	7	Avaliação da satisfação com a segurança e adequação de instrumentos de trabalho.	2,77 (0,96)	5,0	1,0
Remuneração	5	Avaliação da concordância e satisfação com política de remuneração.	1,78 (0,82)	4,20	1,0

* Maiores pontuações nas escalas de clima organizacional indicam melhores avaliações do fator

4.2.3 Análise de Correspondência múltipla

Com o objetivo de fazer uma análise exploratória dos dados, realizamos análises de correspondências múltiplas das variáveis, mantendo-se nas duas análises os sete fatores da escala de Clima Organizacional e diferenciando as questões que avaliam a prática em atividades prevenção ao consumo de drogas, conforme pode ser observado nos gráficos a seguir.

Para realizar estas análises, todas as escalas utilizadas e também o número de ASSIST's aplicados e Intervenções Breves realizadas (IB's) foram agrupadas em 3 categorias (**baixa**,

média ou alta), diferenciando os profissionais de acordo com a variação na percepção de auto-eficácia, confiança, em relação ao número de ASSIST's aplicados e IB's realizadas e também nos sete fatores da escala de Clima Organizacional, conforme descrito em detalhes na tabela 2 da metodologia.

O gráfico 3 mostra a análise exploratória dos fatores da escala de clima organizacional e as escalas de percepção de auto-eficácia e confiança para realizarem triagem e intervenções breves. A partir da observação da dimensão 1, percebe-se que a alta pontuação nos diferentes fatores da escala de Clima Organizacional se aproxima das altas pontuações nas escalas de auto-eficácia e confiança. Em contrapartida, os valores baixos nas mesmas escalas se associam com pontuações baixas nos sete fatores de CO. Esse conjunto de aproximações está graficamente relacionado com o direcionamento da hipótese de pesquisa - melhores percepções nas escalas de clima organizacional se correlacionam com melhores percepções de auto-eficácia e confiança para realizar intervenções com usuários de drogas.

Estes agrupamentos são facilmente observados nos dois quadrantes da parte inferior do gráfico, onde se destaca uma forte associação das variáveis através da aproximação dos pontos em um mesmo quadrante. Observando o 1º quadrante, notamos que as baixas pontuações nos fatores de clima se aproximam das baixas pontuações na escala confiança. No 2º quadrante representam-se os agrupamentos das altas pontuações nos fatores de clima e as altas pontuações nas escalas de confiança.

Podemos observar também a distribuição dos resultados através da dimensão 2, que apenas confirma os direcionamentos apresentados a partir da observação da dimensão 1. No 1º quadrante estão as aproximações das baixas pontuações nas escalas e clima organizacional e baixas pontuações nas escalas de auto-eficácia e confiança. Já no segundo quadrante, estão as associações da alta pontuação nas escalas de CO e alta pontuação na escala de confiança. Percebemos também uma maior visibilidade da aproximação das pontuações médias na escala de confiança com as pontuações médias nos fatores de CO, apresentadas na parte superior do gráfico.

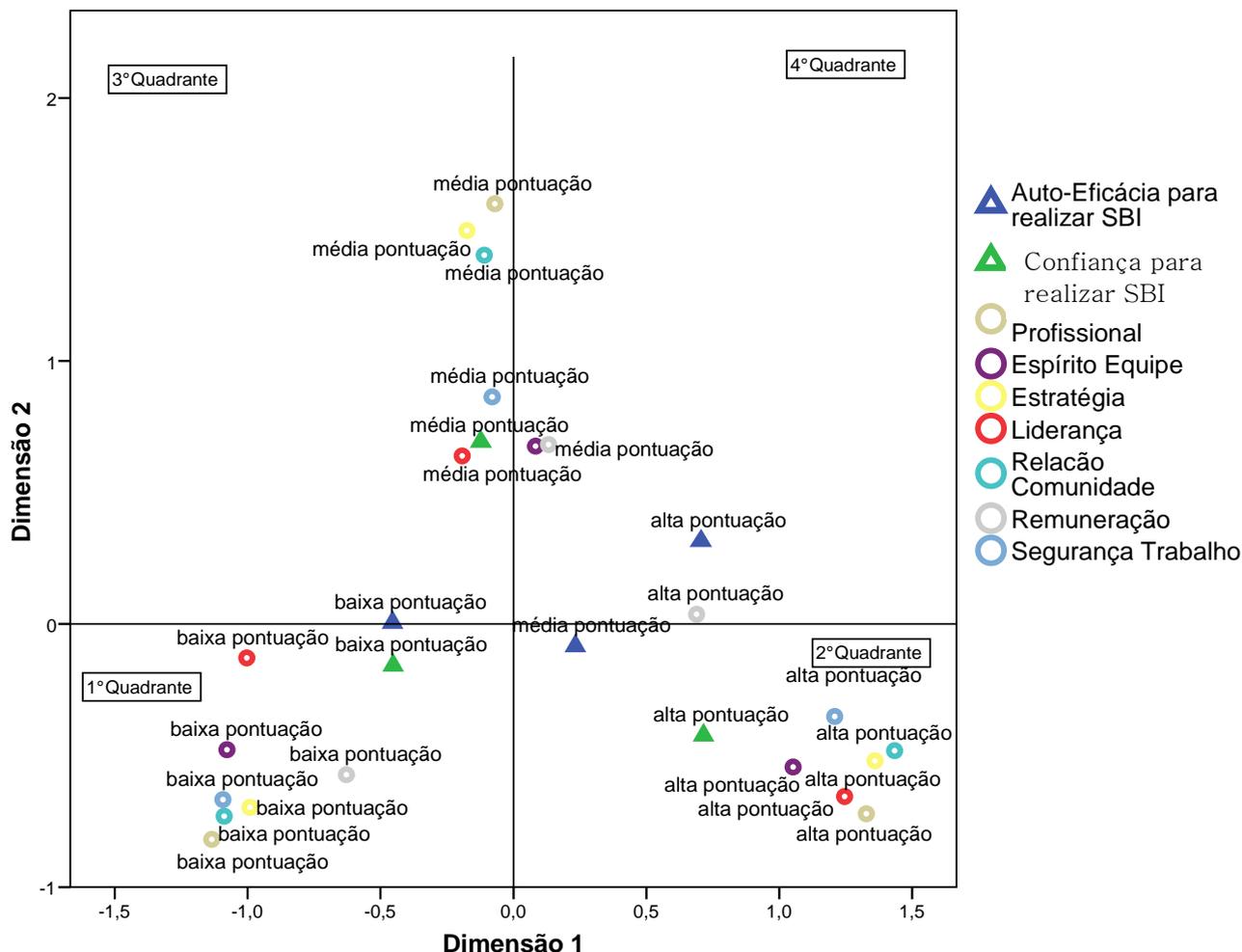


Gráfico 3: Análise de Correspondência - Clima Organizacional, Auto-Eficácia e Confiança para realizar rastreamento e IB's

No gráfico 4 está representado as aproximações do Clima Organizacional com o número de ASSIST's aplicados e IB's realizadas. Pode-se observar a partir da dimensão 1 que os profissionais com alta aplicação de ASSIST, alta quantidade de Intervenções Breves realizadas e também com altas pontuações nas escalas de Clima Organizacional concentram-se no lado direito do gráfico. Essas aproximações se destacam no 4º quadrante. No 3º quadrante podemos observar um agrupamento dos profissionais com baixas aplicações de ASSIST's; com poucas IB's realizadas e também com baixas pontuações nas escalas de Clima Organizacional,

mostrando um forte agrupamento dos profissionais com baixo desempenho na prática de prevenção ao consumo de droga e baixas pontuações na escala de Clima Organizacional.

Observa-se que as análises de correspondências múltiplas indicam que os profissionais que apresentaram melhores desempenhos nas questões de prática em atividades de prevenção ao consumo de drogas apresentaram também melhores percepções na escala de Clima Organizacional. A seguir, será apresentada a análise de correlação de Pearson objetivando a verificação da significância desta correlação.

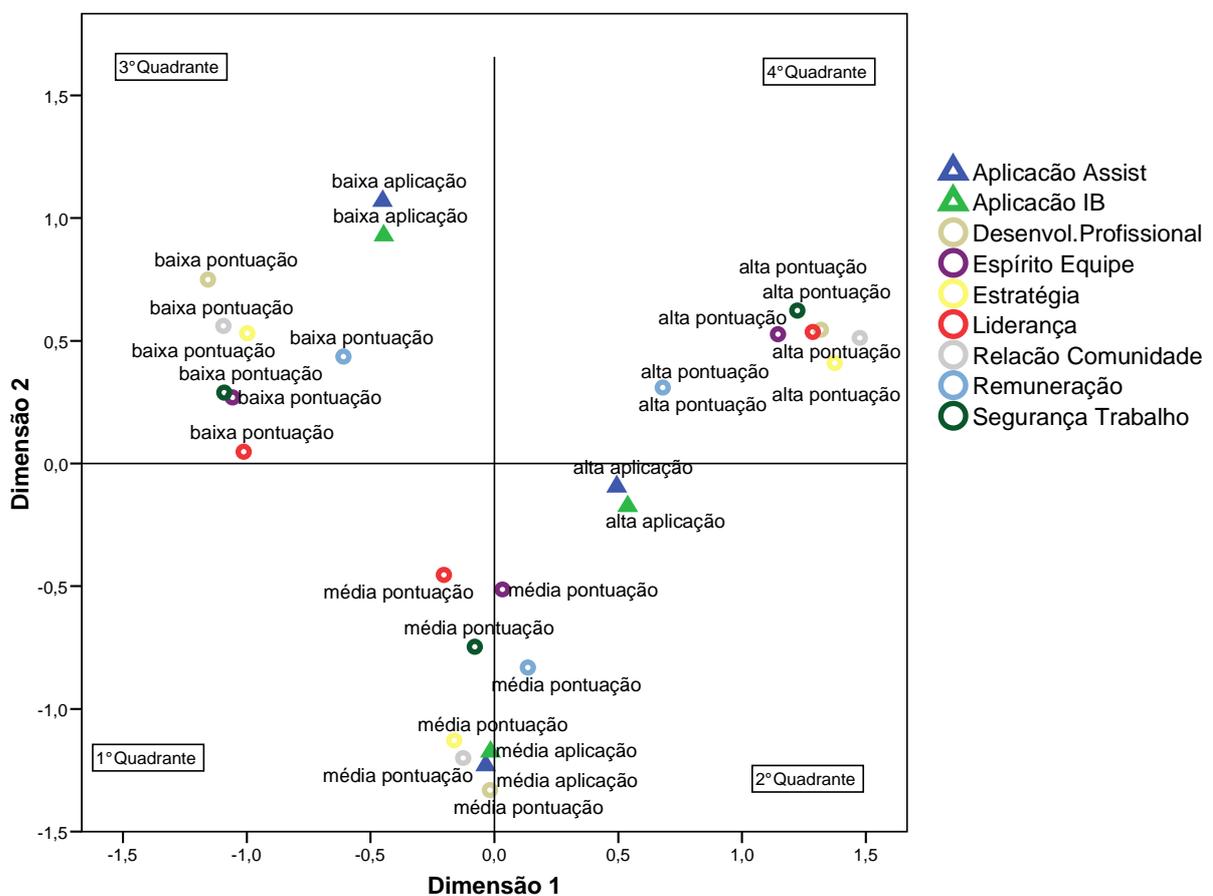


Gráfico 4: Análise de Correspondência – Clima Organizacional, Número de ASSIST's aplicados e IB's realizadas

4.2.4 Correlação entre Clima Organizacional e as Atividade de prevenção ao consumo de drogas

Foram realizadas análises de correlação para verificar as relações estabelecidas entre Clima Organizacional e práticas de prevenção ao uso de risco de drogas. Estas avaliações foram realizadas utilizando como unidade de análise as equipes de PSF. Desta forma, os 149 profissionais participantes deste estudo foram agrupados através das médias apresentados por equipe de trabalho.

Seis fatores que compõem o Clima Organizacional (liderança, desenvolvimento profissional, espírito de equipe, relação com a comunidade, estratégia e remuneração) foram associados com seis variáveis que avaliam a prática em atividades de prevenção ao consumo de drogas: *Prática 1*: Frequência com que o profissional pergunta a um paciente sobre seu consumo e problemas relacionados ao uso de álcool; *Prática 2*: Frequência com que o profissional aconselha os paciente com padrões de consumo de risco de álcool a parar ou diminuir seu consumo; *Prática 3*: Prontidão do profissional para realizar intervenções com usuários de drogas; *Prática 4*: Desenvolvimento de abordagens preventivas em relação ao consumo de drogas; *CNF SBI*: Confiança para realizar Triagem e Intervenção Breve; *AE*: Auto-eficácia para realizar Triagem e Intervenção Breve.

Na maioria dos resultados foram observadas correlações significativas entre as dimensões da escala de Clima Organizacional e as demais questões que avaliam a prática dos profissionais, resultados consistentes com a hipótese de pesquisa de que melhores percepções nos fatores da escala de CO estariam relacionadas com melhores desempenhos nas atividades de prevenção ao consumo de drogas. Os resultados do teste de Pearson foram apresentados na tabela 12.

O fator que melhor se associou com a prática dos profissionais em atividades de prevenção ao consumo de drogas foi o “Desenvolvimento Profissional”. As correlações deste fator foram estabelecidas com as seguintes variáveis: *prática 1* ($r = 0,455$, $p = 0,013$), *prática 2* ($r = 0,505$, $p = 0,004$), *prática 3* ($r = 0,499$, $p = 0,005$), *prática 4* ($r = 0,412$, $p = 0,024$), *aplicação de ASSIST's* ($r = 0,548$, $p = 0,002$) e *IBs realizadas* ($r = 0,498$, $p = 0,005$). Na sequência, destacamos o fator “Relação com a “Comunidade” apresentando correlações significativas com as variáveis *prática 1* ($r = 0,461$, $p = 0,012$), *prática 2* ($r = 0,616$, $p = 0,000$), *prática 3* ($r = 0,417$, $p = 0,022$), *IB's realizadas* ($r = 0,376$, $p = 0,041$) e *CNF SBI* ($r = 0,452$, $p = 0,014$).

As dimensões “liderança” e “remuneração” se associaram com três outras variáveis de prática, apresentando fator de correlação > 0,40. “Liderança” obteve associação com as variáveis *prática 2* ($r = 0,423$, $p = 0,020$), *prática 3* ($r = 0,465$, $p = 0,010$) e *SE SBI* ($r = 0,460$, $p = 0,012$) e “Remuneração” relacionou-se com a *prática 1* ($0,454$, $p = 0,013$), *prática 2* ($0,467$, $p = 0,009$) e *CFN SBI* ($r = 0,451$, $p = 0,014$).

Tabela 12: Correlação entre os diferentes fatores da escala de Clima Organizacional (CO) e as atividades de prevenção ao consumo de drogas (n = 30 equipes)

Questões sobre a prática em atividades de prevenção ao consumo de drogas								
Fatores escala	Prática 1	Prática 2	Prática 3	Prática 4	Aplicação de Assist's	IB's realizadas	CNF SBI	AE SBI
Liderança	0,307	0,423*	0,465**	0,346	0,286	0,333	0,345	0,460*
Desenvolvimento Profissional	0,455*	0,505*	0,499**	0,412*	0,548**	0,498**	0,339	0,294
Espírito de Equipe	-0,004	0,364*	0,308	0,326	0,182	0,111	0,031	0,244
Relação com a Comunidade	0,461*	0,616**	0,417*	0,106	0,232	0,376**	0,452*	0,366
Estratégia	0,433*	0,378*	0,324	0,347	0,334	0,220	0,087	0,175
Remuneração	0,454*	0,467*	0,242	0,088	0,332	0,286	0,451*	0,209

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Legenda:

Prática 1: Frequência com que o profissional pergunta a um paciente sobre seu consumo e problemas relacionados ao uso de álcool; **Prática 2:** Frequência com que o profissional aconselha os paciente com padrões de consumo de risco de álcool a parar ou diminuir seu consumo; **Prática 3:** Prontidão do profissional para realizar intervenções com usuários de drogas. **Prática 4:** Desenvolvimento de abordagens preventivas em relação ao consumo de drogas. **CNF SBI:** Confiança para realizar Triagem e Intervenção Breve; **AE:** Auto-eficácia para realizar Triagem e Intervenção Breve.

Já os fatores “Espírito de Equipe” e “Estratégia” mostraram poucas correlações significativas. “Espírito de Equipe se associou apenas com a *prática 2* ($r = 0,364$, $p = 0,048$) e o

fator “Estratégia” somente com a *prática 1* ($r = 0,433$, $p = 0,019$) e *prática 2* ($r = 0,378$, $p = 0,039$). Já a variável “Segurança no Trabalho” não teve correlações significativas com nenhuma das questões avaliadas.

Em relação às correlações com valores mais altos, podemos observar que os números foram superiores a 0,50 e estão presentes nas dimensões “Relação com a Comunidade” ($r = 0,616$, $p = 0,000$) e “Desenvolvimento Profissional” ($r = 0,548$, $p = 0,002$). Cabe destacar que todas as correlações significativas foram positivas, mostrando uma associação no mesmo direcionamento das variáveis associadas, ou seja, quanto melhor a percepção na escala de Clima Organizacional maiores as pontuações nos indicadores de prática de prevenção ao consumo de drogas e quanto menor as percepções na escala de CO menos envolvimento nas práticas de prevenção.

Podemos assim sintetizar os resultados, afirmando que a escala de Clima Organizacional apresenta importantes correlações significativas com as questões utilizadas para avaliar a prática em atividades de prevenção ao consumo de drogas. Os fatores “Desenvolvimento Profissional” e “Relação com a Comunidade” apresentaram papel fundamental nestes resultados. As dimensões “Liderança” e “Remuneração”, apesar de apresentarem um menor número de correlações significativas, apresentaram valores de correlação superiores a 0,40.

Capítulo 5 - Discussão

O objetivo norteador deste estudo foi avaliar o impacto do ambiente de trabalho na implantação de estratégias de prevenção ao consumo de drogas como rotina da Atenção Primária à Saúde (APS). São comprovados cientificamente a aplicabilidade e os benefícios da utilização de instrumentos de triagem associados a Intervenções Breves (IB) na APS como forma de introduzir intervenções preventivas para mudança de comportamentos em relação ao abuso de drogas (FURTADO; CORRADI-WEBST; LAPREGA, 2008; MADRAS et al., 2009; KANER et al., 2009; RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009; SOUZA-FORMIGONI; BOERNGEN-LACERDA; VIANNA, 2008). Considera-se que a preparação técnica dos profissionais é a etapa inicial para a inserção destas abordagens na rotina de trabalho, tendo em vista que muitos se sentem despreparados para lidar com esta temática.

Os resultados deste estudo mostraram que, após uma capacitação de 8 horas teóricas e três meses de suporte e acompanhamento semanal disponibilizado pelos pesquisadores, 65,4%

dos profissionais afirmaram desenvolver algum tipo de intervenção em relação ao consumo de álcool e 71,9% relataram que “fazem algumas vezes” estas abordagens ou que já “são rotina de seus serviços”.

No entanto, observamos que 63,1% dos profissionais capacitados não aplicaram (ou aplicaram poucos) instrumentos de rastreamento e realizaram poucas Intervenções Breves (76,5%) durante os três meses de acompanhamento, direcionando ao entendimento que muitos profissionais empregam outros recursos para abordarem usuários de substâncias, que podem se diferenciar dos instrumentos estruturados, tal como o ASSIST. Em relação aos agentes comunitários de saúde, categoria profissional com participação majoritária nestas atividades, sabe-se que estes profissionais apresentam dificuldades em acrescentar novos protocolos ou instrumentos nas visitas domiciliares, seja por sobrecarga de atividades ou por falta de suporte para incorporar novas técnicas aos serviços de rotina (RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009; RONZANI; AMARAL; SOUZA-FORMIGONI; BABOR, 2008). Porém, muitos profissionais talvez utilizem os conhecimentos e abordagens aplicados para outros problemas de saúde adaptados para as intervenções com usuários de drogas, através de intervenções individuais, que poderiam se assemelhar aos princípios das Intervenções Breves ou através de intervenções em grupos temáticos, envolvendo palestras ou eventos em escolas.

Ainda em relação à aplicação de ASSIST e Intervenções Breves realizadas, observamos que 12,8% da amostra aplicou mais de 21 ASSIST e 5,4% realizou mais de 21 intervenções Breves, diferenciando-se dos profissionais que não aplicaram nenhum instrumento de rastreamento. Essa diferença foi observada também nas demais questões que avaliaram a prática em atividades de prevenção ao consumo de drogas, como pode ser verificado através da tabela 9.

Esta diferença no envolvimento dos profissionais nos chama atenção para tentar compreender as variáveis que diferenciam o desempenho das equipes após passarem pelo mesmo treinamento teórico e prático. Alguns autores utilizam do modelo sócio-tecnológico para argumentar que a efetividade de programas direcionados para setores de saúde mental requer contextos sociais adequados, e que a efetividade de implantação de estratégias direciona-se mais para as características do contexto social, onde os serviços são implementados, do que para as tecnologias de tratamento (GLISSON, 2008).

É de nosso conhecimento que as intervenções com usuários de drogas não ocorrem necessariamente em serviços de saúde mental; entretanto, o modelo citado anteriormente nos faz

compreender que a efetividade destas intervenções, assim como técnicas em saúde mental, pode ser influenciada mais pelas condições do ambiente de trabalho do que pelas tecnologias utilizadas, tendo em vista a simplicidade das ações empregadas (PATTERSON; WOLF & MCKIERNAN, 2010).

Pesquisadores destacam que o sucesso de programas e sistemas é afetado por diversos fatores e estruturas no nível macro que inclui, por exemplo, normas e regulações federais e estaduais. No entanto, essas normas de serviço falham ao explicar por que algumas organizações que recebem financiamentos semelhantes e são sujeitas às mesmas regras têm mais sucesso que outras organizações que operam no mesmo ambiente macro (GLISSON et al., 2008). Neste sentido, Aarons (2005) ressalta a importância de compreender o contexto de implantação, tal como a estrutura, os processos e procedimentos organizacionais que podem facilitar ou dificultar a incorporação de novas tecnologias. Os treinamentos, o suporte organizacional, a liderança, a cultura e o Clima Organizacional poderiam atuar como fatores facilitadores deste processo.

Os resultados encontrados neste estudo corroboram as perspectivas apresentadas por estes autores. Os dados evidenciados nas análises de correspondências múltiplas e análise de correlação de Pearson mostraram que o Clima Organizacional se associa com a prática dos profissionais de saúde em atividades de prevenção ao consumo de drogas. Dos sete fatores avaliados, através da escala de Clima Organizacional, seis apresentaram correlações positivas e significativas com prática, resultados que nos ajudam a compreender por que determinadas equipes tiveram melhor desempenho nas atividades, comparadas com outras equipes que se inserem na mesma política e normas macro.

O fator que melhor se associou como a realização das atividades foi o “Desenvolvimento Profissional”. Os dados obtidos sugerem que as equipes aplicam mais ASSIST’s, realizam mais IB’s ou desenvolvem com maior frequência outras atividades de prevenção ao consumo de drogas quando percebem que os treinamentos disponibilizados pela secretaria de saúde melhoram as condições de trabalho, ajudam a desenvolver o potencial técnico e humano dos servidores e contribuem para melhorar o desempenho das funções no trabalho.

Estudos mostram que os profissionais que passaram por capacitações em álcool e outras drogas aumentaram o nível de conhecimento objetivo após os treinamentos e mudaram crenças e expectativas em relação aos usuários de drogas. Estas pesquisas destacam que, após estas formações, os profissionais se sentem mais preparados para realizar triagem e Intervenções

Breves, aumentam as expectativas positivas e diminuem a percepção de obstáculos para realização destas atividades (RONZANI; CASTRO; SOUZA-FORMIGONI, 2008; RONZANI; AMARAL; SOUZA-FORMIGONI; BABOR, 2008). Além disso, pesquisa realizada na região de Juiz de Fora mostrou que todos os profissionais que passaram por capacitações semelhantes avaliaram o treinamento realizado como bom ou excelente e 93,5% consideraram o conteúdo programático aplicável à rotina de trabalho (RONZANI et al., 2005).

Perspectivas semelhantes foram encontradas em pesquisa realizada com 109 enfermeiras que atuam em setores de emergência psiquiátrica, indicando que os profissionais que recebem mais horas de treinamento, incluindo cursos acadêmicos formais ou programas de educação continuada, entendem mais facilmente as necessidades dos pacientes e apresentam maior nível de conforto em trabalhar com pacientes psiquiátricos, incluindo dependentes de álcool ou demais drogas (WRIGHT et al., 2003).

Outro dado importante refere-se a uma pesquisa realizada com 151 conselheiros para tratamento de drogas nos Estados Unidos. Este estudo mostrou que o número insuficiente de profissionais treinados para atender com qualidade o cliente está fortemente associado ao esgotamento profissional. Em contrapartida, quanto mais os conselheiros percebem que a organização valoriza o desenvolvimento profissional menos esgotamento profissional ocorre no ambiente de trabalho (GARNER; KNIGHT; SIMPSON, 2007). Estes achados são importantes não apenas pelo impacto na saúde do indivíduo, como também pelo reflexo na organização como um todo, incluindo outros funcionários e também o envolvimento nas atividades executadas pela organização.

É importante destacar que o fator “Desenvolvimento Profissional”, apesar de ter apresentado importantes correlações com a prática em atividades de prevenção, não responde isoladamente pela efetividade da implantação destas estratégias. A preparação técnica e aquisição de conhecimentos são fundamentais para uma abordagem adequada com usuários de drogas. No entanto, o papel da liderança é indispensável para que o suporte necessário seja disponibilizado aos profissionais na rotina dos serviços, principalmente quando se trata da inserção de atividades que não são familiares para a prática dos profissionais.

Os resultados desta pesquisa mostraram que quanto mais o líder motiva e envolve a equipe na tomada de decisão mais os profissionais aconselham os pacientes a mudarem o comportamento em relação ao uso de drogas; mais prontidão para ação é apresentada e melhor é

a percepção de Auto-eficácia para aplicação de ASSIST e realização de Intervenções. Estes dados destacam o papel importante dos coordenadores de equipe na estruturação de um ambiente de trabalho produtivo e de qualidade, oferecendo suporte técnico e estimulando a participação efetiva dos profissionais nas decisões tomadas, além de criar condições para o aprimoramento de competências.

Um artigo teórico publicado recentemente questiona as possíveis barreiras para a implantação de estratégias de Rastreamento e Intervenção Breve para o abuso de álcool em práticas comunitárias (PATTERSON; WOLF & MCKIERNAN, 2010). Os autores argumentam que a supervisão clínica é um componente necessário para produzir melhores resultados para o paciente e também para o serviço. Apontam que os administradores ou gerentes de saúde devem considerar a importância desta supervisão por três motivos: pela influência positiva no Clima Organizacional da organização; por ser um componente necessário para as práticas baseadas em evidências (tais como as estratégias de rastreamento e intervenções breves); e por aumentar a visibilidade do aconselhamento profissional (ou intervenção), além de melhorar os resultados para o paciente.

Pesquisadores descrevem dificuldades semelhantes ao destacarem que os treinadores, educadores ou organizações que investem em treinamentos para álcool, tabaco e outras drogas precisam avaliar os resultados alcançados não apenas em termos de mudança de conhecimento e habilidades, mas também em termos de mudança (e também manutenção) da prática profissional. Neste sentido, os pesquisadores abordam como pontos-chave a coesão entre as equipes, o suporte e o estilo de liderança como fatores que podem facilitar a transferência de conhecimentos adquiridos em capacitações para a rotina profissional (ADDY et al., 2004; BABOR et al., 2005; PIDD et al., 2004).

Cabe destacar que a liderança avaliada neste estudo refere-se aos coordenadores de equipe de PSF, que geralmente é exercido pelo médico ou enfermeiro. Estes profissionais teriam como funções preestabelecidas orientar, acompanhar e supervisionar as atividades desenvolvidas pela equipe. Porém, ao mesmo tempo em que literatura confirma a importância da supervisão para a implantação bem sucedida de práticas baseadas em evidências, os dados descritivos deste estudo nos mostram que apenas 9 enfermeiros e 4 médicos, em um total de 30 equipes, participaram das avaliações três meses após a capacitação presencial.

Outro estudo realizado entre profissionais da Atenção Primária à Saúde apresentou uma comparação entre a efetividade de implantação de estratégias de rastreamento em três municípios (RONZANI; MOTA e SOUZA, 2009). Os dados evidenciaram que em um dos municípios a liderança exercida pelo coordenador do PSF contribuiu para a maior efetividade da implementação do projeto, pois: (1) promoveu adesão dos profissionais de saúde para realização da Triagem e Intervenção Breve; (2) construiu estratégias para integrar as práticas do projeto entre os profissionais nas equipes de PSF, como a mobilização das enfermeiras para gerenciar o projeto e criou um Programa de Controle do Álcool para sistematizar a prática da intervenção breve.

O segundo fator que melhor se associou com a prática das equipes em atividades de prevenção ao consumo de drogas foi a “Relação com a comunidade”. Este fator avalia o bom relacionamento entre a comunidade e as equipes de saúde e também com a secretaria de saúde. Os resultados mostraram que quanto melhor a percepção desta relação melhor o empenho dos profissionais nas ações de prevenção.

É importante observar que o “número de Intervenções Breves realizadas” e a “frequência” com que os profissionais perguntam ou aconselham os pacientes a mudarem o comportamento em relação ao consumo de drogas estão positivamente associados ao fator “Relação com a comunidade”, questões que necessariamente exigem um bom vínculo e diálogo com a comunidade. A confiança estabelecida com os moradores é fundamental para abordar os diversos problemas de saúde; no entanto, para se intervir diante do consumo de drogas, este vínculo torna-se um fator indispensável, tendo em vista que muitas equipes expressam constantemente obstáculos para trabalhar este tema, tal como a desconfiança dos pacientes sobre a triagem, seja por tabu ou por considerarem como invasão de privacidade (RONZANI; CASTRO; SOUZA-FORMIGONI, 2008).

O fator “Relação com a comunidade” não é comumente encontrado em instrumentos de Clima Organizacional. Na escala utilizada neste estudo, a inclusão se justifica por se tratar de um questionário específico para setores de saúde onde o bom vínculo com a comunidade é importante para uma boa atuação profissional. Estudos mostram que as características do trabalho dos agentes comunitários, que seriam marcadas pelo vínculo na comunidade, diferenciam o envolvimento destes profissionais na prática em atividades de prevenção ao consumo de drogas (RONZANI; AMARAL; SOUZA-FORMIGONI; BABOR, 2008).

Outra pesquisa destaca que os agentes comunitários têm um papel importante como multiplicadores de conhecimento através da aproximação entre a comunidade e o serviço de saúde. Este estudo apontou que os agentes conseguiram uma boa abrangência em sua atuação desenvolvendo ações de triagem e intervenção breve, associadas à realidade local: envolvendo as famílias, através de eventos para toda a comunidade, ampliando para outros focos de atenção (escolas, saúde e entidades filantrópicas) e utilizando a mídia, com propagandas e contrapropagandas para divulgação do projeto, e para levar à conscientização da comunidade (RONZANI; CASTRO; SOUZA-FORMIGONI, 2008).

Cabe destacar que o fator remuneração teve correlação significativa com algumas questões referentes à prática dos profissionais de saúde. As equipes que têm melhores percepções em relação à política salarial perguntam e aconselham mais os pacientes a mudarem o padrão de consumo de drogas e têm mais confiança para realizarem triagem e Intervenção Breve. Da mesma forma, os profissionais com piores percepções da remuneração têm menor desempenho nas atividades. Estudo realizado com 149 profissionais de saúde mental mostrou que a escala de equilíbrio entre o esforço destinado para executar tarefas e a compatibilidade da recompensa é um dos preditores positivos para práticas baseadas em evidências (LAVOIE-TREMBLAY, 2008). Resultados que trazem reflexões sobre as remunerações e recompensas utilizadas no programa Saúde da Família, tendo em vista que os dados descritivos do Clima Organizacional, apresentados nos resultados deste estudo, apontaram o fator remuneração com a menor pontuação média entre os sete fatores avaliados.

Pesquisadores mostram que a percepção de alta recompensa é um fator protetor para o risco de burnout (LASALVIA et al., 2009), dado importante tendo em vista a associação do esgotamento profissional com a rotatividade de profissionais. Estudo desenvolvido por Aarons e Sawitzky (2006) apontou que atitudes mais positivas em relação ao trabalho estão significativamente associadas com baixa rotatividade e o Clima Organizacional pobre foi negativamente associado com atitudes positivas no trabalho. Glisson et al. (2008), em seu estudo realizado com 100 diretores de clínicas de saúde mental, mostrou que o Clima Organizacional explica uma proporção significativa da rotatividade de profissionais. A taxa de rotatividade (22%) em clínicas com um clima ruim é duas vezes maior que as taxas em clínicas com clima bom (10%). Neste mesmo estudo, os autores avaliaram a correlação entre cultura organizacional e a implantação de novos programas para saúde mental. Os dados mostraram que as clínicas com

melhores culturas sustentam um novo programa ou tratamento duas vezes mais que as clínicas com piores culturas.

Os últimos fatores destacados e com menor associação com a prática dos profissionais de saúde são as escalas “Estratégia” e “Espírito de Equipe”. O fator “Estratégia” avalia a percepção do conhecimento por parte dos profissionais, das metas e planejamento estratégico da secretaria de saúde. Os resultados mostraram que ter uma boa percepção do planejamento estratégico relacionou-se com apenas dois indicadores de prática em atividades de prevenção ao consumo de drogas. O segundo fator avalia a cooperação e bom relacionamento entre os integrantes da equipe de trabalho, associando-se apenas com a frequência com que a equipe de saúde aconselha os pacientes a reduzir ou cessar o consumo de álcool. Este resultado mostra-se fraco diante dos diversos estudos de Clima Organizacional que fundamentam a importância do trabalho em equipe para um bom desempenho e qualidade dos serviços.

O trabalho com novas tecnologias, assim como as Intervenções Breves e o ASSIST, muitas vezes trazem dificuldades e obstáculos para implantação efetiva destas estratégias na rotina dos serviços. Desta forma, a cooperação do grupo seria um fator importante para a superação das barreiras para a implementação destas ações, já que diversas pesquisas indicam que o trabalho em equipe (YING et al., 2007; WRIGHT, 2003) e o suporte da liderança (MOK & AU-YEUNG, 2002) são fatores do Clima Organizacional que se correlacionam fortemente com a qualidade e resultado das atividades realizadas pelos profissionais. Dados semelhantes aos encontrados em um estudo desenvolvido com 213 equipes de Atenção Primária à saúde na Catalúnia (ES), mostrando que fatores organizacionais, como cooperação e facilitação em grupo, estão entre os pontos que melhor explicam os resultados do trabalho em medicina da família (GENÉ-BADIA et al., 2007).

No entanto, esses resultados não apareceram de forma evidente como os achados dos estudos mencionados, o que pode ser reflexo da prática desintegrada e com pouca valorização da cooperação grupal para desenvolvimento de atividades. Assim como em outros estudos, o Agente Comunitário de Saúde foi o profissional que mostrou maior engajamento nesta proposta, realizando uma prática restrita ao grupo de sua categoria profissional, diferentemente de uma prática compartilhada por todos os integrantes da equipe de PSF.

Por fim, cabe destacar algumas limitações encontradas neste estudo. A primeira refere-se ao número restrito de instrumentos de Clima Organizacional voltados para serviços de saúde

brasileiros. A primeira escala validada para este contexto foi desenvolvida em 2009 (MENEZES, 2009), e ainda não temos uma utilização ampla deste instrumento entre profissionais da APS. No entanto, dentre os instrumentos publicados, esta escala foi a que atendeu melhor aos objetivos deste estudo.

Uma segunda limitação relaciona-se com delimitação dos objetivos desta pesquisa. É bastante discutido pela literatura o impacto de outros fatores como, por exemplo, da cultura no desempenho profissional. No entanto, por limitação de tempo, nos restringimos apenas à avaliação do constructo Clima Organizacional. Sugere-se que outras pesquisas ampliem estas avaliações, na tentativa de aumentar a efetividade das estratégias de prevenção ao consumo de drogas.

Por último, mencionamos que a coleta de dados desta pesquisa teve uma perda significativa de participantes, diminuindo o número de profissionais envolvidos nas análises bem como as possibilidades de testes utilizados. Em função da coleta dos dados ter ocorrido após três meses da capacitação presencial, muitos profissionais não estavam mais na APS ou haviam sido remanejados para outras equipes.

Capítulo 6 - Considerações finais

Concluimos este trabalho com resultados que corroboram a hipótese de pesquisa. As equipes que apresentaram melhores pontuações na escala de Clima Organizacional tiveram também as melhores pontuações nas questões que avaliaram a prática em atividades de prevenção ao consumo de drogas. O “Desenvolvimento profissional” e a “Relação com a comunidade” tiveram mais força nesta Associação. No entanto, o papel da Liderança e Remuneração também apresentou resultados significativos.

Os profissionais que percebem que os treinamentos disponibilizados pela secretaria de saúde melhoram o potencial técnico e humano dos servidores, que a equipe de PSF apresenta um bom vínculo com a comunidade e também que a liderança motiva e oferece suporte ao grupo tiveram maior envolvimento nas ações de prevenção. Da mesma forma, a percepção negativa da remuneração relaciona-se com menos envolvimento nas mesmas atividades.

Os resultados encontrados na escala “Espírito de Equipe” mostraram apenas uma correlação significativa com a prática dos profissionais, resultado diferente de nossa hipótese

inicial, bem como dos diversos estudos de Clima Organizacional que fundamentam a importância do trabalho em equipe para um bom desempenho e qualidade dos serviços. Além disso, fator “Segurança no trabalho” não teve nenhuma relação significativa com as atividades de prevenção ao consumo de drogas.

Desta forma, os dados deste estudo mostram que o Clima Organizacional tem impacto na qualidade dos serviços e pode ser um fator facilitador para implantação de novas tecnologias em serviços de saúde, reforçando a importância do ambiente interno das organizações para potencializar o desempenho profissional em atividades de Rastreamento e Intervenções Breves.

Esperamos que os achados desta pesquisa se tornem direcionadores de novas atividades de prevenção, trazendo resultados mais efetivos para a manutenção das práticas de triagem e Intervenções Breves entre profissionais do Programa Saúde da Família, tendo em vista a dificuldade de se incorporar os conhecimentos adquiridos em capacitações presenciais na rotina dos serviços de saúde.

Referências Bibliográficas:

ADDY, D. et al. *The Work Practice Questionnaire: A Training Evaluation Measurement Tool for the Alcohol and Other Drugs Field*. Australia: National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA), Flinders University, 2004. 24 p.

ANTONIO LASALVIA, C. B., et.al. Influence of perceived organisational factors on job burnout: survey of community mental health staff. *The British Journal of Psychiatry*, v. 198, n. 4, p. 537-544, 2009.

ARGYRIS, C. Some problems in conceptualizing organizational climate: a case study of a bank. *Administrative Science Quarterly*, New York, v. 2, n.4, p. 501-520, 1958.

AARONS, G. A. Measuring Provider Attitudes Toward Evidence-Based Practice: Consideration of Organizational Context and Individual Differences. *Child And Adolescent Psychiatric Clinics Of North America* v. 14, n. 2, p. 255, 2006.

AARONS, G. A., SAWITZKY, A. Organizational Culture and Climate and Mental Health Provider Attitudes Toward Evidence-Based Practice. *Psychological Services*, v. 3, n. 1, p. 61-72, 2006.

AMATO, T. C. et al. Crenças e comportamentos sobre prática de prevenção ao uso de álcool entre profissionais da Atenção primária à Saúde. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 744-758, 2008.

ANDRADE, L. O. M; BARRETO, I. C. H. C; BEZERRA, T. C. A atenção Primária à saúde e estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S, et al (org.). *Tratado de Saúde Coletiva* São Paulo: Hucitec, 2006. p. 783-836.

BABOR T F.; CAETANO R.; CASSWEL S. *Alcohol: no ordinary commodity*. New York: Oxford University Press, 2003.

BABOR, T. F; HIGGINS-BIDDLE, J. C. *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization, 2001.

BABOR T.; HIGGINS-BIDDLE J. C.; SAUNDERS J. B.; MONTEIRO M. G . *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization, 2001.

BABOR, T. et al. Alcohol Screening and Brief Intervention in Primary Care Settings: Implementation Models and Predictors. *Journal of Studies on Alcohol*, New Jersey, v. 66, n.3, 361-368, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família ultrapassa a marca dos 50% de brasileiros atendidos*. 12/02/2008. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em 5 de fev. 2010.

CARLINI, E. L. A.; GALDURÓZ, J. C. F. *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre drogas/ CEBRID, 2006.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A. . Gestão da Atenção na Saúde: Elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G.W.S (org). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 837-868.

CORRIGAN, W. P. Transformational Leadership and the mental health team. *Administration and Policy in Mental Health*, v. 30, n. 2, p. 97-108, 2002.

CORRADI-WEBSTER, C. M. Capacitação de Profissionais de Saúde da Família em Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves para o Uso Problemático de Álcool. *Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, 1-10, 2005.

CRESPO, M. L. F. *Construção e validação de um instrumento de clima para criatividade nas organizações empresariais*. 2005.135 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2005.

CRUVINEL, E., RONZANI, T. M., Clima organizacional e atividades de prevenção ao uso de risco de álcool. *Estudos de Psicologia, Campinas*, v. 28, n.2 (no prelo), 2011.

CRUVINEL, E. et al. Apresentação de uma metodologia para implantação de estratégias de prevenção ao uso de drogas em serviços de atenção primária à saúde (APS). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 9., 2009, Recife. Anais...Recife, 2009.

FOREHAND, G. A.; GILMER, V. H. Environmental variation in studies of organizational behavior. *Psychological Bulletin*, California, v. 62, n.6, p. 361-382, 1964.

FURTADO, E. F.; CORRADI-WEBST, C. M.; LAPREGA, M. R. Implementing brief interventions for alcohol problems in the public health system in the region of Ribeirão Preto, Brazil: evaluation of the PAI-PAD training model. *Nordic studies on alcohol and drugs*, Finlândia, v. 25, n. 6, p. 539-551, 2008.

GARNER, B. R., KNIGHT, K., SIMPSON, D. D. Burnout Among Corrections- Based Drug Treatment Staff Impact of Individual and Organizational Factors. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, v. 51, n. 5, p. 510-522, 2007.

GENÉ-BADIA, J., et al. (2007). Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output. *Family practice*. 24 (1), 41-47, 2007.

GERSHON, T. T. M. et al. Organizational Climate and Nurse Health outcomes in the United States: A systematic review. *Industrial health*, New York, v. 45, p. 622-636, 2007.

GLISSON, C. (2002). The Organizational Context of Children's Mental Health Services. *Clinical Child and Family Psychology Review*, New York, v. 5, n.4, p. 233-253, 2002.

GLISSON, C., GREEN, P., The Effects of Organizational Culture and Climate on the Access to Mental Health Care in Child Welfare and Juvenile Justice Systems. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, v. 33, n. 4, p. 433-448, 2006.

GLISSON, C. et al. Assessing the Organizational Social Context (OSC) of Mental Health Services: Implications for Research and Practice. *Administration mental health*, New York, v. 35, p. 98-113, 2008.

GLISSON, C. et al. Therapist Turnover and New Program Sustainability in Mental Health Clinics as a Function of Organizational Culture, Climate, and Service Structure. *Administration and Policy in Mental Health*, v. 35, n. 1-2, p. 124-133, 2008

HENRIQUE, I. F .S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 199-206, 2004.

HUMENIUK, R.; POZNYAK, V. Intervenção Breve para o Abuso de Substâncias: Guia para Uso na Atenção Primária à Saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde/OMS, 2004.

HUMENIUK, R. et al. Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction research report*, United Kingdom, v. 103 , n.6, p. 1039-1047, 2008.

JAMES, L. A.; JONES, A. Organizational Climate: A review of theory and research. *Psychological Bulletin, California*, v. 81, n.12, p. 1096-1112, 1974.

JENI, et al. Metodologia de elaboração do Índice de Percepções Organizacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1631-1643, 2003.

KANER, E. F. S. et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, Australia, v. 28, n. 3, 301-323, 2009.

LAVOIE-TREMBLAY, M., The Psychosocial Work Environment Evidence Utilization by Health Professionals. *The Canadian Journal of Nursing Research* , v. 40, n. 4, p. 112-128, 2008.

LEWIN, K.; LIPPITT, R.; WHITE, R. Patterns of aggressive behavior in experimentally created "social climate". *Journal of Social Psychology*, Philadelphia, v. 10, p. 271-299, 1939.

LIKERT, R. *New Patterns of Management*. New York: McGraw-Hill, 1961.

LITWIN, G. H.; STRINGER, R. A. *Motivation and organizational climate*. Cambridge: Harvard: University Press, 1968.

LARANJEIRA et al. *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas/SENAD, 2007.

LAROS, J. A.; PUENTE-PALACIOS, K. E. Validação cruzada de uma escala de clima social. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 9, n. 1, p. 113-119, 2004.

MCGREGOR, D. M. The Managerial Climate. In: MCGREGOR, D. M. (Org.). *The human side of enterprise*. New York: McGraw-Hill, 1960. p. 132-144.

MACDAVITT, K.; CHOU, S-S.; STONE, P. W. Organizational Climate and Health Care Outcomes. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, Illinois, v. 33, n.11, p. 45-56, 2007.

MADRAS, B. K. et al. Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: Comparison at intake and 6 months later. *Drug and Alcohol Dependence*, Estados Unidos, v. 99, p. 280–295, 2009.

MARTINS, M. C. F. et al. Construção e validação de uma escala de medida de clima organizacional. *Psicologia: Organizações e Trabalho*, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 37-60, 2004.

MELONI, J.N; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, n.1, p. 7-10, 2004.

MENEZES, et al. Escala de clima organizacional para organizações de saúde: desenvolvimento e estrutura fatorial. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v.26, n.3, p. 305-316, 2009

MUÑOZ-SECO. E. Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Atencion Primaria*, España, v. 37, n. 4, p. 209-14, 2006.

MOK, E.; AU-YEUNG. B. Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Hong Kong. *Journal of Nursing Management*, United Kingdom, v.10, p. 129–137, 2002.

MORRIS, A., BLOOM, J. R. Contextual Factors Affecting Job Satisfaction and Organizational Commitment in Community Mental Health Centers Undergoing System Changes in the Financing of Care. *Mental Health Services Research*, v. 2, n. 4, p. 71-83, 2002.

NILSEN, P.; KANER, E.; BABOR, T. Brief intervention, three decades on: An overview of research findings and strategies for more widespread implementation *Nordic studies on alcohol and drugs*, Finland, v. 25, n.6, p. 453-567, 2008.

OHAMAN-STRICKLAND, A. P et al. Measuring Organizational Attributes of Primary Care Practices: Development of a New Instrument. *Health services research*, Chicago, v. 42, n. 3, p.1257-273, 2007.

PATTERSONA, D. A., WOLF, S., MCKIERNANB, P. M. Organizational and Clinical Implications of Integrating an Alcohol Screening and Brief Intervention Within Non-Substance Abuse Serving Agencies. *Journal of Evidence-Based Social Work*, New York, v. 7, p. 332–347, 2010.

PAYNE, R., & PUGH, D. Organizational structure and climate. EM, Dunnette (Ed.). *Handbook of industrial and organizational Psychology*. Chicago: Rand McNally, 1976.

PIDD, K. et al. *From Training to Work Practice Change: An Examination of Factors Influencing Training Transfer in the Alcohol and Other Drugs Field*. Australia: National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA), Flinders University, 2004. 132 p.

REICHERS, A. E.; SCHNEIDER, B. Climate and culture: An evolution of constructs. In B. Schneider (org.), *Organizational climate and culture*. San Francisco: Jossey- Bass, 1990. p. 5-39.

SCHNEIDER, B.; REICHERS, A. E. On the etiology of climate. *Personnel Psychology*, North Carolina, v. 36, n.1, p. 19-39, 1983.

RONZANI, T. M., CASTRO, P. M., SOUZA-FORMIGONI, M. L. O. Avaliação de um processo de implementação de práticas de prevenção ao uso de risco de álcool entre agentes comunitários de saúde HU Revista, Juiz de Fora, v.34, n.1, p. 9-18, 2008.

RONZANI, T. M. R.; MOTA, D. C. B.; SOUZA, I. C. W. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n.1, p. 51-61, 2009.

RONZANI, T. M. et al. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 852-861, 2005.

ROSENHECK, A. R., RESNICK, S. G., MORRISSEY, J. P. Closing Service System Gaps for Homeless Clients with a Dual Diagnosis: Integrated Teams and Interagency Cooperation. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, v. 6, n. 2, p. 77-87, 2003.

SANCHÉZ, A. D. et al. Las dimensiones del clima organizacional percibidas por los médicos de familia. *Atención Primaria*, España, v. 37, n. 9, p. 489-97, 2006.

SCHNEIDER, B. The climate for service: An application of the climate construct. In B. Schneider (org.), *Organizational climate and culture*. San Francisco: Jossey- Bass, 1990. p. 383-412.

SOUZA-FORMIGONI, M. L. O.; BOERNGEN-LACERDA, R.; VIANNA, V. P. T. Implementation of alcohol screening and brief intervention in primary care units in two Brazilian states: a case study. *Nordic studies on alcohol and drugs*, Finland, v. 25, n.6, p. 553-564, 2008.

SPAK, F.; ANDERSSON, A. Large scale implementation of early identification and brief intervention in Swedish primary health care - will it be successful? *Nordic studies on alcohol and drugs*, Finland, v. 25, n.6, p. 477-488, 2008.

STONE, P. W. et al. Organization and Staffing Nurse Working Conditions, Organizational Climate, and Intent to Leave in ICUs: An Instrumental Variable Approach. *Health Research and Educational Trust*, Distrito de Colúmbia, v. 42, n.3, p. 1085-1104, 2007.

TAMAYO, A. Valores e clima organizacional. In: PAZ, M.G.T.; TAMAYO, A. (Orgs.), *Escola, saúde e trabalho: estudos psicológicos*. Brasília: Editora da UnB, 1999. p. 261-289.

U. S. SURGEON GENERAL. *Health Consequences of Smoking. A Report of the Surgeon General*. Atlanta: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.

VAITSMAN, V. et al. Metodologia de elaboração do Índice de Percepções Organizacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1631-1643, 2003.

WIENAND, U. et al. Evaluating the organisational climate in Italian public healthcare institutions by means of a questionnaire. *BMC Health Services Research*, United Kingdom, v. 73, n.7, p.1-13, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption*. Geneva: World Health Organization, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Drug Report*. Geneva: World Health Organization, 2008.

WRIGHT E. R. et al. The Effect of Organizational Climate on the Clinical Care of Patients With Mental Health Problems. *Journal of Emergency Nursing* , v. 4, n. 29, p. 314-321, 2003.

YING, L.; KUNAVIKTIKUL, W.; TONMUKAYAKAL, O.; Nursing competency and organizational climate as perceived by staff nurses in a Chinese university hospital. *Nursing and Health Sciences*, Japan, v. 9, p. 221–227, 2007.

ANEXO 1



Escala de Clima Organizacional para Profissionais de Saúde

Dados de controle

ID <input type="text"/>	Data do preenchimento <input type="text"/>
--------------------------------	---

Estamos realizando uma pesquisa para verificar o que você pensa sobre seu ambiente de trabalho, como parte de um projeto geral que estamos realizando no município. Com este questionário, poderemos obter informações muito importantes para aprimorarmos o desenvolvimento das atividades e por isso pedimos a sua colaboração. Esclarecemos que suas respostas são confidenciais e a identidade de cada profissional será preservada. Este é um compromisso que assumimos neste momento para garantir que você possa responder este questionário com liberdade e franqueza. Muito obrigado por sua colaboração.

Por gentileza, responda às perguntas abaixo de acordo com a seguinte escala

1-Discordo totalmente	2-Discordo levemente	3- Nem concordo nem discordo	4-Concordo levemente	5-Concordo totalmente
------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

Itens	Resposta
Meu chefe trata de forma justa e adequada seus servidores.	
O que tenho aprendido nos treinamentos oferecidos na Unidade melhora minhas condições de trabalho.	
O trabalho da minha equipe é bem distribuído entre os servidores.	
A UBS ou PSF tem uma boa imagem dentro da comunidade.	
Sou informado pelo meu chefe sobre os assuntos relativos à Unidade na qual trabalho	
As condições do meu local de trabalho são satisfatórias.	
Conheço o planejamento estratégico da Secretaria.	
Minha remuneração é compatível com as responsabilidades do trabalho que realizo.	
Meu trabalho permite que eu seja eu mesmo.	

Tenho apresentado sintomas de nervosismo, preocupação, tristeza, tensão, etc por causa do meu dia de trabalho.	
Confio nas decisões tomadas pelo meu chefe.	
O que tenho aprendido nos treinamentos oferecidos pela Secretaria melhora minha produtividade.	
Sou acolhido como um importante membro da minha equipe de trabalho.	
A Secretaria tem uma boa imagem dentro da comunidade.	
Sou avaliado de acordo com os resultados do meu trabalho.	
Na minha Unidade existem recursos de trabalho adequados para a realização do meu trabalho.	
Conheço os indicadores e as metas traçadas pela Secretaria.	
Minha remuneração está de acordo com a praticada pelo mercado.	
O trabalho que faço não me permite usar meus conhecimentos.	
Tenho apresentado sintomas de perda de sono, dor de cabeça, dor de barriga, tremor nas mãos, etc por causa do meu dia de trabalho.	
Meu chefe tem capacidade de motivar a equipe.	
Os programas de treinamento e desenvolvimento têm procurado desenvolver o potencial técnico dos servidores da Secretaria.	
Na minha equipe existe cooperação para o alcance da metas.	
Na Secretaria existe um sistema eficaz para resolver as reclamações da comunidade	
Existe igualdade de tratamento entre chefia e subordinados.	
A Secretaria se preocupa com a minha segurança no trabalho.	
Conheço a estrutura organizacional da Secretaria.	
De um modo geral, estou satisfeito com a minha remuneração.	
Tenho conhecimento da importância de cada tarefa que realizo.	
O trabalho que realizo prejudica minhas relações com a comunidade, família, lazer, etc.	
Meu chefe aceita sugestões para melhoria do trabalho.	
Os programas de treinamento e desenvolvimento têm procurado desenvolver o potencial humano dos servidores da Secretaria.	

Eu confio nas pessoas da equipe em que trabalho.	
A Secretaria comunica adequadamente à comunidade os seus projetos, investimentos e realizações.	
Existem medidas de segurança adequadas para a execução do meu trabalho.	
Participei de alguma forma, do processo de elaboração do planejamento estratégico.	
Considero as políticas de remuneração da prefeitura justas e motivadoras.	
Meu chefe encara os erros não propositais como oportunidade de crescimento.	
Os últimos treinamentos que recebi pela secretaria atenderam às minhas expectativas.	
No meu grupo de trabalho, as pessoas possuem um bom relacionamento.	
Existe um bom relacionamento entre os servidores e as pessoas que fazem uso dos serviços oferecidos pela secretaria.	
A chefia envolve as pessoas em decisões que afetam os diferentes aspectos do trabalho (ambiente de trabalho, segurança, remuneração, estratégias, etc).	
Os equipamentos de trabalho são adequados para garantir a segurança do servidor.	
Consigo aplicar nas minhas atividades diárias as diretrizes do planejamento estratégico.	
A minha remuneração é melhor do que a da maior parte dos meus colegas de trabalho.	
Meu chefe conhece bem os aspectos técnicos do seu trabalho.	
Os conhecimentos que adquiro em programas de treinamento e desenvolvimento são aplicados no meu trabalho.	
Sou respeitado pela minha equipe de trabalho.	
Acredito que a comunidade esteja satisfeita com a qualidade dos serviços oferecidos pela Secretaria.	
Considero que os servidores se sentem livres para expressar abertamente suas opiniões.	
A Secretaria se preocupa com meu bem-estar no trabalho.	
A Secretaria tem realizado as mudanças necessárias visando o seu crescimento e	

desenvolvimento.	
Meu chefe me mantém informado sobre as metas da Unidade.	
Participo do levantamento de minhas necessidades de treinamento e desenvolvimento.	
Na minha equipe tenho condições de ensinar o que sei aos meus colegas e aprender com eles.	
Os servidores da Secretaria atendem a comunidade adequadamente.	
Sou informado sobre a contribuição do meu trabalho para os resultados da minha Unidade.	
Tenho as condições necessárias para a realização do meu trabalho.	
Na Secretaria, os servidores são estimulados a participar das contínuas mudanças.	
Recebo elogios do meu chefe pela qualidade do meu trabalho.	
Os programas de treinamento e desenvolvimento preparam realmente o profissional para desempenhar as atividades do cargo que ocupa.	
No meu grupo de trabalho existe liberdade de falar, criticar, sugerir e trocar idéias.	
Os usuários dos serviços de saúde reconhecem o trabalho dos servidores da Secretaria.	
Meu chefe tem uma visão clara para onde estamos indo e como fazer para chegar lá.	
Os treinamentos preparam o indivíduo para adaptar-se a sua Unidade.	
Existe um forte sentido de trabalho em equipe dentro da minha Unidade.	
Participo das decisões que atingem o meu trabalho.	
Na minha Unidade existe plano de treinamento e desenvolvimento para todos os servidores.	
A comunicação com meu chefe é fácil e aberta.	
Realizo o meu plano de treinamento e desenvolvimento de forma negociada.	

ANEXO 2:

ID:



INSTRUÇÕES

- 1 - Por favor, leia e responda a cada questão de forma sincera e objetiva.
- 2 - Para cada questão, assinale com um X apenas uma alternativa.

A) Caracterização de Práticas em Saúde – Parte I

1. Como parte de sua consulta a um paciente adulto, com que frequência você pergunta a ele(a) especificamente sobre seu consumo e a história dos problemas relacionados ao uso de álcool?

- 1. Todas às vezes
- 2. À maioria das vezes
- 3. Algumas vezes
- 4. Raramente ou nunca
- 5. Não faz parte da minha função

2. Como parte de sua consulta a um paciente adulto, com que frequência você aconselha os pacientes com padrões de consumo de riscos para problemas relacionados ao uso de álcool, a diminuir ou parar com esse consumo?

- 1. Todas às vezes
- 2. À maioria das vezes
- 3. Algumas vezes
- 4. Raramente ou nunca
- 5. Não faz parte da minha função

3. Em relação às atividades de prevenção aos problemas relacionados ao uso de álcool, em qual das proposições abaixo você melhor se encaixa:

- 1. Nem penso em fazer
- 2. Estou pensando em fazer, mas ainda não comecei
- 3. Faço algumas vezes
- 4. Já é parte da minha rotina de trabalho

4. Você desenvolve atividade(s) ou abordagens preventivas em relação ao consumo de álcool e outras drogas?

0. Não.

1. Sim. Quais? -----

5. Com que frequência você desenvolve palestras ou orientações preventivas para o consumo de álcool ou outras drogas?

0. Nunca

1. De 2 a 3 vezes ao ano

2. Mensalmente

3. Semanalmente

4. Todos os dias

C) Caracterização de Práticas em Saúde – Parte II

Questões sobre suas atitudes e crenças em relação aos problemas relacionados ao uso de álcool pelos seus pacientes.

1. As seguintes afirmativas relacionam-se com o **como lidar** com usuários de risco. “Usuários de risco” são pessoas cujo uso de álcool pode levar a problemas de saúde (por ex., pressão alta, acidentes, flebites, neuropatias) ou a problemas sociais (por ex., dificuldades com o cônjuge), mas **exclui pessoas claramente dependentes**. Por favor, leia cada afirmativa e assinale a melhor alternativa que descreva como você se sente em relação a ela. Para cada afirmativa, escolha uma alternativa para álcool, que varia numa escala de 1 a 5, onde 1 corresponde a “discordo totalmente” e 5 a “concordo totalmente”.

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo, Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Afirmativas de crenças de comportamentos	1	2	3	4	5
a) Demonstrar minhas preocupações como profissional da saúde sobre os hábitos de beber de um paciente e os riscos relacionados para sua saúde resultará na redução do seu consumo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Eu acho que conheço o suficiente sobre as causas dos problemas relacionados ao álcool para desempenhar meu papel ao lidar com os usuários de risco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Eu acho que posso aconselhar apropriadamente meus pacientes sobre o consumo de álcool e seus efeitos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Eu acho que não tenho muito a oferecer aos pacientes usuários de risco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Minha formação educacional sobre os problemas relacionados ao álcool é adequado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Por favor, leia cada afirmativa e assinale a melhor alternativa que indique o grau de confiança que você tem na sua habilidade em desempenhar cada uma das seguintes atividades.

Afirmativas sobre atividades	Sem confiança	Muito pouca confiança	Grau moderado de confiança	Bastante confiança
a) Fazer perguntas para coletar informações sobre o risco de problemas relacionados ao álcool nos pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avaliar a história familiar de problemas de álcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avaliar no paciente os sinais e os sintomas presentes de dependência ao álcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fazer perguntas usando um questionário de detecção de álcool, tal como o CAGE, AUDIT ou ASSIST.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fazer perguntas de natureza pessoal ou delicadas quando entrevistar um paciente sobre seu consumo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Expor suas preocupações profissionais sobre o padrão de uso beber e os riscos à saúde do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Recomendar o consumo de baixo risco para seu paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Fornecer material educacional aos pacientes para ajudá-los a diminuir seu consumo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Encaminhar o paciente para avaliação diagnóstica ou tratamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Perguntar no acompanhamento do paciente sobre seu padrão de uso de álcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUITO OBRIGADO

ANEXO 3



Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF
Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva

INSTRUÇÕES

- 1- Por favor, leia e responda todas as questões de forma sincera e objetiva.
- 2- Todas as suas informações serão sigilosas.
- 2- Por favor, responda a cada questão marcando um único **X** para cada alternativa – exceto quando indicado na questão para marcar mais de uma alternativa

E- Questionário Sócio-Demográfico	
1- Qual é o seu sexo (gênero)?	
<input type="checkbox"/> 0. Feminino	
<input type="checkbox"/> 1. Masculino	
2- Qual é a sua idade?	
<input type="text"/> <input type="text"/> anos	
3- Qual é o seu estado civil?	
<input type="checkbox"/> 0. Não possuo companheiro(a) /cônjuge	
<input type="checkbox"/> 1. Possuo companheiro(a) /cônjuge	
4- Qual é a escolaridade máxima que você chegou a concluir?	
<input type="checkbox"/> 0. Não tenho escolaridade	
<input type="checkbox"/> 1. Ensino Fundamental (1ª até 8 série)	
<input type="checkbox"/> 2. Ensino Médio (1ª até 3º ano)	
<input type="checkbox"/> 3. Ensino Técnico	
<input type="checkbox"/> 4. Curso Superior	
<input type="checkbox"/> 5. Pós-Graduação	
5- Qual é a sua profissão atualmente?	
<input type="checkbox"/> 0. Agente Comunitário de Saúde	
<input type="checkbox"/> 1. Auxiliar de Enfermagem	
<input type="checkbox"/> 2. Enfermeiro	
<input type="checkbox"/> 3. Médico	
<input type="checkbox"/> 4. Outra. Qual? <input type="text"/>	
6- Quanto tempo faz que você exerce essa profissão?	
<input type="text"/> <input type="text"/> anos e <input type="text"/> <input type="text"/> meses	

<p>7- Além do seu emprego atual na Estratégia de Saúde da Família, você já teve algum outro emprego?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim. Qual? <input type="text"/></p>
<p>8- Há tempo você trabalha na Estratégia de Saúde da Família?</p> <p><input type="text"/> anos e <input type="text"/> meses</p>
<p>9- Há quanto tempo você trabalha em sua atual Equipe?</p> <p><input type="text"/> anos e <input type="text"/> meses</p>
<p>10- Quantas horas por semana você trabalha na Estratégia de Saúde da Família?</p> <p><input type="text"/> horas por semana</p>
<p>11- Você recebeu treinamento para atuar na Estratégia de Saúde da Família?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim. Qual? <input type="text"/></p> <p>Caso tenha respondido NÃO, passe para a questão número 13.</p>
<p>12- Como você avalia o treinamento que recebeu para trabalhar na Estratégia de Saúde da Família?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Muito Inadequado</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Inadequado</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Neutro</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Adequado</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Muito Adequado</p>
<p>13- Como você se considera com relação a sua satisfação no trabalho?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Muito insatisfeito</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Insatisfeito</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Neutro</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Satisfeito</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Muito Satisfeito</p>
<p>14- Qual é o tipo de vínculo empregatício que você possui no seu trabalho?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. CLT (carteira assinada)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Concursado estatutário (sem carteira assinada)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Contrato de curta duração</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Outro. Qual? <input type="text"/></p>
<p>15- Considerando todas suas atividades de trabalho, quantas horas você trabalha por semana?</p> <p><input type="text"/> horas por semana</p>

Muito Obrigado

ANEXO 4

PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO DE APLICAÇÃO DE ASSIST													
<i>idade - Ano</i>													
<i>N Visita:</i>							<i>Data:</i>						
	Quantidade	ASSIST (data)	IB (sim/Não)										
PSF (nome)													
Profissional 1													
Profissional 2													
Profissional 3													
Profissional 4													
Profissional 5													
Profissional 6													
Profissional 7													
Profissional 8													
Profissional 9													
Profissional 10													

Anexo 5



PESQUISADOR RESPONSÁVEL: TELMO MOTA RONZANI
ENDEREÇO: RUA MINISTRO AMARILIO LOPES SALGADO, 36/101- CASCATINHA - JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS
CEP: 36.033-290 TELEFONE: (32) 8844.2252

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com as normas da Resolução nº196, do Conselho Nacional de Saúde de 10/10/96)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Avaliação de Processo sobre Prática de Prevenção ao Uso de Drogas e Violência Doméstica em serviços de Atenção Primária à Saúde”. Todos os profissionais do seu serviço foram selecionados para participar deste estudo, contudo a sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Os riscos relacionados com sua participação não estão previstos, entretanto, caso ocorra algum tipo de risco entre em contato com o pesquisador principal e/ou Comitê de Ética.

O objetivo geral do presente estudo é avaliar a implementação de práticas de prevenção em relação ao uso de álcool e outras drogas e em relação à violência doméstica em serviços de APS dos municípios de pequeno porte da Zona da Mata de Minas Gerais, bem como avaliar este processo de implementação.

Os benefícios relacionados com a sua participação são para o desenvolvimento do conhecimento científico e acadêmico. Essa participação também não consta qualquer ressarcimento ou privilégio — seja ele de caráter financeiro ou de qualquer outra natureza — aos voluntários que participarem desta pesquisa.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, uma vez que os questionários são sigilosos, e não são identificados.

Os dados e os materiais utilizados na pesquisa ficarão na UFJF no Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva - ICH, onde estará seguro e trancado,

visto que ninguém terá o acesso, somente os pesquisadores. Os resultados gerais da pesquisa serão divulgados em seu município, em congressos e artigos científicos da área. Você receberá uma cópia deste Termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Avaliação de Processo sobre Prática de Prevenção ao Uso de Drogas e Violência Doméstica em serviços de Atenção Primária à Saúde”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2009.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------