



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

ALFREDO JOSÉ MINERVINO

**AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS EM  
TRABALHADORES DO CAPS**

RECIFE

2009

ALFREDO JOSÉ MINERVINO

**AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS EM  
TRABALHADORES DO CAPS**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, área de concentração em Psiquiatria, pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Orientador:

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

RECIFE

2009

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

M664a Minervino, Alfredo José.  
Avaliação de transtornos mentais em trabalhadores do CAPS / Alfredo José Minervino. – 2009.  
72 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientador: Everton Botelho Sougey.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.  
Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Recife, 2009.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Saúde mental. 2. Serviços de saúde mental. 3. Transtornos mentais.  
4. Centros de Atenção Psicossocial. I. Sougey, Everton Botelho (Orientador). II. Título.

612.665 CDD (22.ed.)

UFPE (CCS2018-195)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO  
COMPORTAMENTO

ALFREDO JOSÉ MINERVINO

**AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS EM TRABALHADORES DO CAPS**

Data da aprovação: 14 de setembro de 2009

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey (Orientador – UFPE)

---

Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima (UFPE)

---

Prof. Dr. João Ricardo Mendes de Oliveira (UFPE)

RECIFE  
2009

## AGRADECIMENTOS

**T**udo começou com a inquietação, uma dúvida, um querer mais, uma paixão pela ciência, a curiosidade. Tem-se início a pesquisa, partindo do problema, construindo mecanismos para resolver o problema, encontrando resultados e se surpreendendo com eles.

Assim, agradecer é pouco para todos aqueles que fizeram parte deste percurso científico, vou tentar expressar a gratidão por pessoas que foram indispensáveis para a concretização deste momento.

A *Deus*, sem cuja permissão nada acontece. Obrigada por permitires que este trabalho fosse realizado.

Ao professor Everton Botelho Sougey pela dedicação e compromisso em orientar meu processo acadêmico, com que a experiência de vida e paixão pela ciência, fez-me crescer como profissional crítico.

À Coordenação do Curso de Pós-Graduação em neuropsiquiatria e ciências do comportamento por possibilitar a realização deste trabalho.

Aos profissionais do CAPS, que aceitaram compartilhar comigo um pouco de sua vida.

A Sra. Solange Lima Martins, secretaria do Mestrado pela força edificante.

A Livânia pelo paciente trabalho de organizar a digitação e as referências bibliográficas.

A minha esposa Carla, pelo amor dedicado, pelo respeito as minhas necessidades; a companheira das piores e melhores horas de minha vida.

Obrigado

*Gabriela, a luz*  
*Rafael, o encanto*  
*Gabriela e Rafael, o sentido da minha Vida*

## RESUMO

Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, autonomia, competência, dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Várias investigações sobre saúde mental do trabalhador têm demonstrado alta incidência de transtornos mentais comuns em profissionais da área da saúde. A presente dissertação objetivou analisar sintomas de transtornos mentais comuns em profissionais da saúde mental. Foi utilizada a técnica não probabilística para a seleção dos Centros de Atenção Psicossocial, devido à acessibilidade do pesquisador e devido ao fluxo de atendimentos, considerando que os CAPS investigados possuem maior fluxo. Portanto, realizada em CAPs Bayeux, Santa Rita, João Pessoa, Guarabira, João Pessoa – Valentina, Pedras de Fogo, Campina Grande, Sousa, Conde, Bananeiras, Solânea, Belém e Sapé, no Estado da Paraíba. Participaram deste estudo 98 profissionais da saúde mental, constituindo todos os trabalhadores dos serviços substitutivos investigados. Os participantes responderam a um questionário auto-administrado: o questionário *Self Reporting Questionnaire – 20* (SRQ – 20) e um questionário sócio-demográfico. O SRQ – 20 é uma versão reduzida com 20 itens para rastreamento de transtornos mentais comuns, as respostas são dicotômicas, considerando que cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para haver um somatório que irá variar entre 0 e 20, os escores obtidos estão relacionados com a possibilidade de presença de um transtorno mental comum. Os protocolos foram avaliados conforme as recomendações técnicas, quantificados e tratados estatisticamente através de análises inferenciais. Foi possível constatar que 11,2% da amostra total obtiveram escore para o risco de transtornos de mentais comuns, observando-se a necessidade de posterior encaminhamento. Os demais profissionais obtiveram diversos sintomas avaliados pelo SRQ sem, porém passar no ponto de corte do questionário. Não ocorreu diferença significativa entre os grupos avaliados, considerando local de trabalho, profissão, tempo de serviço e sexo. Porém destaca-se que dos 11,2% dos profissionais que obtiveram escore superior ao ponto de corte, 66% eram psiquiatras e 100% estavam a mais de 12 meses trabalhando no centro de apoio psicossocial. Ao se comparar na literatura tais resultados com outros grupos de trabalhadores observou-se incidência semelhante. Os dados analisados nesta investigação destacam que os profissionais dos CAPS possuem a mesma probabilidade de ter transtornos mentais comuns do que outros profissionais inseridos em outros setores.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Serviços de saúde mental. Transtornos mentais.

## ABSTRACT

The concepts of mental health include, among other things, the subjective well-being, self-efficacy, autonomy, competence, intergenerational dependence and self-realization of the intellectual and emotional of one's potential. Several investigations on workers' mental health have shown a high incidence of common mental disorders in mental health professionals. The present dissertation aimed to analyze of the symptoms of common mental disorders in mental health professionals. In this study we used a non-probability technique to select the Psycho-Social Attention Centers (CAPS) due to accessibility of the investigator and also the demand flow, considering that the investigated CAPS have a higher flow. Therefore, the research was conducted in three Psycho-Social Attention Centers II, from Bayeux, Santa Rita, João Pessoa, Guarabira, João Pessoa – Valentina, Pedras de Fogo, Campina Grande, Sousa, Conde, Bananeiras, Solânea, Belém e Sapé. The study included 98 (nine-eight) mental health professionals, all the investigated employees were from the substitutive services. The participants answered a self-administrated questionnaire distributed by the researcher, containing the necessary measures to understand the research goals: the Self Reporting Questionnaire - 20 (SRQ - 20) and a social-demographic questionnaire. The SRQ-20 is a reduced version with 20 items to observe common mental disorders, the answers are dichotomous, considering that each affirmative answer scores the value of 1 in order to have a sum which will vary between 0 and 20, the scores achieved are related to the possibility of a common mental disorder presence. The protocols were evaluated according to technical recommendations, quantified and statistically treated by inferential analysis. From the data analysis, it was possible to verify that 11,2% of the total sample had a score to the risk of high common mental disorders, observing the need for further referral. Other professionals have obtained several symptoms assessed by SRQ, but without passing through the questionnaire cutoff point. There was no significant difference between the studied groups, considering the workplace, profession, time of profession and gender. But it is noteworthy that from the 11,2% of professionals, who obtained scores above the cutoff point, 66% were psychiatrists and 100% were working over 12 months in the psycho-social attention center. When we compare these results with other groups of workers found in literature we observe a similar incidence. The analyzed data in this study revealed that the CAPS professionals have the same probability of having common mental disorders as any other professional included in other working sectors.

Key-words: Mental health. Mental health services. Mental disorders.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	PÁG.	
Figura 1.	DIAGRAMA DE APRESENTAÇÃO DOS TMC	19
Figura 2.	HISTOGRAMA DO NÍVEL DE INSATISFAÇÃO EM RELAÇÃO AO TRABALHO DESEMPENHADO NO CAPS.	49
Figura 3.	ANÁLISE DO ESCORE OBTIDO NO SQR 20 POR SEXO	52
Figura 4.	ANÁLISE DO ESCORE OBTIDO NO SQR 20 POR IDADE	53
Tabela 1	DESCRIÇÃO DA AMOSTRA. FREQUÊNCIA E PORCENTAGEM DOS PROFISSIONAIS POR CAPS	39
Tabela 2.	ANÁLISE SISTEMÁTICA DE ESTUDOS PSICOMÉTRICOS DO <i>SELF REPORTING QUESTIONNAIRE</i>	41
Tabela 3	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA. ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS (SEXO) EM TERMOS REAIS E PERCENTUAIS	44
Tabela 4.	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA. ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS (RELIGIÃO) EM TERMOS REAIS E PERCENTUAIS	45
Tabela 5.	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA. ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS (ESTADO CIVIL) EM TERMOS REAIS E PERCENTUAIS	46
Tabela 6.	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA. ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS (VÍNCULO PROFISSIONAL) EM TERMOS REAIS E PERCENTUAIS	47
Tabela 7.	PERCENTAGEM DE RESPOSTAS AOS ITENS	50
Tabela 8.	NÚMERO MÉDIO E MEDIANA DE SINTOMAS POSITIVOS PARA TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS APRESENTADOS POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL EM DIFERENTES CAPS (O DESVIO PADRÃO ENCONTRA-SE EM PARÊNTESES)	51
Tabela 9.	RESULTADO DA ANOVA. INVESTIGAÇÃO DO EFEITO DO TIPO DE PROFISSÃO, TEMPO DE SERVIÇO E SINTOMAS DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NA CONCORDÂNCIA COM OS ITENS	54

## SUMÁRIO

	pág.
1 <b>INTRODUÇÃO</b>	10
2 <b>CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA</b>	13
2.1 SAÚDE MENTAL	13
2.2 ASPECTOS GERAIS DO TRANSTORNO MENTAL COMUM	13
2.3 SAÚDE MENTAL E TRABALHO	19
2.4 REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	22
3 <b>OBJETIVOS</b>	36
4 <b>MÉTODO</b>	37
4.1 TIPO DE ESTUDO	37
4.2 ÁREA DE CAPACITAÇÃO	37
4.3 AMOSTRA	38
4.4 INSTRUMENTOS	39
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA	41
4.6 CUIDADOS ÉTICOS	42
5 <b>RESULTADOS</b>	43
6 <b>DISCUSSÃO</b>	56
7 <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	59
8 <b>REFERÊNCIAS</b>	61
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	67
APÊNDICE B INVENTARIO DO PERFIL DEMOGRÁFICO	68
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO A - VERSÃO BRASILEIRA DO SELF REPORTING QUESTIONNAIRE – 20 (SRQ – 20)	69
ANEXO B - LEI N° 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001	70

## 1 INTRODUÇÃO

São muitos os estudos desenvolvidos sobre a saúde mental, o que se ressalta a alta carga de morbidade não só em relação aos custos individuais, aos prejuízos na qualidade de vida, a diminuição da capacidade produtiva dos trabalhadores como também em relação aos custos sociais, danos monetários pra aos cofres públicos e privados na medida em que aumentamos os gastos do sistema de saúde. Esse foi um dos fatores que a principio me chamou a atenção para desenvolver um estudo, em segundo posso dizer que foram as minhas observações feitas na clientela que buscava um tratamento ou uma orientação no meu consultório. Foi percebido que os mesmos eram trabalhadores da área de saúde tendo um número mais significativo para aqueles que trabalhavam em serviços substitutivos (caps), observou-se que, estes, apresentavam vários sintomas psiquiátricos sem, contudo ser possível fechar um diagnóstico nosográfico ou nosológico específico. Os sintomas mais freqüentes estavam ligados aos transtornos de ansiedade, de depressão e por vezes de transtornos somatoformes, o que caracteriza os transtornos mentais comuns. Os transtornos mentais comuns têm uma prevalência entre 7% e 30% nos estudos realizados nos países desenvolvidos (CARVALHO, 2008).

Comecei então a tentar em loco saber o que se passava nestes ambientes? O que leva essas pessoas a apresentarem tantos sintomas psiquiátricos? E como fui convidado pela secretaria de saúde de João Pessoa para ministra um treinamento sobre saúde mental procurei conhecer um pouco mais da dinâmica de trabalho destes indivíduos.

Que o trabalho pode levar a doença mental, nós já sabíamos, algumas profissões trazem uma relação muito estreita entre o tipo de trabalho e a presença ou aparecimento de doença mental, era preciso observar então se havia realmente um nexos causal entre eles.

Para NOGUEIRA- MARTINS, (1991); KOVÁCS, (1992); MELEIRO, (1999 citado por CABANA; LUDERMIR; SILVA; FERREIRA; PINTO, 2007) “As condições de trabalho dos médicos, como privação do sono e sobrecarga de trabalho, além do estresse de lidar com doença, dor e morte cotidianamente, têm sido apontadas como fator de risco para a saúde mental deles”

Em relação às práticas desenvolvidas no âmbito da enfermagem em saúde mental, onde a assistência prestada ao usuário decorre diretamente do desempenho de quem a executa, o bem estar físico e psicológico desses profissionais é imprescindível para que ocorra um

trabalho de qualidade. Os sintomas psiquiátricos não se limitam exclusivamente a profissionais de área médica ou enfermagem, aparecem em todos aqueles que executam atividades que envolvem um alto grau de contato emocional com outras pessoas.

Os estudos de epidemiologia psiquiátrica têm crescido muito nos últimos anos, tais estudos segundo Lima (1999) tem servido para se ter uma compreensão mais ampla da ocorrência e do curso dos transtornos mentais, sua consequência direta e indireta com prejuízo no funcionamento individual, familiar e social do indivíduo portador do transtorno mental.

A partir de 2001 com a lei federal – 10216 de 6 de abril, os serviços substitutivos criados naquele momento passariam a ter uma importância enorme na política de saúde mental instituída pelo ministério da saúde, com isso a procura por profissionais capacitados no mercado para trabalhar neste novo serviço passou a tomar uma grande importância, era preciso encontrá-los e também treiná-los, contudo no construto desses serviços vem a contramão dos processos básicos do trabalhador, tais como: planejamento salarial, não reposição de pessoal, jornadas de trabalho extenuante, além de uma não adaptação do indivíduo ao novo campo de trabalho podendo ocasionar uma estresse no ambiente de trabalho (bornout).

O nível de estresse a que esses trabalhadores estão submetidos, as condições muitas vezes desfavoráveis, a sobrecarga de trabalho e a não motivação leva esses trabalhadores às situações de doença, com sintomas de ansiedade e depressão (CORDEIRO, 2001)

A reforma psiquiátrica instituída no Brasil veio a colocar os serviços substitutivos como a “única forma digna de tratamento do doente mental “em detrimento ao hospital psiquiátrico, que, se dizia ser, obsoleto e ineficaz ao tratamento do doente mental, porém não se observou o que seria a diminuição de leitos, a dificuldade de oferecer atendimento de urgência em hospital geral o que tornou a prática dos atendimentos uma realidade rápida e de difícil resolução imediata, transformando os trabalhadores dos serviços substitutivos em agentes ativos no combate à emergência psiquiátrica, que não deveria ser atendida nos caps.

A reforma não observa a regionalidade e as particularidades das cidades se constituem num padrão de serviços substitutivos com as mesmas características dos hospitais anteriores, obviamente que mudaram os agentes e mudaram os atores.

O trabalho realizado nessas instituições é em equipe, de caráter interdisciplinar onde ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes do trabalho, pois a mudança de paradigma imposta pela reforma psiquiátrica, criar novos dispositivos de atendimento, exigindo um investimento em capacitação e formação desses profissionais e também

proporcionando uma revisão sobre saúde mental e ressocialização dos indivíduos atendidos pelo serviço.

Diante de tudo o que foi colocado a presente trabalho tem como objetivo geral analisar a frequência dos transtornos mentais comuns em trabalhadores dos CAPS na Paraíba.

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram: (1) a escala Self Reporting Questionnaire (SRQ- 20), que possui 20 questões, com a finalidade de observar os sintomas de transtornos mentais comuns, desenvolvido pela Organização Mundial de saúde e validado no Brasil por Mari e Willians; e (2) um inventário sócio-demográfico composto por 14 questões.

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

### 2.1 SAÚDE MENTAL

Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, autonomia, competência, dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Na perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De modo geral, porém, concorda-se quanto ao fato de que saúde mental é algo mais do que a ausência de transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Segundo a Organização mundial de saúde (OMS), saúde não é simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, mas significa um estado completo de bem-estar físico, mental e social, essa definição ganhou um foco mais nítido em virtude de enormes progressos nas ciências biológicas e comportamentais (MEDEIROS 2005).

Devido ao desenvolvimento do conceito de saúde mental e da criação de manuais para a classificação dos transtornos, acredita-se que atualmente cerca de 450 milhões de pessoas sofrem transtornos mentais ou comportamentais, mas apenas uma pequena minoria delas recebe mesmo o tratamento mais básico. Os transtornos mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo. Esse crescente ônus vem a representar um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos econômicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

### 2.2 ASPECTOS GERAIS DO TRANSTORNO MENTAL COMUM

Na psiquiatria os estudos epidemiológicos, realizados em sua maioria nos países ocidentais, indicam que 90% da morbidade psiquiátrica encontrada referem-se a distúrbios não – psicóticos. (GOLDBERG E HUXLEY, 1992 citados por CERCHIARI; CAETANO; FACCENDA, 2005). Porém, devido às várias questões conceituais e metodológicas

imbricadas no diagnóstico dos distúrbios não – psicóticos especialmente as que se referem à distinção entre depressão e ansiedade, alguns estudos têm utilizado categorias diagnósticas mais amplas, designando-as por morbidade psiquiátrica menor (MPM) (MARI, 1987), Transtornos Mentais Comuns (TMC) (COUTINHO, 1995; FACUNDES, 2002; FACUNDES E LUDERMIR, 2005; LUDERMIR, 2000) e Problemas Psiquiátricos Menores (PPM) (BENVEGNÚ, DEITOS, E COPETTE, 1996 citados por CERCHIARI; CAETANO; FACCENDA, 2005).

Tendo ainda como base os autores acima essas terminologias referem-se a sintomas ansiosos, depressivos e somatoformes, com elevada prevalência na população geral adulta e diagnosticados em pelo menos um terço dos pacientes de atendimento em serviços primários de saúde.

Para a OMS os chamados Transtornos Mentais Menores (TMM) acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados e os transtornos mentais graves, cerca de 5 a 10% %. NO Brasil, segundo estatísticas do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), referentes apenas aos trabalhadores com registro formal, os transtornos mentais ocupam a terceira posição entre as causas de concessão de benefício previdenciário como auxílio doença, afastamento do trabalho por mais de 15 dias e aposentadorias por invalidez (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001 citado por JACQUES, 2003).

Ainda sobre a prevalência dos transtornos mentais não psicóticos, um importante dado é que os quadros depressivos têm representado o terceiro problema de saúde em mulheres nos países desenvolvidos e o quinto em países subdesenvolvidos, depois de causas maternas e de algumas doenças transmissíveis. Estes transtornos ainda contribuem para um terço dos dias perdidos por doença no trabalho e um quinto de todas as consultas de atenção primária. Pacientes com transtornos mentais menores apresentam também taxas de mortalidade mais elevadas e prejuízos importantes nas funções sociais e físicas (BHUGRA, 1993; COUTINHO, 1995 citados por LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003).

O termo Transtorno Mental Comum (TMC) foi criado por Goldberg e Huxley (1992) esses transtornos não configuram uma entidade clínica específica que possa ser descrita em manuais nosológicos. Caracteriza-se por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. O TMC apesar de inicialmente não ser grave, causa enorme sofrimento, pois pode estar associado a alguma incapacidade e por isso pode ser o responsável pelo absentismo e dificuldades no trabalho (CARVALHO, 2008).

De acordo com (SANTOS, 2002 citado por MARAGNO e cols., 2006) os transtornos mentais comuns (TMC) são sintomas que não preenchem os critérios formais para o diagnóstico de depressão e/ou ansiedade, mas esses sintomas proeminentes trazem uma incapacitação funcional comparável ou até pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos, tendo como base os critérios de classificação do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – IV – TR) e da Classificação Internacional de Doenças (CID – 10). Seguindo ainda os pressupostos do autor acima, os indivíduos que apresentam um quadro clínico do TMC em geral, não procuram a assistência necessária e muitas vezes, quando procuram são subdiagnosticados, dessa forma, não recebem o tratamento adequado.

Os TMC são mais frequentes em mulheres, velhos, negros e nos separados ou viúvos. Tem se verificado também a associação dos TMC com os eventos vitais produtores de estresse, com o baixo apoio social e com variáveis relativas às condições de vida e trabalho tais como baixa escolaridade, menor número de bens duráveis, condições precárias de moradia, baixa renda, desemprego e informalidade nas relações de trabalho (LIMA, BÉRIA, TOMASI, CONCEIÇÃO, MARI (1996); LUDERMIR, MELO FILHO, (2002); POWER, MANNOR, FOX (1991); SANTANA, LOORNIS, NEWMAN, HARLOW (1997); LUDERMIR, LEWIS (2003) citado por COSTA; LUDERMIR, 2005).

Talvez a maior dificuldade em se avaliar o papel dos determinantes sociais na iniciação e curso dos distúrbios psiquiátricos repouse na possibilidade de causalidade bidirecional associada a estes eventos. Fatores ambientais desfavoráveis estão sabidamente associados ao aparecimento e/ou à maior severidade no curso de grande parte dos distúrbios psiquiátricos. Por outro lado, a doença mental pode provocar uma série de prejuízos sociais na vida do indivíduo, como baixo nível educacional, desemprego, ruptura de relações pessoais, problemas de saúde graves, etc. Portanto, distinguir fatores de risco de efeitos adversos constitui um dos grandes desafios da área da psiquiatria, psicologia entre outras ciências afins (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003).

Em um estudo transversal desenvolvido no nordeste Olinda-PE em 1993, onde os TMC foram associados a condições de vida e inserção na estrutura ocupacional, apontou uma prevalência de 35% em adultos a partir de 15 anos de idade (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002 citado por CABANA, 2005).

De acordo com Pitta (1994 citado por CARVALHO, 2008) os TMC constituem uma dimensão de fenômenos psicopatológicos, dos transtornos de humor, ansiosos e somatoformes. E o interesse sobre esse construto é crescente, têm-se realizados estudos para mensurar a magnitude dos TMC em varias profissões, inclusive em profissionais de saúde nos

quais se observaram prevalência de TMC entre 12,9% e 45,5% revelando o risco da insalubridade mental associado ao ambiente hospitalar.

As discussões atuais sobre a definição e conceitos de ansiedade tanto como um sintoma, quanto uma patologia (Transtornos de Ansiedade), envolvem aspectos multifatoriais, de caráter somático ou cognitivo. Normalmente, pode-se manifestar em circunstâncias que denotem algum perigo eminente originado por uma situação ameaçadora em específico ou, simplesmente, por alterações em nosso meio ambiente, relacionadas no processo de desenvolvimento econômico, social e cultural. No que diz respeito ao aspecto cognitivo, as reações e/ou sintomas podem ser caracterizadas por sentimentos subjetivos como apreensão, tensão, medo, tremores indefinidos, impaciência e entre outros; no aspecto somático compreendem-se alterações fisiológicas nos diversos sistemas do organismo, como taquicardia, vômitos, diarreia, cefaléia, insônia e outros. Estes sintomas não são prejudiciais ao organismo, na verdade são benéficos; a função da ansiedade é protegê-lo e não prejudicá-lo. No entanto, podem adquirir contornos patológicos e variar em frequência, duração ou intensidade, de pessoa para pessoa (BARROS, 1996; HART; LEARY; REJESKY, 1989; HETEM; GRAEFF, 2004; DEL-BEM, 2004 citados por ARAÚJO; MELLO; LELTE, 2007).

Outro fator que pode aparecer vinculado aos transtornos ansiosos é a dificuldade de concentração, acarretando prejuízo no desempenho de tarefas, comportamentos de esquia e isolamento social, o que terá como resultado o comprometimento, em variados graus, da vida pessoal, social e laboral. Muitos indivíduos, acometidos por esses transtornos, podem passar a desempenhar atividades aquém de sua capacidade, desistem de tarefas que exijam desafios, ou abandonam-nas e vivem, desde então, em um nível de sofrimento constante. Os transtornos de ansiedade atingem a população geral, nas mais variadas categorias socioeconômicas, com maior prevalência nas mulheres e geralmente, em indivíduos acima de 18 anos de idade. Fatores genéticos, ambientais e de experiências vividas de caráter sofrido, durante o desenvolvimento da personalidade, parecem estar associados à ansiedade clínica (CARVALHO, 2008, p.17).

Os transtornos do humor incluem os transtornos que têm como característica predominante uma perturbação no humor. O grande grupo de transtornos do humor está dividido em alguns subgrupos, o primeiro grande subgrupo consiste dos transtornos depressivos ou unipolares nos quais a depressão é o principal sintoma. O segundo subgrupo maior consiste dos transtornos bipolares, nos transtornos bipolares a depressão é também um sintoma proeminente, mas ela alterna com mania. Em um segundo nível dos transtornos do humor, encontramos padrões de sintomas que duraram pelo menos dois anos e são como os transtornos depressivos e bipolares, porém menos severos. A forma menos severa do

transtorno depressivo é conhecida como transtorno distímico e a forma menos severa do transtorno bipolar é chamada de transtorno ciclotímico (HOLMES, 1997).

Dentre os transtornos do humor a depressão apresenta maior prevalência segundo a Organização mundial de Saúde (OMS) que identificou a depressão como uma das doenças que mais matam no mundo. A estimativa da OMS é de que a depressão passe para o segundo lugar em 2020, perdendo apenas para as doenças do coração (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A depressão é caracterizada por uma alteração patológica do humor e apresenta um grande contingente de sintomas que podem incluir sentimento de tristeza, auto depreciação, desvalia, abandono, culpa, desesperança, idéias de suicídio, apatia, incapacidade de sentir prazer e mesmo uma angústia que suplanta qualquer experiência humana normal e possui um caráter emocional extremamente doloroso, além destes sintomas, pode geralmente aparecer alterações físicas como distúrbios de sono, de apetite, da função sexual, perda ou ganho de peso e retardo ou agitação psicomotora. É freqüente a ocorrência de outros sintomas físicos, tais como obstipação intestinal, indigestão, urgência miccional, dificuldade respiratória e dor (BORSONELLO; SANTOS; SCHMIDT; ANDRADE, 2002).

Para Dalgalarro (2000 citado por CABANA, 2005) a depressão caracteriza-se, por vários sintomas afetivos, como tristeza, choro fácil apatia, angústia e ansiedade, sintomas instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos. Os sintomas neurovegetativos caracterizam-se por fadiga, cansaço fácil e constante, desânimo, constipação, palidez, pele fria, diminuição de libido. Já os sintomas ideativos dizem respeito ao pessimismo, idéias de arrependimento e de culpa, idéias de morte e suicídios. Os sintomas cognitivos estão representados pelo déficit de atenção e concentração, déficit secundário de memória e dificuldade de tomar decisões.

Uma alta prevalência de suicídio, depressão, estresse, burnout, uso de substâncias psicoativas (medicamentos, álcool e outras drogas), distúrbios conjugais e disfunções profissionais em médicos, assim como altos índices de estresse e depressão em residentes e pós-graduandos de medicina, têm sido descritos na literatura (TOEWS e cols., 1997; NOGUEIRA-MARTINS; JORGE, 1998; CENTER e cols., 2003; CMA, 2003; FIRTH-COZENS, 2003; THOMAS, 2004). Estima-se que 10 a 12% dos médicos têm ou virão a ter problemas de natureza psicológica e psiquiátrica. Alguns grupos são considerados de maior risco para o desenvolvimento de transtornos emocionais e disfunções profissionais (MARTINS, 2006).

Glina e Rocha (2000 citados por RAMMINGER, 2002) apontam que a relação entre episódios depressivos e trabalho pode ser sutil, mas geralmente estão relacionadas com decepções sucessivas em situações de trabalho frustrantes, exigências excessivas de desempenho e perdas acumuladas ao longo de anos de trabalho, características também presentes no trabalho junto aos pacientes psiquiátricos.

Os transtornos somatoformes, também presentes no TMC, não apresentam equivalência orgânica ou mecanismos fisiológicos conhecidos que explique os sintomas descritos, o que significa sintomas físicos sem uma base orgânica identificável (LAZARRO; ÁVILA, 2004).

Segundo Pitta (1994), no ambiente hospitalar observa-se uma prevalência de TMC de 12,9% a 45.5%%, esse estudo mensurou a prevalência em profissionais de várias áreas inclusive de saúde.

O impacto sócio - econômico referente aos transtornos somatoformes é alto para a saúde pública, existe uma sobrecarga nos sistemas do atendimento sanitário, é grande o absenteísmo e normalmente os indivíduos acometidos por esse transtorno não aceitam que suas queixas sejam de origem psíquica. Os sintomas físicos são múltiplos, recorrentes e frequentemente mutáveis.

Não podemos esquecer é claro dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, (WHO, 1985 citado por RAMMINGER, 2002) estimam índices de 30% de TMC e de 5 a 10% de transtornos mentais graves na população trabalhadora ocupada.

As ações implicadas no ato de trabalhar podem atingir o corpo dos trabalhadores, produzindo disfunções e lesões biológicas, mas também reações psíquicas às situações de trabalho patogênicas, além de poderem desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições do trabalho desempenhado pelo trabalhador.

Freqüentemente, o sofrimento e a insatisfação do trabalhador manifestam-se não apenas pela doença, mas nos índices de absenteísmo, conflitos interpessoais e extra trabalho. Os fatores relacionados ao tempo e ao ritmo de trabalho são muito importantes na determinação do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho. Jornadas de trabalho longas, com poucas pausas destinadas ao descanso e/ou refeições de curta duração, em lugares desconfortáveis, turnos de trabalho noturnos, turnos alternados ou turnos iniciando muito cedo pela manhã; ritmos intensos ou monótonos causam, com freqüência, quadros ansiosos, fadiga crônica e distúrbios do sono. Os níveis de atenção e concentração exigidos para a realização das tarefas, combinados com o nível de pressão exercido pela organização do trabalho, podem gerar tensão, fadiga e esgotamento profissional ou burnout (traduzido para o português síndrome do esgotamento profissional ou estafa) (BRASÍLIA 2001).

Logo podemos esquematizar os TMC tomando como base o construto acima.

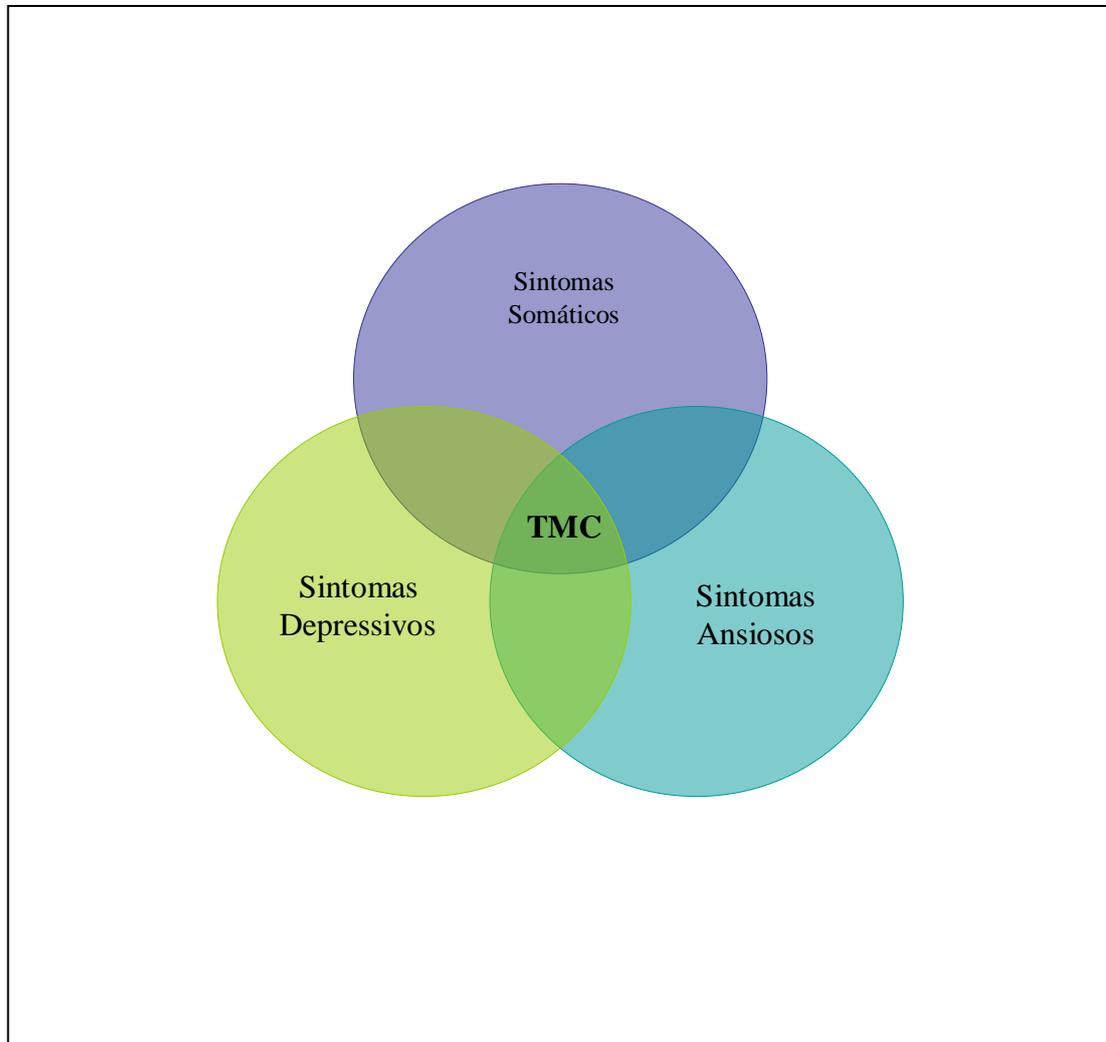


FIGURA 1 Diagrama de apresentação dos TMC.

### 2.3 SAÚDE MENTAL E TRABALHO

O trabalho é uma atividade que pode ocupar grande parcela do tempo de cada indivíduo e do seu convívio em sociedade. Dejours (1992 citado por TRIGO, TENG; HALLAK, 2007) afirmava que o trabalho nem sempre possibilita realização profissional. Pode, ao contrário, causar problemas desde insatisfação até exaustão.

Segundo Ramminger (2002) a origem da palavra trabalho denota uma dupla condição, primeira como uma atividade que envolve sofrimento e em segundo como uma atividade que

trás realização, pois, a palavra latina trapalium denomina um instrumento de três peças que era utilizada tanto como instrumento agrícola como instrumento de tortura. O referencial teórico que fundamenta o entendimento sobre a saúde do trabalhador é um conjunto de conhecimentos provenientes de diversas disciplinas, como medicina social, saúde pública, saúde coletiva, clínica médica, medicina do trabalho, sociologia, epidemiologia social, engenharia, psicologia, entre tantas outras que, aliadas ao saber do trabalhador sobre seu ambiente de trabalho e suas vivências das situações de desgaste e reprodução, estabelece uma nova forma de compreensão das relações entre saúde e trabalho e propõe uma nova prática, de atenção à saúde dos trabalhadores e intervenção nos ambientes de trabalho.

Os transtornos psicológicos na população em geral e na força de trabalho são preocupantes devido ao aumento de sua prevalência e aos altos custos sociais. Para (BABA e cols, 1999 citado por MANETTI; MARZIALE, 2007) os profissionais mais suscetíveis aos problemas da saúde mental são aqueles que interagem, a maior parte do tempo, com indivíduos que necessitam de ajuda, como as enfermeiras, os professores, assistentes sociais, psicólogos, médicos e entre outras profissões.

Nas pesquisas realizadas por (ABREU, 2002; PEREIRA, 2001 citado por MARCEDO, 2005) em profissionais da saúde, verificou-se um alto índice de estresse ocupacional e síndrome de burnout, especialmente entre médicos, enfermeiros e psicólogos.

Dessa forma para a definição de um caso psiquiátrico, o indivíduo normalmente deve apresentar um número crítico de sintomas vinculado a um determinado referencial durante um intervalo de tempo também crítico. Isso é imprescindível, uma vez que muitos estados transitórios de disfunção psíquica ou estresse podem remeter espontaneamente, e, portanto, não devem ser considerados como transtornos mentais (GOLDBERG; HUXLEY, 1992 citado por CARVALHO, 2008).

As condições à que estão expostos os trabalhadores do caps, podem ser vistas de modo semelhante ao que acontece com indivíduos expostos a estresse intenso como na síndrome de Burnout, porém para a enumeração dos fatores de risco para o desenvolvimento do burnout, são levadas em consideração quatro dimensões: a organizacional, o indivíduo, o trabalho e a sociedade. Fatores relacionados ao surgimento e desenvolvimento do burnout nas organizações são: burocracia (excesso de normas); falta de autonomia (impossibilidade de tomar decisões sem ter de consultar ou obter autorização de outrem); Normas institucionais rígidas; Mudanças organizacionais frequentes (alterações frequentes de regras e normas); Falta de confiança, respeito e consideração entre membros de uma equipe; Comunicação ineficiente; Impossibilidade de ascender na carreira, de melhorar sua remuneração, de

reconhecimento de seu trabalho, entre outras; O ambiente físico e seus riscos, incluindo calor, frio e ruídos excessivos ou iluminação insuficiente, pouca higiene, alto risco tóxico e até de vida; Outros fatores: acúmulo de tarefas por um mesmo indivíduo; Convívio com colegas afetados pela síndrome. Características individuais: tipo de personalidade com características resistentes ao estresse ou hardness; Locus de controle interno; Locus de controle externo; Auto-estima; Autoconfiança; Auto-eficácia; Super-envolvimento; Indivíduos pessimistas, Indivíduos perfeccionistas, Indivíduos com grande expectativa e idealismo em relação à profissão; Indivíduos controladores; Indivíduos passivos; Gênero; Nível educacional; Estado Civil. Fatores relacionados ao trabalho e o desenvolvimento do burnout: Sobrecarga (quantidade ou qualidade excessiva de demandas que ultrapassam a capacidade de desempenho, por influência técnica, de tempo ou de infra-estrutura organizacional); Baixo nível de controle das atividades ou acontecimentos no próprio trabalho; Baixa participação nas decisões sobre mudanças organizacionais; Sentimentos de injustiça e de iniquidade nas relações laborais; Trabalho por turnos ou noturno; Precário suporte organizacional e relacionamento conflituoso entre colegas; Tipo de ocupação; Relação muito próxima e intensa do trabalhador com as pessoas a que deve atender; Responsabilidade sobre a vida de outrem; Conflitos de papel; Ambigüidade de papel. E fatores sociais: falta de suportes sociais e familiares; Manutenção do prestígio social em oposição à baixa salarial que envolve determinadas profissões; Valores e normas culturais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998 citado por TRIGO; TENG; HALLAK, 2007).

É preciso perceber que a saúde do trabalhador esta muito mais ligado ao que se pode ver em relação ao binômio trabalho doença profissional, como nexos causais diretos onde um dano físico, uma perda de membro, uma perda de acuidade visual ou auditiva, todos esses ligados diretamente à atividade laborar que se pode verificar, por exemplo, no ambiente de trabalho. No que diz respeito à dinâmica do trabalho podemos encontrar também resistência em relação ao ambiente de trabalho, ou o contrário podemos encontrar uma situação onde o trabalho torna-se inofensivo à saúde física, nestes locais parece que não há motivos para adoecer, ou seja, todo adoecimento do trabalhador tende a ser visto como um caso isolado, sem relação possível com a sua ocupação, portanto os trabalhadores expostos a riscos ambientais ou não podem apresentar características que não se pode mensurar da forma causa-efeito, então estes sujeitos não tem sua condição médica bem definida. Os fatores relacionados ao ambiente de trabalho, aspectos psicossociais do indivíduo relacionados a áreas da cognição, neurofisiologia, psicológica, emocional e social são prejudicadas (RAMMINGER, 2002).

A profissionalização feminina iniciada no século 19 ocorreu relacionada aos papéis femininos tradicionais, dessa forma a mulher permanece ligada as atividades de cuidar, educar e servir, entendidas como dom ou vocação. No que diz respeito ao gênero existe uma caracterização cultural e social de papéis sexuais estabelecidos pela sociedade que define como devem ocorrer as relações homem – mulher, homem – homem, mulher – mulher e não necessariamente, apenas, a relação homem – mulher. A construção dos papéis direciona a escolha profissional, estabelecendo que a mulher, atendendo ao condicionamento recebido na infância escolha uma carreira condizente com a sua condição feminina, como professora, secretária, enfermeira, assistente social, psicóloga, dentre outras, que são consideradas por muitos como pouco qualificadas e competitivas no mercado de trabalho (APERIBENSE; BARREIRA, 2008).

#### 2.4 REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Nesta revisão bibliográfica passamos a relatar de forma cronológica de fatos os acontecimentos ocorridos no processo de reforma da saúde mental dita “reforma psiquiátrica”, pois, haja vista, mesmo em sua página oficial na internet o ministério da saúde citando a lei 10 216, que rege a saúde mental em nenhum de seus artigos, usa a denominação reforma psiquiátrica, o ministério da saúde opta por criar o nome reforma psiquiátrica, e o cria, para nós uma forma clara de imputar uma necessidade de reforma num ramo da arte médica, e não em uma estrutura de atenção aos portadores de patologia mental, portanto é de se ter uma posição crítica sobre esses fatos, mas não são só de forma ortográfica, mas que pesam sobre uma categoria que assim como os outros profissionais de saúde mental são agentes ativos na construção de um novo modelo de tratamento à doença mental. Partindo desse pressuposto básico, parto para uma “viagem ao histórico dessa reforma da saúde mental”. Farei um recorte do período de implantação ate os dias atuais da reforma, porém de forma sucinta, dado a amplitude do processo aqui estudado e o alcance limitado de um pequeno escrito pretendem apresentar os elementos básicos do que é a reforma da saúde mental brasileira e de seus acontecimentos capitais nas duas últimas décadas. Discutiremos em linhas gerais os antecedentes do processo vivenciado anteriormente e os seus desembaraços até os dias de hoje, que caracterizam esta reforma.

A verdadeira reforma psiquiátrica surge na revolução francesa de onde o médico francês, Philip Pinel, recebe a tarefa dos revolucionários de proceder à humanização e de dar uma condição terapêutica aos hospitais onde os “loucos” se encontravam, verdadeiros locais de prisão para os marginalizados da época.

*A história é conhecida e não cabe repeti-la aqui. Retomo apenas um episódio, contado pelo filho e biógrafo de Pinel, Scipion Pinel, e comentado, entre outros, por Foucault (1993, p. 460) e Serpa Jr. (1996, pp. 17-8). Reza a lenda que, em 1793, Couthon (uma das três maiores autoridades da revolução francesa, ao lado de Robespierre e Saint-Just) teria inspecionado pessoalmente o hospital de Bicêtre, recém-assumido por Pinel. Após os primeiros contatos com os loucos, Couthon teria dado por encerrada a inspeção, dizendo ao responsável: Ah! cidadão, você também é louco de querer desacorrentar tais animais? ... Faça o que quiser. Eu os abandono a você. Mas temo que você seja vítima de sua própria presunção. Ao que Pinel teria respondido: Tenho a convicção de que estes alienados só são tão intratáveis porque os privamos de ar e liberdade, e eu ousar esperar muito de meios completamente diferentes.. O gesto pineliano de desacorrentar os loucos para implementar meios completamente diferentes, mito de origem da psiquiatria, é o signo de que, desde a sua fundação, a ciência psiquiátrica nasceu como reforma. (TENÓRIO, 2002, p.25)*

Por outro lado se pensarmos também em outro contraponto desta reforma psiquiátrica Os anos 50 marcaram o surgimento de novas drogas e provocaram uma revolução na assistência psiquiátrica. Antabuse, Lítio, Clorpromazina, Imipramina e os Benzodiazepínicos foram inovações extraordinárias e abriu uma nova área de estudos, a psicofarmacoterapia. (WALMOR, PICCININI, 2000)

O aparecimento da CLORPROMAZINA, também foi um marco importante desta reforma, a introdução deste fármaco foi de tal valor, que mudou a evolução de doenças mentais como a esquizofrenia, a primeira referência na literatura medica surgiu em 13 de fevereiro de 1952, foi chamado de estabilizador neurovegetativo por um trabalho de Laborit e huguenard, franceses, foi 4560R. P, e seu uso inicial de deveu a Deniker O chefe da clínica de homens de Sainte-Anne- França, era o Dr. Pierre Deniker, que conseguiu amostras do 4560RP e experimentou em pacientes psicóticos, ficando surpreso com o resultado que demonstrou na enfermaria psiquiátrica de psicóticos ora povoada de pacientes extremamente agitados agora

ficara silenciosa, sem tumultos e fora comentário de atenções e de atenções. (WALMOR, PICCININI, 2000).

Conforme Moreira e Guimarães (2007) Delay foi um dos primeiros a encaminhar pacientes para a enfermaria de Deniker e junto com ele fizeram um marco na psiquiatria, Ao administrar esse composto, Laborit observou que os pacientes se declaravam “mais relaxados e calmos”, mostrando “desinteresse” frente ao estresse do período pré-operatório<sup>2</sup>. A partir dessas observações, foi sugerido o potencial uso da Clorpromazina como um “Tranqüilizante”. Os primeiros estudos clínicos com esse medicamento foram realizados por Jean Delay e a Pierre Deniker, em Paris, com resultados bastante positivos, pois o novo fármaco restaurava significativamente a qualidade de vida dos pacientes psiquiátricos. Na década de 1950, enquanto iniciava-se a utilização da Clorpromazina na Europa, a Reserpina era introduzida na clínica na América do Norte. Porém, à Reserpina restaria “apenas” o interesse histórico e a utilidade como ferramenta farmacológica, sendo a Clorpromazina considerada o primeiro dos antipsicóticos. No seu mecanismo de ação como antipsicótico foi sugerida a hipótese dopaminérgica, que funcionaria como bloqueador de receptores dopaminérgicos, cujos médicos que a utilizavam estavam observando melhora significativa nos estados de agitação maníaca e nas psicoses agudas, o uso espalhou-se no mundo inteiro marcando uma segunda “Revolução na Psiquiatria”

O processo histórico da psiquiatria é muito rico e como se não nos lembrássemos da revolução mais próxima de nós na década de 80 com a psiquiatria biológica, A Psicofarmacologia tornou-se parte integral da psiquiatria, iniciada com a descoberta do primeiro neurotransmissor por Otto Loewi, a acetilcolina, A Radiologia e diagnóstico por imagem foram utilizados pela psiquiatria por volta de 1980. Em 1988, foram desenvolvidos vários psicofármacos, começando com a fluoxetina, conhecida como Prozac, uma série de antidepressivos baseados na teoria monoaminérgica, conhecidos como Inibidores seletivos da recaptação de serotonina. Em 1995, genes que contribuía para a esquizofrenia, foram identificados no cromossoma 6 e genes para o distúrbio bipolar nos cromossomas 18 e 21.

Então foi esse o substrato claro da mudança de processo de tratamento baseado na clara concepção de que a psiquiatria teria sim que sofrer uma revolução, e sofreu, principalmente baseando-se nesses fatos acima descritos, mas voltando a dita “reforma psiquiátrica” brasileira passamos também aqui a contar um pouco dessa historia até a chegada dos CAPS, que será o nosso objeto de estudo.

Que era preciso mudar a forma como se tratava a doença mental e o doente mental, já se sabia a reformulação da instituição de cuidados em psiquiatria e saúde mental já não era tão eficaz, segundo Tenório (2002)

*“Na virada do século XX, a reforma passou a se orientar pela crítica à insuficiência do asilo, produzindo, por exemplo, o modelo das colônias agrícolas. Também a consolidação da estrutura manicomial do Estado na era Vargas deu-se como um desafio reformista, e o fugaz movimento da psiquiatria comunitária, entre os anos 60 e os 70, é outra iniciativa do reformismo no campo da saúde mental. no Brasil. Qual é, então, a novidade deste processo datado que chamamos hoje de reforma psiquiátrica?” (p.33)*

Então era preciso mudar, devia se levar em conta o doente mental, principalmente os psicóticos, e proporcionar um tratamento que levasse em conta todas as dimensões, objetivas do indivíduo como trabalhar, manter um local de moradia, alimentar-se, etc., até as subjetivas como as relações sociais, interpessoais, e suas vivências subjetivas. Era preciso saltar para uma psiquiatria renovada deslocando o processo de terapêutica da estruturação meramente patológica para o portador da doença mental, incorporar saberes, incorporar procedimentos outros de outras linhas de pensamento de outros profissionais e de outras preocupações, a psiquiatria então se acosta de outras profissões e de outros profissionais para dar ao paciente psiquiátrico uma nova conceituação de tratamento, um novo modelo assistencial, mas não mudando a condição da existência da doença mental e sim modificando a forma to tratamento, não se trata de mudar o conceito da doença mental, sobretudo do ponto de vista psicopatológico, mas de se agregar formas de tratamento mais eficazes ao doente mental, não se pode reduzir a doença mental à condição de doença social, isso jamais.

No histórico, a "Reforma Psiquiátrica brasileira", se constituiu num movimento histórico, idealizado por um grupo que tinha uma característica de ser influenciada pelo "movimento sanitário", nos anos 70, que estava em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. (ministério da saúde -2005), foi também um processo de caráter político, social e econômico, em que um dos objetivos primordiais era de desinstitucionalizar o doente mental com conseqüente desestruturação do manicômio e de seus paradigmas, a substituição do hospital e de seu serviço de atendimento por uma pratica

terapêutica onde o doente seria atendido em serviços substitutivos, e que, desde o seu surgimento até os dias de hoje vem sendo objeto de discussão entre os profissionais da saúde, e em toda a sociedade,

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (MS- 2005).

A reforma psiquiátrica brasileira se realiza em uma complexa e sistemática política pública unidas em leis e portarias ministeriais, leis estaduais e municipais. Essa transformação compreende uma modificação no atendimento ao usuário, redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos, e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária ou desnecessária, impulsiona a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio – reabilitação psicossocial e inclui assistência de saúde mental para os detentos do sistema penitenciário. Em outras palavras, a reforma formula criar condições e institui novas práticas terapêuticas visando à inclusão do usuário em saúde mental na sociedade e na cultura, possibilitando o pensamento sobre um novo modo de tratar com a questão dos manicômios judiciários; dispõe sobre assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica e asseguram medicamentos básicos de saúde mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde que disponham de atenção em saúde mental etc. (BERLINCK, MAGTAZ, TEIXEIRA, 2008).

Ainda seguindo a linha de pensamento dos autores acima a legislação brasileira determina que o direito ao serviço de saúde a toda pessoa portadora de patologia mental, sem distinção de cor, raça, religião, condições financeiras, sexo, etc., portanto os serviços substitutivos têm em sua essência acolher e tratar a todos os que dele precisarem. Atualmente no Brasil existem mais de 1.000 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS regulamentados, em sua estrutura e funcionamento, pela Portaria do Ministério da Saúde n. 336, de 19 de fevereiro de 2002.

De acordo com a lei 10.216, Artigo 3º é responsabilidade de o estado desenvolver política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que

ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (SENADO FEDERAL, 2001).

Para atender a essa demanda o Ministério de Saúde nas portarias n.º 189/91 e 224/92, normatizam de forma detalhada as formas de assistência pública para os transtornos mentais, através de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e de ambulatórios de saúde mental em unidades sanitárias. No espírito destas portarias, os casos agudos a internar seriam encaminhados a alas psiquiátricas em hospitais gerais e a pequenos hospitais especializados em psiquiatria, com leitos rotativos. (BRASIL, 2001, p.55)

Essas mudanças provocaram um crescimento na área da saúde mental, e tem como consequência a busca por profissionais mais capacitados e especializados. (WHO, 2001 citado por MARCO; CÍTERO; MORAES; NOGUEIRA-MARTINS, 2008), os profissionais dos CAPS, devem ser profissionais com especialização no trato com o doente mental, que tragam algo além de sua experiência no hospital, algo que não condiz com o serviço substitutivo, mas, no entanto, o que vemos é que os CAPS são formados por uma “junção de profissionais”, por vezes de mesma afinidade políticos ou apadrinhados das prefeituras que se juntam e formam um CAPS, embora o ministério da saúde envie verbas regulares para treinamentos e aperfeiçoamentos, é preciso dimensionar, inclusive sob portaria ministerial e disciplinar quem deve de fato fazer parte da equipe CAPS, afinal se o modelo é substitutivas e novas pessoas com paradigmas novos e com capacitação em suas áreas de atuação devem fazer parte deste serviço, no que infelizmente não, não é o comum.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concerto, designado como seu “território”. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. O significado aqui adotado sobre território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam,

com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco, etc.). Essa noção de território busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

Segundo Rabelo (2006) o Brasil com a extensão territorial que tem e com as diversas nuances de suas regiões, cidades, vilarejos, bairros e ruas proporciona a cada instituição substitutiva (CAPS) se adequar, o que caracteriza os seus atendimentos voltados às necessidades e peculiaridades de cada região, esse fator possibilita que a rede de atendimento à saúde mental seja desenhada para tentar diminuir o máximo possível essas diferenças, tentando atingir ao máximo possível as pessoas que sofrem de transtorno mental, sua família, amigos e interessados.

Ainda tendo como base os pressupostos do autor acima citado a rede de apoio é constituída de diversos seguimentos, descritos a seguir: recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.); recursos sanitários (serviços de saúde), recursos sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.); recursos econômicos (dinheiro, previdência etc.) e por fim recursos culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços em relação ao cuidado e na reabilitação psicossocial do indivíduo. O que se percebe é que o CAPS deve articular impreterivelmente na rede de serviços de saúde e que também precisa das outras redes, como por exemplo, a rede social e de outros setores a fins.

## REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



Fonte: Ministério da Saúde, 2004, p. 11

As modalidades de atendimento no CAPS constituem um universo de prática, que visa dar suporte ao paciente em crise, envolvendo não só o tratamento clínico, mas uma compreensão da situação que o circunda, com intervenções que têm por objetivo assegurar sua reinserção no contexto social e familiar. O CAPS é composto por uma equipe interdisciplinar (psiquiatras, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, auxiliares de enfermagem, monitores sociais) (ANTUNES, QUEIROZ, 2007).

Os CAPS apresentam diferenças quanto ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais que lá atuam diversidade nas atividades terapêutica, quanto à demanda específica, (criança e adolescente, usuários de drogas e outras substâncias ou pessoas com transtornos psicóticos e neuróticos graves). Em relação aos tipos de CAPS: CAPS I e CAPS II

os atendimentos realizados nessas instituições é diário na população adulta e tratam os transtornos mentais severos e persistentes, o CAPS III são para atendimento diário e noturno de adultos durante os sete dias da semana tratando de transtornos mentais severos e persistentes, CAPSi é um serviço de atendimento a crianças e adolescentes, o atendimento é diário e tratam dos transtornos mentais, CAPSad atendem aos usuários de álcool e drogas o atendimento é diário à população com transtorno decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas, esse tipo de CAPS possuem leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação (BRASÍL, 2004).

Os CAPS, como um todo devem ter a condição de atender aos seus pacientes em regime diário, deve centrar a atenção de suas ações terapêuticas no paciente e seus familiares, promover a inserção social, promover ações que levem a uma melhora da condição de vida do paciente com esporte, cultura, educação, lazer, oferecer supervisão e atenção a rede de saúde básica como o PSF, ser o agente regulador da porta de entrada da assistência em saúde mental na área de atuação, manter um cadastro dos pacientes usuários de psicofármacos, e intervir na lista de medicamentos a serem ministrados, devem ter uma estrutura mínima de recursos físicos como consultórios individuais, salas de atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitórios, sanitários, áreas externas para oficinas, recreação e esportes. As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004)

<p>CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes</p> <p>Funciona das 8 às 18 horas</p> <p>De segunda a sexta-feira</p>
<p>CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes</p> <p>Funciona das 8 às 18 horas</p> <p>De segunda a sexta-feira</p> <p>Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas</p>
<p>CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes</p> <p>Funcionam 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana</p>

<p>CAPSi – municípios com população acima de 200.000 habitantes</p> <p>Funciona das 8 às 18 horas</p> <p>De segunda a sexta-feira</p> <p>Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas</p>
<p>CAPSad – municípios com população acima de 100.000 habitantes</p> <p>Funciona das 8 às 18 horas</p> <p>De segunda a sexta-feira</p> <p>Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas</p>

Quadro 1. Demonstrativo da equipe mínima de profissionais para o CAPS

Fonte: Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial, 2004, p.19

As atividades desenvolvidas neste espaço são bastante diversificadas, oferecendo atendimentos em grupos e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, arte-terapia, além da medicação, que antes era considerada a principal forma de tratamento. (MIELKE; KANTORSKI; JARDIM; OLSCHOWSKY; MACHADO, 2009).

Para Ferrer (2007) nesse novo campo de atuação os profissionais são levados a todo o momento a reflexões sobre suas práticas e a construção diária do cotidiano do serviço. Pois a relação entre profissionais e usuários, no modelo psicossocial, envolve o sujeito em sua complexidade, o que demanda a construção de projetos terapêuticos individualizados, que busquem a produção de saúde e um olhar voltado para todas as dimensões do sujeito.

Sabe-se que o despreparo dos profissionais da saúde, as condições físicas e psicológicas precárias, baixos salários, pressões políticas e administrativas podem afetar diretamente o desempenho destes profissionais e sua qualidade de vida. Sabe-se também que as licenças médicas para afastamento ou para justificar faltas ao trabalho são frequentes e nestas geralmente as queixas indicam condições psicossomáticas, porém o que aparece é um diagnóstico orgânico (MACEDO, 2005).

O trabalhador do Caps é o mesmo trabalhador que estava no hospital, a desinstitucionalização do doente mental, quebrando muros baseado na simples retirada do aparato hospitalar e substituindo-o pelos serviços do caps pode ser deveras perigoso, pois estariam assim colocando o doente mental em crise e necessitado de ajuda técnica capacitada com proteção para ele e para os outros como um indivíduo relegado a própria sorte de contar

com acolhimento no hospital cada vez mais carente de vagas, na outra ponta em confronto com isso o trabalhador do CAPS, tentando estabelecer meios de lutar contra a condição patológica do paciente e o seu modo de manifestação, sobre isso se estabelece uma relação conflituosa entre o que fazer com a crise emergencial, sobretudo a crise psicótica e a estrutura do caps que não prevê o tratamento emergencial (RABELO e cols 2006).

<b>Tipos de profissionais que trabalham nos CAPS – Equipes mínimas</b>
<p><b>CAPS I</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental</li> <li>• 1 enfermeiro</li> <li>• 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico</li> <li>• 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão</li> </ul>
<p><b>CAPS II</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 médico psiquiatra</li> <li>• 1 enfermeiro com formação em saúde mental</li> <li>• 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico</li> <li>• 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão</li> </ul>
<p><b>CAPS III</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 médicos psiquiatras</li> <li>• 1 enfermeiro com formação em saúde mental</li> <li>• 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior</li> <li>• 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão</li> </ul>
<p><b>CAPSi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental</li> <li>• 1 enfermeiro</li> <li>• 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo,</li> </ul>

<p>assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão</li> </ul>
<p>CAPSad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 médico psiquiatra</li> <li>• 1 enfermeiro com formação em saúde mental</li> <li>• 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas</li> <li>• 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico</li> <li>• 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão</li> </ul>

Quadro 2. Demonstrativo da equipe mínima de profissionais para o CAPS

Fonte: Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial, 2004, p.26

A realidade dos CAPS paraibanos parece não é diferente das do Brasil, existem duas grandes dificuldades: de acordo com as portarias 336 e 189 de 2002, incluíram a presença do “medico generalista treinado”, em saúde mental substituindo a exigência da portaria 189/91 e224/92 que exigia o psiquiatra, isso para possibilitar, segundo o MS, o CAPS de municípios menores, a primeira dificuldade é relacionada com a presença de médicos generalistas que, em sua maioria não tem tempo para o CAPS, pois trabalham em outras atividades no município e fazem um atendimento sem compromisso apenas ligado à burocracia do serviço, sem realmente implantar uma clinica psiquiátrica de qualidade aos pacientes em regime semi-intensivo ou intensivo, e o que dizer dessas capacitações que proliferam no país afora com cargas horárias exíguas e de forma descompromissada ligada principalmente ao monetário e nunca a capacitação técnica, seria essa capacitação boa, de qualidade para lidar com o doente mental em toda a sua complexidade?

Nestes serviços é sempre necessário um diagnóstico clinico psiquiátrico objetivo e correto, sobretudo para definir as estratégias de tratamento nos mais diversos modelos terapêuticos ofertados pelos CAPS.

A segunda dificuldade diz respeito ao arsenal terapêutico existente e de como fazer para utilizá-lo de forma correta e sem incorrer em iatrogenias, haja vista que quando não se tem o conhecimento técnico necessário para se medicar se recorre ao que é mais comum e fácil esquecendo a qualidade do tratamento e a individualidade do paciente.

Deve-se, sobretudo avaliar a presença de um consultor técnico especializado para que possa ser realmente o CAPS um local seguro de tratamento do doente mental com o que se pressupõe de mais importante preceito da medicina, tratar com dignidade, conhecimento, técnicas novas e seguras além de capacitação profissional permanente.

Investigações sobre condições de trabalho médico, com privação de sono e sobrecarga horária de trabalho, além do stress de lidar com doença, dor e morte constantemente têm sido apontados como fator de risco para a saúde mental do mesmo. (NOGUEIRA MARTINS, 1991; KOVÁCS, 1992; MELEIRO, 1998 citado por CABANA, 2005).

No que diz respeito ao trabalho com portadores de transtornos mentais ainda temos muito que avançar nas relações de trabalho daqueles que se ocupam desse ofício.

Salientado por RAMMINGER, (2005) a ética que rege tais relações, não se destaca daquela que regula a relação com a loucura nestas instituições, pois a lógica manicomial se sustenta no tratamento moral que institui a obediência como modo de relação, desautorizando a invenção e prescrevendo comportamentos, a autora conclui que a subversão desta lógica somente se faz efetiva se é capaz de subverter também o modo hierarquizado, autoritário e prescritivo que historicamente moldou a constituição das equipes de trabalho no campo da saúde mental.

“Não há resgate de cidadania, há na verdade uma diferenciação de se representa a loucura, se os profissionais que com ela trabalham não forem eles também, respeitados em suas diferenças reconhecidos como sujeitos do seu trabalho” (PALLOMBINI, 2003 citado por RAMMINGER, 2005, p.120.)

Antes tínhamos a luta frontal, direta, com os limites que o muro do hospital impunha libertar o outro que estava lá dentro enquanto, nós continuávamos os mesmos, com serviços alternativos a questão se modifica: os espaços são os mesmos enquanto nós estamos sujeitos a esse outro. Surge então, a necessidade de produzir novos conhecimentos para sustentar a loucura fora, fora da clausura (MORAES, 2000, citado por RAMMINGER, 2005, p.116).

Portanto a “reforma psiquiátrica” é um processo em transformação constante onde o aprendizado dos trabalhadores com os pacientes é feito na medida da experiência diária e do contato diário com o paciente e suas características pessoais sofrendo à ação do grupo ao qual esta inserido.

### **3 OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GERAL**

Analisar a frequência de transtornos mentais comuns em trabalhadores dos CAPS da Paraíba.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar a existência dos transtornos mentais comuns de acordo com o sexo do participante.

Verificar a existência de transtornos mentais nos mais diversos profissionais da equipe multidisciplinar, considerando a variável tipo de profissão.

Pontuar a relação entre as variáveis religião, tempo de serviço e nível de satisfação com a presença dos transtornos mentais comuns em profissionais da saúde mental (CAPS).

Identificar a existência dos transtornos mentais comuns em profissionais do CAPS com histórico de problemas mentais na família.

## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

A presente dissertação trata-se de um estudo descritivo transversal quantitativo. As pesquisas descritivas têm como objetivo central à descrição das características de determinada população ou fenômeno (GIL, 2007), neste sentido salienta-se que se teve a intenção de analisar a frequência de transtornos mentais comuns em uma população de trabalhadores em saúde mental, observa-se a distribuição por idade, sexo, profissão, estado de saúde.

### 4.2 ÁREA DE CAPTAÇÃO

A amostra do estudo foi escolhida de forma aleatória escolhendo os municípios que tivessem maior volume de atendimento de pacientes, conforme conveniência do pesquisador e que contemplassem, as regiões geográficas do estado como o litoral, brejo e sertão, para que pudessemos pesquisar as diversas realidades do estado da Paraíba, desde a capital até a cidade de Sousa no alto sertão da Paraíba, e escolhendo também as cidades circunvizinhas a estes pólos, foram escolhidos então como pólos: João Pessoa, Campina Grande, Guarabira e Sousa.

O universo de estudo é determinado pela equipe multidisciplinar e que é composta por (1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, 6 profissionais de nível médio: técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão) conforme Brasília (2004). É claro que essa estrutura de profissionais admite alterações, pois será moldada conforme a necessidade de cada centro, no presente estudo nos deparamos com municípios onde as equipes se resumiam a pouco mais de dois técnicos como foi o caso de Belém, ou que “no momento”, não dispunham de médico, esta foi a realidade encontrada onde as equipes são exíguas e que não corresponde nem a equipe mínima de trabalho.

Os municípios do estudo representam, assim como em alguns locais do Brasil, equipes mínimas de funcionários, que determinam o funcionamento por vezes precário de sua estrutura, com um mínimo de profissionais e cada vez menos qualificados, haja vista são

poucos os profissionais dos CAPS neste estudo com especialização e ou formação para o atendimento aos pacientes com doença mental, porém, foi pesquisada toda a população de funcionários destes CAPS, tendo a população de 100% destes sido pesquisada.

### 4.3 AMOSTRA

A amostra desta investigação foi obtida pela totalidade de funcionários dos CAPS de João Pessoa, Bayeux, e Santa Rita, Guarabira, João Pessoa Valentina, Pedras de Fogo, Campina Grande, Sousa, Conde, Bananeiras, Solânea, Belém e Sapé.

Foram analisados 98 (noventa e oito) profissionais da saúde mental, distribuídos em 13 (treze) grupos:

Grupo 1 - G1 (Bayeux):	Composto por 8 profissionais
Grupo 2 - G2 (Santa Rita):	Composto por 8 profissionais
Grupo 3 - G3 (João Pessoa):	Composto por 10 profissionais
Grupo 4 - G4 (Guarabira):	Composto por 5 profissionais
Grupo 5 - G5 (João Pessoa- Valentina):	Composto por 7 profissionais
Grupo 6 - G6 (Pedras de Fogo):	Composto por 5 profissionais
Grupo 7 - G7 (Campina Grande):	Composto por 20 profissionais
Grupo 8 - G8 (Sousa):	Composto por 11 profissionais
Grupo 9 - G9 (Conde):	Composto por 6 profissionais
Grupo 10 - G10 (Bananeiras):	Composto por 3 profissionais
Grupo 11 - G11 (Solânea):	Composto por 6 profissionais
Grupo 12 - G12 (Belém):	Composto por 2 profissionais
Grupo 13 - G13 (Sapé):	Composto por 7 profissionais

TABELA 1

Descrição da amostra. Frequência e porcentagem dos profissionais por CAPS (N=98)

Participantes	Psiquiatra		Psicólogo		Assistente Social		Enfermeiro		Técnico	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Santa Rita	1	1,02	2	2,04	0	0	2	2,04	3	3,06
Bayeux	1	1,02	2	2,04	1	1,02	1	1,02	3	3,06
João Pessoa	1	1,02	3	3,06	1	1,02	1	1,02	4	4,08
Guarabira	1	1,02	2	2,04	1	1,02	1	1,02	0	0
Valentina (João Pessoa)	0	0	1	1,02	2	2,04	1	1,02	3	3,06
Pedras de Fogo	1	1,02	2	2,04	1	1,02	1	1,02	0	0
Campina Grande	0	0	2	2,04	2	2,04	1	1,02	1	15,30
Sousa	1	1,02	1	1,02	3	3,06	0	0	6	6,12
Conde	0	0	2	2,04	1	1,02	0	0	3	3,06
Bananeiras	0	0	1	1,02	1	1,02	1	1,02	0	0
Solânea	1	1,02	2	2,04	2	2,04	1	1,02	0	0
Belém	0	0	0	0	1	1,02	1	1,02	0	0
Sapé	1	0	0	0	0	0	1	1,02	4	4,08
TOTAL	8	8,16	20	20,42	16	16,33	18	18,36	3	36,73
									6	

#### 4.4 INSTRUMENTOS

Os participantes responderam a um questionário auto-administrado distribuído pelo pesquisador, contendo as medidas necessárias para atender os objetivos para esta pesquisa: o questionário *Self Reporting Questionnaire – 20* (SRQ – 20) e um questionário sócio-demográfico.

Descreve-se a seguir as duas medidas utilizadas neste estudo:

*Self Reporting Questionnaire – 20* (SRQ – 20). Originalmente o SRQ é composto por 30 itens (HARDING, 1989), no entanto na presente investigação foi utilizada a versão com 20 itens para rastreamento de transtornos mentais comuns, a escolha deve-se a utilização da referida versão em vários países com contextos culturais diferentes. Conforme Gonçalves, Maffasioli e Kapczinski (2008) o SRQ está recomendado pela OMS para estudos comunitários e em atenção básica à saúde, principalmente nos países em desenvolvimento, por preencher os critérios de facilidade de uso e custo reduzido.

A escolha deste instrumento de mensuração ocorreu levando em consideração um escrutínio sistemático do histórico psicométrico do SRQ. O número de itens, os critérios de adaptação ao nosso idioma e validação, duração de aplicação e o método de administração foram critérios estabelecidos para a escolha.

No que tange as propriedades psicométricas, sensibilidade e especificidade para a detecção de casos positivos de transtorno mental comum, foram encontrados na literatura resultados satisfatórios (GONÇALVES, STEIN, KAPCZINSKI, 2008), neste sentido não se fez necessária a preocupação com o processo de validação do SRQ.

Trata-se, portanto, de um instrumento de rastreamento e não diagnóstico, composto por 20 itens. Construído para mensuração de sintomas dos transtornos mentais comuns, com ênfase em sintomas físicos e emocionais. As respostas são dicotômicas (tipo: sim e não). Cada um dos 20 itens pode apresentar como score: zero ou um, que indicam, respectivamente, ausência ou presença do sintoma nos últimos 30 dias, assim a pontuação final pode variar de zero a vinte.

Vários foram os estudos (Tabela 1) realizados para a análise psicométrica do SRQ – 20. O ponto de corte utilizado, no presente estudo, foi de 7/8 – sensibilidade = 86,33% e especificidade = 89,31%, conforme orientação da literatura brasileira mais recente (GONÇALVES, STEIN, KAPCZINSKI, 2008).

**TABELA 2**Análise sistemática de estudos psicométricos do *Self Reporting Questionnaire*

Autor(es) e ano	Ponte de corte	Sensibilidade	Especificidade
Harding et al. (1980) <sup>1</sup>	5-11	73% - 83%	72% - 85%
Dhadphale et al. (1982) <sup>1</sup>	7/8	89,7%	95,2%
Mari e Williams (1985) <sup>1</sup>	7/8	83%	80%
Sen et al (1987) <sup>1</sup>	11/12	79%	75%
Kortmann e Ten Horn (1988) <sup>1</sup>	8/9		
Grupo psiquiátrico		77%	44%
Grupo somático		63%	68%
Grupo controle		0%	100%
Deshpande et al. (1989) <sup>1</sup>	8/9	62,9%	62%
Aldana et al. (1990) <sup>1</sup>	3/4	70%	70%
Penayo et al. (1990) <sup>1</sup>	7/8	81%	58%
Sallech (1990) <sup>1</sup>	5/6	84,2%	83,7%
Araya et al. (1992) <sup>1</sup>	9/10	74%	73%
Carta et al.(1993) <sup>1</sup>	7/8	90%	70%
El-Rufade e Absood (1994) <sup>1</sup>	5/6	78,3%	75,2%
Gonçalves et al. (2008)	7/8	86,33%	89,31%
Chen et al. (2009)	6/7	93%	62%

<sup>1</sup> Dados informados por OMS (1994).

**Questionário sócio-demográfico.** Composto por 14 itens que forneceram os dados de identificação e caracterização dos profissionais investigados, incluindo as variáveis de interesse para a pesquisa como sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, tempo de serviço, salário.

#### 4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA

A coleta de dados foi realizada pelo próprio pesquisador nos determinados períodos, entre fevereiro e outubro de 2009, após realizar diversos contatos com os responsáveis pela

coordenação dos CAPS, com o objetivo de comunicar a finalidade da pesquisa e organizar o melhor horário que no caso foi à reunião com a equipe multidisciplinar e a equipe técnica, pois assim todos os funcionários estariam no local de trabalho no dia da coleta de dados.

Após serem prestadas todas as orientações sobre a pesquisa, os participantes liam o termo de conhecimento livre e esclarecido e caso concordassem, o assinavam. Os questionários foram preenchidos, sob a supervisão direta do autor que permaneceu no local para prestar os devidos esclarecimentos. Os questionários foram distribuídos dentro de envelopes padronizados e lacrados, ao termino cada funcionário depositava os questionários respondidos e dentro do envelope em uma caixa de madeira dessa forma garantia confidencialidade do processo.

#### 4.6 CUIDADOS ÉTICOS

A investigação realizada apresenta risco mínimo para os participantes conforme as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde, resolução 196/95. Vale ressaltar, no entanto que o projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) obtendo sua aprovação, optou-se pela UFPB considerando o fato que a realização da pesquisa ter sido em território paraibano.

Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre esclarecido contendo as informações necessárias acerca do estudo, após receber completa descrição dos procedimentos a serem realizados, caracterizando a natureza voluntária da participação.

## 5 RESULTADOS

Neste tópico, os resultados serão apresentados levando-se em consideração os objetivos da presente investigação. Os dados obtidos com a aplicação dos questionários específicos foram aplicados a uma amostra de profissionais da área da saúde mental lotados em CAPS de Santa Rita, João Pessoa, Guarabira, João Pessoa – Valentina, Pedras de Fogo, Campina Grande, Sousa, Conde, Bananeiras, Solânea, Belém e Sapé. Estes dados foram informatizados em um arquivo eletrônico com a utilização do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 16 for Windows, o que possibilitou a análise estatística destes dados.

O objetivo principal, nesta investigação, é analisar a prevalência dos transtornos mentais comuns em trabalhadores dos CAPS do estado da Paraíba.

Considerando a importância de variáveis como sexo, idade, tempo de serviço no CAPS, religião, profissão, histórico de doença mental na família, histórico de doenças físicas, uso de medicação e nível de satisfação no trabalho, estas informações foram coletadas através de um questionário específico e analisadas relacionando-se com os resultados obtidos através do SRQ, caracterizando os objetivos específicos.

A taxa de resposta foi de 100%.

### *Análise descritiva das variáveis*

Noventa e oito profissionais participaram da investigação. A idade dos respondentes revela uma média é de 38 anos (DP=10), variando entre 22 e 63 anos.

Os dados revelam que 79% da amostra pesquisada são do sexo feminino, o que caracteriza uma tendência do setor, este dado corrobora a informação de pesquisas sobre profissões onde se destaca um maior número de mulheres em profissões como psicologia, serviço social e enfermagem.

Em relação à religião da amostra estudada, percebe-se que a maioria é de profissionais católicos 57,1% enquanto que 34,7% são evangélicos, 6,1% dizem não ter religião, e espíritas 2%. Na questão relativa ao estado civil, pode-se notar que a maioria (59,2%) dos respondentes são casados, 31,6% são solteiros, 7,1% são divorciados e que 2% são viúvos.

Em relação ao tipo de vínculo do profissional com o CAPS percebe-se que 61,2% são contratados, 29,6% são concursados e 9,2% mencionaram outro tipo de vínculo.

Em relação às variáveis: sexo, religião, estado civil e vínculo profissional não ocorreu diferença estatisticamente significativa entre os CAPS. Um quadro completo dos valores consoante à estatística descritiva das principais variáveis sociodemográficas da pesquisa pode ser verificada na Tabela 3, 4, 5 e 6.

TABELA 3

Caracterização da amostra. Estatística Descritiva das Variáveis Sócio-Demográficas (Sexo) em termos reais e percentuais (N=98).

CAPS	Sexo do Profissional Investigado			
	Masculino		Feminino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Santa Rita	2	25,0	6	75,0
Bayeux	1	12,5	7	87,5
João Pessoa	2	20,0	8	80,0
Guarabira	1	20,0	4	80,0
Valentina	1	14,3	6	85,7
Pedras de Fogo	1	20,0	4	80,0
Campina Grande	1	5,0	19	95,0
Sousa	5	45,5	6	54,5
Conde	1	16,7	5	83,3
Bananeiras	0	0	3	100,0
Solânea	2	33,3	4	66,7
Belém	1	50,0	1	50,0
Sapé	1	14,3	6	85,7
Total	19	19,4	79	80,6

TABELA 4

Caracterização da amostra. Estatística Descritiva das Variáveis Sócio-Demográficas (Religião) em termos reais e percentuais (N=98).

		Religião				Total
		Católico	Evangélico	Sem religião	Espírita	
Santa Rita	<i>f</i>	3	5	0	0	8
	%	37,5%	62,5%	,0%	,0%	100,0%
Bayeux	<i>f</i>	2	6	0	0	8
	%	25,0%	75,0%	,0%	,0%	100,0%
João Pessoa	<i>f</i>	2	8	0	0	10
	%	20,0%	80,0%	,0%	,0%	100,0%
Guarabira	<i>f</i>	5	0	0	0	5
	%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Valentina (João Pessoa)	<i>f</i>	2	3	2	0	7
	%	28,6%	42,9%	28,6%	,0%	100,0%
Pedras de Fogo	<i>f</i>	5	0	0	0	5
	%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Campina Grande	<i>f</i>	15	1	2	2	20
	%	75,0%	5,0%	10,0%	10,0%	100,0%
Sousa	<i>f</i>	8	2	1	0	11
	%	72,7%	18,2%	9,1%	,0%	100,0%
Conde	<i>f</i>	1	5	0	0	6
	%	16,7%	83,3%	,0%	,0%	100,0%
Bananeiras	<i>f</i>	2	1	0	0	3
	%	66,7%	33,3%	,0%	,0%	100,0%
Solânea	<i>f</i>	5	0	1	0	6
	%	83,3%	,0%	16,7%	,0%	100,0%
Belém	<i>f</i>	1	1	0	0	2
	%	50,0%	50,0%	,0%	,0%	100,0%
Sapé	<i>f</i>	5	2	0	0	7
	%	71,4%	28,6%	,0%	,0%	100,0%
Total	<i>f</i>	56	34	6	2	98
	%	57,1%	34,7%	6,1%	2,0%	100,0%

TABELA 5

Caracterização da amostra. Estatística Descritiva das Variáveis Sócio-Demográficas (Estado Civil) em termos reais e percentuais (N=98).

CAPS		Estado Civil				Total
		Solteiro	Casado	Divorciado	Viúvo	
Santa Rita	<i>f</i>	3	5	0	0	8
	%	37,5%	62,5%	,0%	,0%	100,0%
Bayeux	<i>f</i>	2	6	0	0	8
	%	25,0%	75,0%	,0%	,0%	100,0%
João Pessoa	<i>f</i>	2	8	0	0	10
	%	20,0%	80,0%	,0%	,0%	100,0%
Guarabira	<i>f</i>	1	4	0	0	5
	%	20,0%	80,0%	,0%	,0%	100,0%
Valentina (João Pessoa)	<i>f</i>	2	4	1	0	7
	%	28,6%	57,1%	14,3%	,0%	100,0%
Pedras de Fogo	<i>f</i>	3	2	0	0	5
	%	60,0%	40,0%	,0%	,0%	100,0%
Campina Grande	<i>f</i>	7	9	2	2	20
	%	35,0%	45,0%	10,0%	10,0%	100,0%
Sousa	<i>f</i>	4	5	2	0	11
	%	36,4%	45,5%	18,2%	,0%	100,0%
Conde	<i>f</i>	1	5	0	0	6
	%	16,7%	83,3%	,0%	,0%	100,0%
Bananeiras	<i>f</i>	1	2	0	0	3
	%	33,3%	66,7%	,0%	,0%	100,0%
Solânea	<i>f</i>	1	3	2	0	6
	%	16,7%	50,0%	33,3%	,0%	100,0%
Belém	<i>f</i>	2	0	0	0	2
	%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Sapé	<i>f</i>	2	5	0	0	7
	%	28,6%	71,4%	,0%	,0%	100,0%
Total	<i>f</i>	31	58	7	2	98
	%	31,6%	59,2%	7,1%	2,0%	100,0%

TABELA 6

Caracterização da amostra. Estatística Descritiva das Variáveis Sócio-Demográficas (Vínculo Profissional) em termos reais e percentuais (N=98).

		Vínculo Profissional			Total
		Concursado	Contratado	Outro	
Santa Rita	<i>f</i>	2	5	1	8
	%	25,0%	62,5%	12,5%	100,0%
Bayeux	<i>f</i>	3	4	1	8
	%	37,5%	50,0%	12,5%	100,0%
João Pessoa	<i>f</i>	5	5	0	10
	%	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
Guarabira	<i>f</i>	2	3	0	5
	%	40,0%	60,0%	,0%	100,0%
Valentina (João Pessoa)	<i>f</i>	2	5	0	7
	%	28,6%	71,4%	,0%	100,0%
Pedras de Fogo	<i>f</i>	0	5	0	5
	%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
Campina Grande	<i>f</i>	4	14	2	20
	%	20,0%	70,0%	10,0%	100,0%
Sousa	<i>f</i>	4	6	1	11
	%	36,4%	54,5%	9,1%	100,0%
Conde	<i>f</i>	2	3	1	6
	%	33,3%	50,0%	16,7%	100,0%
Bananeiras	<i>f</i>	3	0	0	3
	%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Solânea	<i>f</i>	0	5	1	6
	%	,0%	83,3%	16,7%	100,0%
Belém	<i>f</i>	0	2	0	2
	%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
Sapé	<i>f</i>	2	3	2	7
	%	28,6%	42,9%	28,6%	100,0%
Total	<i>f</i>	29	60	9	98
	%	29,6%	61,2%	9,2%	100,0%

### ***Tempo de Serviço***

Na questão tempo de serviço observa-se uma média de 30 meses (DP=35), sendo estes, os profissionais vinculados aos CAPS investigados, são, 61,2% contratados, 29,6% concursados e 9,2% outros.

### ***Histórico de doenças e uso de medicação***

Do total da amostra, 4,15% revelou possuir diabetes e 16% hipertensão arterial, 1% hipotireoidismo, e 8% revelaram outras doenças, conforme os dados obtidos através do questionário, embora na pergunta apresenta algum tipo de doença física? 29,6% responderam que sim e 70,4% responderam que não. No quesito doença mental na família, 81,6% dos participantes mencionaram não ter histórico de doenças mentais na família e o mesmo ocorreu para o fato de possuir doença mental.

Em relação ao uso de medicação, observou-se que 32,73% da amostra usam algum tipo de medicamento. Destes 6,1% faz uso de fluoxetina, 11,5% de anticoncepcional e 3,1%, 1% fazem uso de risperidona, 2% fazem uso de rivotril, e 20,4% fazem uso de medicação para diabetes e hipertensão arterial.

### ***Insatisfação em relação ao trabalho***

No que se refere ao nível de insatisfação em relação ao trabalho que desenvolve no CAPS, foi solicitado aos participantes que atribuíssem uma nota de 0 (zero) a 10 (dez), neste sentido quanto mais próximo de 10 mais insatisfeitos estaria o profissional. Considerou-se 0 = totalmente satisfeito, 1 = freqüentemente satisfeito, 2 = às vezes satisfeito, 3 = raramente satisfeito, 4 = satisfeito, 5 = não sei informar, 6 = insatisfeito, 7 = raramente insatisfeito, 8 = às vezes insatisfeito, 9 = frequentemente insatisfeito, 10 = totalmente insatisfeito.

As notas variaram entre 0 (totalmente satisfeito) até 8 (às vezes insatisfeito), considerando que a nota 10 seria totalmente insatisfeito. Média de insatisfação = 3,06 (DP= 2,46) Os resultados revelaram que 5,1% da amostra optou pela nota 8 para o seu nível de insatisfação, 19,4% indicou nota 5, 22,4% nota 3, 9,2% nota 2, 7,1% nota 1 e 24,5% nota 0.

Destaca-se que os profissionais mais insatisfeitos foram os psicólogos e assistentes sociais ( $p=0,02$ ).

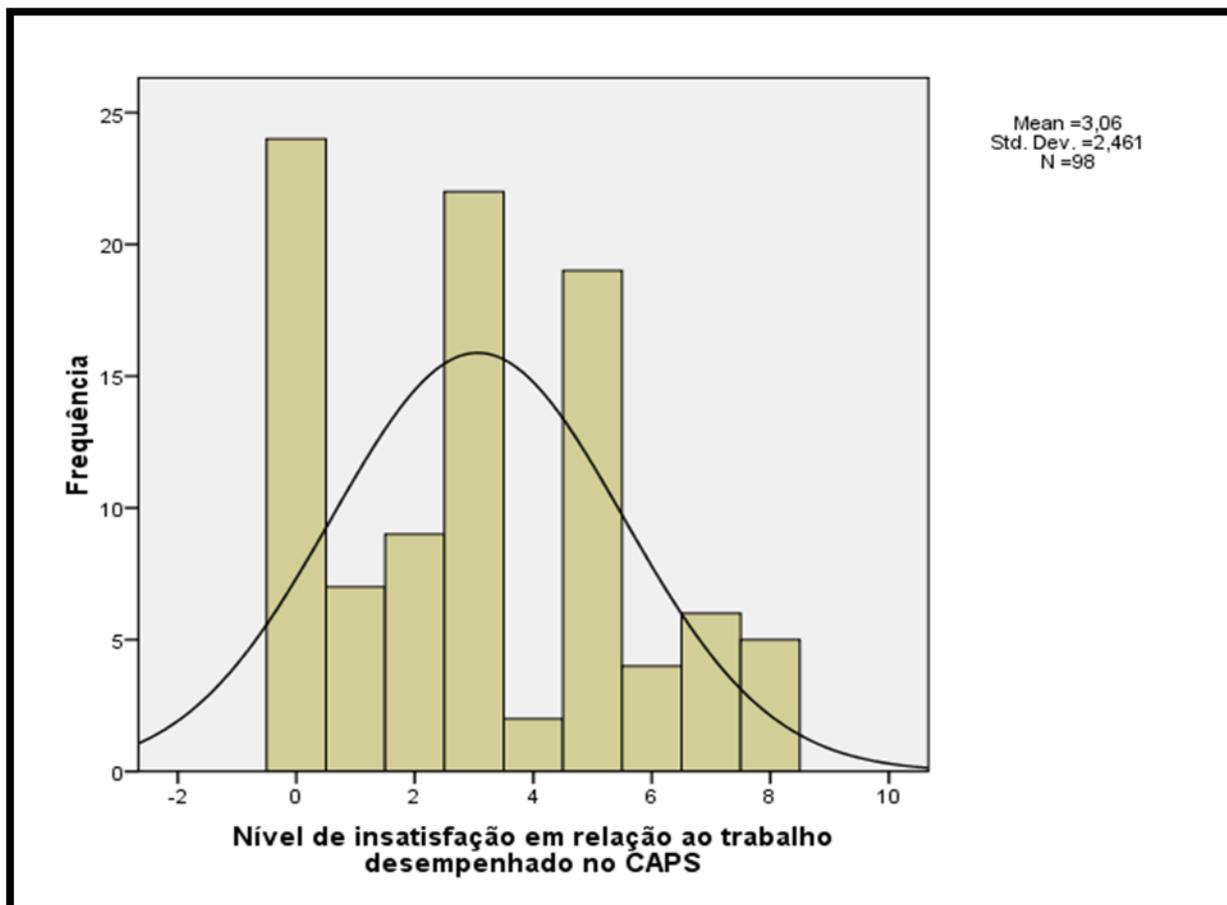


Figura 2. Histograma do nível de insatisfação em relação ao trabalho desempenhado no CAPS.

### *Análise dos resultados obtidos através do SRQ-20*

O escore médio para o SRQ -20 em toda a amostra foi de 2,93 (DP = 2,84). Do total da amostra 11 (11,2%) apresentaram pontuação superior ao ponto de corte do SQR 20, considerados, portanto indivíduos em risco para os transtornos mentais comuns. 10 mulheres estão acima do ponto de corte e apenas um (01) homem ultrapassou o ponto de corte. Não ocorreu diferença significativa quando observa-se a profissão, tendo em vista que em todos os grupos de profissionais ocorreu a presença de pelo menos um profissional com escore acima do ponto de corte.

A análise das respostas da amostra a cada item revela que 30,6% dos respondentes sentem dificuldade para tomar decisões, sendo este o item com a maior referência de positividade, em segundo lugar 38,5% da amostra refere-se ter se sentido triste ultimamente.

Revela-se que não ocorreu diferença estatisticamente significativa entre os grupos investigados (Santa Rita, João Pessoa, Guarabira, João Pessoa – Valentina, Pedras de Fogo, Campina Grande, Sousa, Conde, Bananeiras, Solânea, Belém e Sapé), também não ocorreu diferença significativa quando foi considerada a variável sexo, no entanto não foi verificada diferença significativa quando consideramos a profissão ( $p=0,02$ ).

TABELA 7  
 Percentagem de respostas aos itens.

Item	Positivo	Negativo
	%	%
Dores de cabeça	20,4	79,6
Falta de apetite	3,1	96,9
Dormir mal	23,5	76,5
Assusta-se com facilidade	13,3	86,7
Tremores na mão	6,1	93,9
Nervoso, tenso ou preocupado	37,8	62,2
Má digestão	16,3	83,7
Dificuldade de pensar com clareza	25,5	74,5
Sentimento de tristeza	23,5	76,5
Choro intenso	14,3	85,7
Dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias	11,2	88,8
Dificuldades para tomar decisões	30,6	69,4
Dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)	10,2	89,8
Incapacidade de desempenhar um papel útil em sua vida	2	98
Perdido o interesse pelas coisas	6,1	93,9
Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo	2	98
Ter a idéia de acabar com a vida	1	99
Cansado o tempo todo	13,3	86,7
Sensações desagradáveis no estômago	18,4	81,6
Cansa com facilidade	16,3	83,7

### *Local de trabalho e análise do resultado no SQR 20*

Como já fora anteriormente mencionado o SQR 20 foi utilizado nos municípios de Santa Rita, João Pessoa, Guarabira, João Pessoa – Valentina, Pedras de Fogo, Campina Grande, Sousa, Conde, Bananeiras, Solânea, Belém e Sapé em instituições (CAPS) diferentes. Foi possível constatar que a média obtida pelos profissionais do CAPS de Santa Rita foi 3,25; a média dos profissionais de Bayeux foi de 3,5 e dos profissionais de João Pessoa de 2,9, Guarabira de 3, de Valentina João Pessoa foi de 1,43, de Pedras de Fogo foi de 5,4, de Campina Grande foi de 2,9, de Sousa foi de 2,4, do Conde foi de 3,5, de Solânea foi de 3,5, de Belém foi de 3 e de Sapé foi de 2,29, (Tabela 7). Observa-se um perfil semelhante entre os profissionais de cada CAPS quando relacionado com os sintomas de transtornos mentais comuns, não ocorreu diferença estatisticamente significativa.

TABELA 8

Número médio e mediana de sintomas positivos para transtornos mentais comuns apresentados por profissionais da saúde mental em diferentes CAPS (o desvio padrão encontra-se em parênteses)

Local de trabalho	Média (desvio padrão)	Mediana	Variância	Amplitude
Santa Rita	3,25(2,9)	2,5	8,7	10
Bayeux	3,5 (3,02)	3,5	9,1	10
João Pessoa	2,9 (2,7)	2	7,4	10
Guarabira	3(2,3)	4	5,5	5
Valentina João Pessoa	1,43(0,97)	1	0,95	3
Pedras de Fogo	5,4(2,70)	5	7,3	9
Campina Grande	2,9 ( 2,80)	2	7,7	10
Sousa	2,4( 2,65)	2	7,07	9
Conde	3,5 (3,45)	2,5	11,7	10
Solânea	3,5 ( 4,37)	2	19,1	12
Belém	3 (2,82)	3	8	5
Sapé	2,29 ( 3,59)	1	12,90	10

*Análise dos sintomas de transtornos mentais leves de acordo com o sexo dos profissionais*

Na figura 4 verificam-se os dados obtidos através do SQR 20 de acordo com o sexo dos profissionais de saúde mental investigados. Destaca-se que a média obtida pelos profissionais do sexo masculino foi ligeiramente menor do que os do sexo feminino, a saber, 2,11 (DP=2,37) e 3,13 (DP=2,91) respectivamente (a diferença não é estatisticamente significativa;  $p=0,16$ ). Para os homens a pontuação no SQR variou entre 0 e 10, e nas mulheres entre 0 e 12, lembrar-se que a pontuação poderia variar entre 0 e 20.

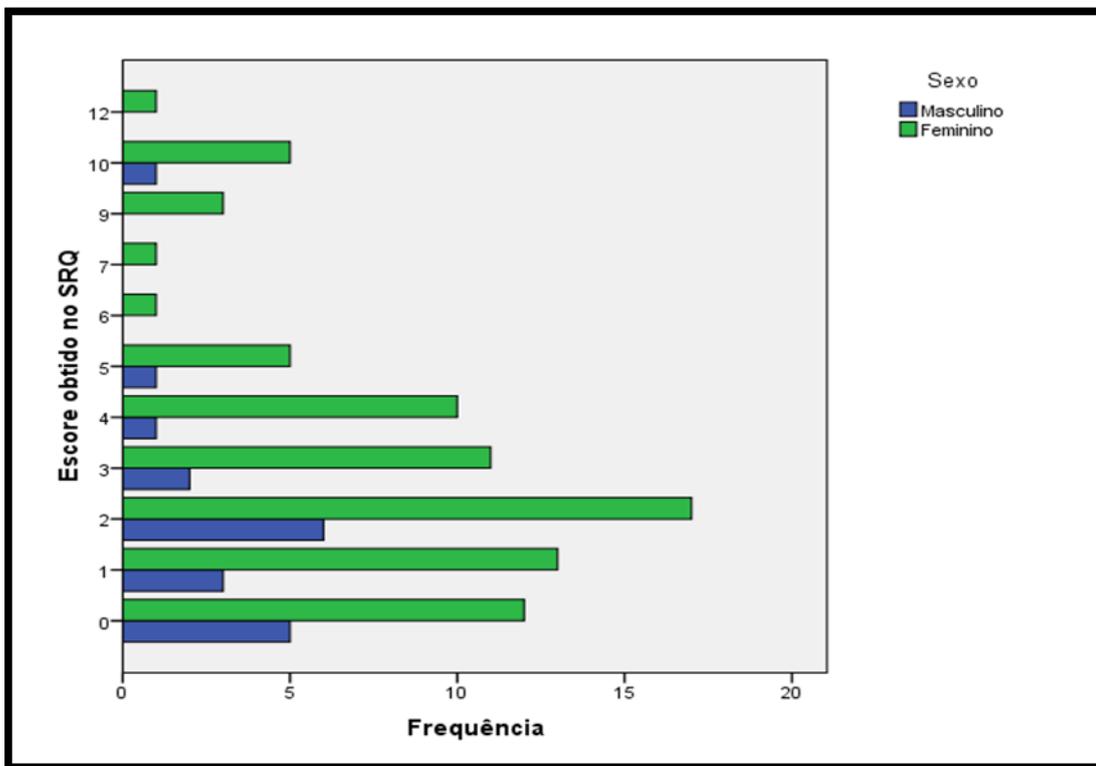


Figura 3. Análise do escore obtido no SQR 20 por sexo ( $p=0,16$ )

*Análise dos sintomas de transtornos mentais leves de acordo com a idade dos profissionais*

A idade dos participantes variou entre 22 e 63 anos. Observou-se que os profissionais da área de saúde mental com sintomas de transtornos mentais comuns estavam acima dos 35 anos, destaca-se que a diferença foi significativa ( $p=0,02$ ).

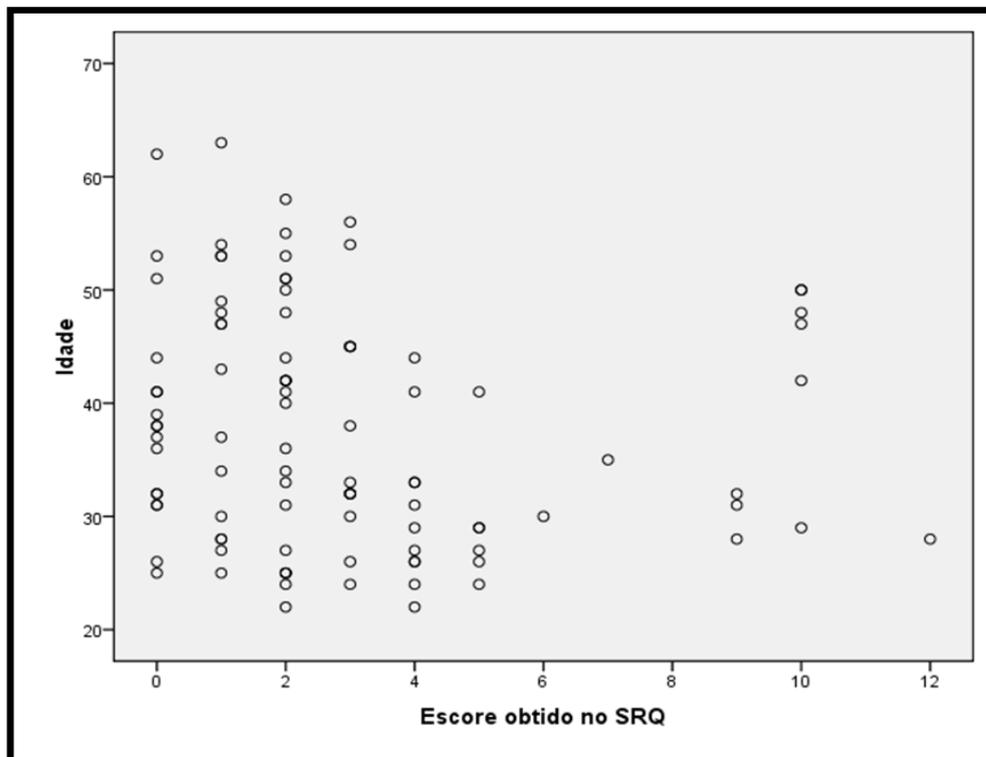


Figura 4. Análise do escore obtido no SQR 20 por idade ( $p=0,02$ )

***Análise dos sintomas de transtornos mentais leves de acordo com o tempo de serviço no CAPS e profissão***

Investigou-se as possíveis diferenças, na presença ou não de sintomas de transtornos mentais comuns, entre os profissionais dos CAPS investigados e o tempo de serviço. Essa investigação foi feita por meio da análise de variância (ANOVA). Pode-se conceber que os itens do SRQ-20 propõem afirmações de um tema específico, e requerem do sujeito uma resposta indicando sua concordância ou não com as afirmações. Portanto, o que está sendo medido, isto é, a variável dependente, é em essência, a concordância, em uma escala dicotômica, com as afirmações propostas. O escore de um profissional no SRQ-20 representa o perfil de concordância em relação aos sintomas de TMC. Conforme Primi (2000) a análise de perfil busca investigar se o perfil de subgrupos de sujeitos definidos em função de alguma variável de interesse do pesquisador é distinto. Neste sentido temos cinco grupos de profissionais comparando com a presença ou não de sintomas de TMC. Empregando esta análise o interesse versa sobre a existência de interações significativas entre as variáveis, de acordo com Primi (2000) tais efeitos, sendo significativos, indicam que o perfil de médias no SRQ -20 dependem do subgrupo sendo considerado.

Os resultados da ANOVA são apresentados na Tabela 8. Pode-se observar que o conteúdo a profissão tem maior efeito na concordância de presença de sintomas (58%).

TABELA 9

Resultado da ANOVA. Investigação do Efeito do Tipo de Profissão, Tempo de Serviço e Sintomas de Transtornos Mentais Comuns na concordância com os itens.

Fonte de Variância	SQ	Gl	MQ	F	P	Eta <sup>2</sup>
Entre Grupos						
Profissão	83,978	4	20,994	2,795	0,03	0,32
Tempo de serviço	269,043	28	9,609	1,291	0,19	
Intra sujeitos						
SRQ	782,500	97				
SRQ x Profissão	698,522	93	7,511		0,01	0,58
SRQ x Tempo de serviço	513,457	69	7,441			

Os resultados sugerem que os profissionais com mais tempo de serviço no CAPS tendem a apresentar um maior número de sintomas de transtornos mentais comuns.

Em relação à presença de histórico de saúde mental na família foi observado que os profissionais que ultrapassaram o ponto de corte no SRQ-20 também possuem histórico de problemas de saúde mental na família ( $p=0,02$ ).

Na análise de regressão logística múltipla, em que se verificaram os efeitos simultâneos das variáveis, mantiveram-se associadas no bloco sobre transtornos mentais comuns apenas a profissão e a idade, além da percepção de insatisfação no trabalho e uso de medicação para dormir.

## 6 DISCUSSÃO

OS CAPS de Bayeux, Santa Rita, João Pessoa, Guarabira, João Pessoa – Valentina, Pedras de Fogo, Campina Grande, Sousa, Conde, Bananeiras, Solânea, Belém e Sapé são reconhecidos como serviços de atenção em saúde mental ordenados pela lógica não manicomial, onde os recursos extra-hospitalares são o suporte de um modelo de tratamento centrado na relação terapeuta-paciente, sustentado pelo respeito aos direitos de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico, a exemplo do que acontece em outras localidades conforme SCHARANK e OLSCHOWSKY (2008).

Segundo estas autoras estes serviços orientam-se como modalidade definida na Portaria nº 336 de 2002, a qual determina que o CAPS II é um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atender uma população entre 70.000 (setenta mil) e 200.000 (duzentos mil) habitantes, com o funcionamento em dois turnos, das oito às 18 (dezoito) horas, cinco dias úteis na semana, podendo comportar um terceiro turno com funcionamento até as 21 (vinte e uma) horas. O serviço, com esta modalidade deve desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual, em grupo e oficinas, visitas domiciliares, atividades comunitárias e refeições para os usuários assistidos no serviço.

A equipe multiprofissional dos CAPS analisados é composta, atualmente, por psiquiatras, enfermeiras, técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogos e enfermeiros. O trabalho da equipe multiprofissional do CAPS é orientado de acordo com a interdisciplinaridade, ou seja, busca uma descentralização do saber e do poder pela divisão das responsabilidades, de acordo com a peculiaridade de cada profissão que compõe a equipe.

A participação no presente estudo foi elevada (100%), o que garante a validade interna dos resultados encontrados.

Os profissionais investigados estão na média de 30 meses no serviço, o que revela um dado importante de mudança de profissionais de forma precoce. Este dado pode comprometer o vínculo que se estabelece entre os usuários dos CAPS e os profissionais.

A distribuição da população estudada quanto às características sócio-demográficas, ou seja, o predomínio de mulheres adultas jovens, casadas, com escolaridade superior com especialização, e de religião católica e, é semelhante aos resultados encontrados em outras pesquisas no país. No entanto a média obtida através do SQR 20 foi maior nos profissionais mulheres, essa diferença não alcançou nível de significância estatística, divergindo com os resultados de Andrade e cols (1999).

De acordo com Ventevogel e colaboradores (2007) em estudo realizado no Afeganistão, as mulheres possuem maior índice de sintomas no SRQ-20, quando comparadas aos homens

O presente estudo mostrou que a média da pontuação obtida no SQR 20 pelos profissionais de saúde mental, funcionários dos CAPS Bayeux, Santa Rita, João Pessoa, Guarabira, João Pessoa – Valentina, Pedras de Fogo, Campina Grande, Sousa, Conde, Bananeiras, Solânea, Belém e Sapé são semelhantes à média obtida em outros estudos com profissionais de outras áreas como a jurídica e educacional.

Nenhuma das variáveis relacionadas às características sócio-demográficas, histórico de doença mental na família, religião e sexo apresentou associação estatística com a prevalência de transtornos mentais.

A prevalência de indivíduos em risco de apresentar transtornos mentais encontrada na amostra foi semelhante àquela encontrada em estudos realizados na população geral em outras localidades do país, reforçando a idéia que não existe correlação entre trabalhar em setores da saúde mental e a presença de sintomas de transtornos mentais comuns no CAPS investigados.

Considerando a faixa etária verificou-se que o grupo de risco encontra-se acima dos 35 anos, dado semelhante ao encontrado por Moutier e colaboradores (2009) em médicos-residentes. Moutier revela, em pesquisa com 155 médicos residentes, em faixa etária semelhante ao do presente estudo, que estes profissionais estão mais susceptíveis aos sintomas de transtornos mentais comuns.

Nos resultados verificamos os efeitos simultâneos das variáveis, manteve-se associadas no bloco sobre transtornos mentais comuns apenas a profissão e a idade, além da percepção de insatisfação no trabalho e uso de medicação para dormir.

A prevalência de indivíduos em risco de apresentar transtornos mentais encontrada na amostra e a relação com o uso de medicamentos para dormir também foi encontrada em outros estudos (LOAYZA e cols., 2001), reforçando o caráter preocupante do uso indiscriminado de medicação. A forte associação entre transtornos mentais e uso de medicamentos para alterações do sono pode ser explicada pelo fato de que a perda de sono é uma expressão freqüente desses distúrbios (GASPARIN; BARRETO, 2006)

Verificou-se, neste estudo, que pequena margem capacidade de tomar decisões na execução das atividades, que apesar de não apresentara associação estatística com o risco de apresentar transtornos mentais, é um dado relevante para o tipo de trabalho exercido pelos profissionais investigados, esses resultados são similares aos de outros estudos (LOPES;

FOERESTEIN; CHOR, 2003), reforçando a idéia do despreparo dos profissionais nesta área de atuação.

Andrade e cols. (1999) sugerem que as variáveis: religião e histórico familiar podem estar relacionadas com a presença de transtornos mentais comuns, entretanto, nesta investigação não foi encontrada associação entre transtornos mentais e as referidas variáveis. É possível que as variáveis selecionadas não tenham discriminado adequadamente os sintomas, mas também é razoável pensar que, na amostra estudada, existem outros fatores mais relevantes para a saúde mental dos profissionais do CAPS, no momento em que se realizou a pesquisa.

Os resultados do presente trabalho apresenta uma amostra satisfatória no que se refere aos CAPS do estado da Paraíba e previamente indicada, considerando que foram investigados todos os profissionais de cada CAPS escolhido para a investigação. Pesquisas futuras deverão aprofundar o conhecimento sobre as características dos transtornos mentais apresentados por essa população-alvo de profissionais de saúde mental dos CAPS, mediante uma amostragem de maior amplitude.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental de profissionais da saúde vem sendo estudada, com destaque para problemas como o abuso e dependência de substâncias psicoativas, a síndrome da sobrecarga de trabalho e estresse. Conforme foi verificado a literatura aponta que esses problemas não seriam exclusivos de médicos, sendo encontrados também entre profissionais que executam atividades envolvendo alto grau de contato emocional com outras pessoas, como é o caso particular dos profissionais da saúde mental. Além dos altos custos para os sistemas de saúde e para as famílias, o trabalho em saúde mental gera um ônus de pouca visibilidade – a sobrecarga dos profissionais.

Pesquisas demonstram o trabalho em saúde mental é potencialmente um fator de estresse e esgotamento, podendo afetar a qualidade da assistência e, em casos extremos, inviabilizar a continuidade dos serviços, no entanto é importante analisar se está sobrecarga é sentida diferentemente entre profissionais da saúde mental e profissionais dos mais diversos setores.

O objetivo deste trabalho foi analisar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) entre trabalhadores dos CAPs Bayeux, Santa Rita, João Pessoa, Guarabira, João Pessoa – Valentina, Pedras de Fogo, Campina Grande, Sousa, Conde, Bananeiras, Solânea, Belém e Sapé e associações com o perfil sociodemográfico e com as características do trabalho. Todos os 98 profissionais em atividade, trabalham entre 3 e 264 meses no mesmo local e setor.

O presente estudo mostrou que a prevalência dos transtornos mentais comuns é semelhante à encontrada na literatura mundial. 11,2% dos profissionais apresentaram transtorno mental comum, verificado pelo SRQ-20 e associações significativas foram observadas com tipo de trabalho, nível de satisfação, idade e uso de medicação para dormir.

Embora a amostra seja pequena, é significativa para afirmar que o trabalho nos CAPS, exige maior capacitação dos profissionais envolvidos, a mudança de trabalho constante, onde a permanência é normalmente de dois anos é um fator a ser avaliado entre estes profissionais, haja vista os vínculos com os pacientes do serviço são cada vez menores, o que torna os trabalhadores cada vez menos envolvidos com o paciente do CAPS.

Os dados demográficos não podem ser associados com fatores etiológicos ou precipitantes. A incidência se deu mais em homens, mas o gênero também não pode ser um fator de afirmação significativa.

Concluimos que o TMC é um conjunto de sintomas que freqüentemente permeia os trabalhadores, inclusive os dos CAPS, o que deve ser fruto de investigação e de cuidados por parte das secretarias de saúde dos estados e municípios a fim de poder proteger esses trabalhadores no seu campo de atuação, haja vista, são estes os designados para tratar os doentes mentais, tratá-los também deve ser uma meta primordial.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. H. S. G., LOLIO, C. A., Gentil, V.; LAURENTI, R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, n. 26, v. 1, p. 257-261. 1999.

ANTUNES, Sônia Marina Martins de Oliveira; QUEIROZ, Marcos de Sousa. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 207-215, jan. 2007.

APERIBENSE, Pacita Geovana Gama de Sousa; BARREIRA, Ieda de Alencar. Nexos entre enfermagem, nutrição e serviço social, profissões femininas pioneiras na área da saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 478 - 482.

ARAÚJO, Sônia Regina Cassino de; MELLO, Marco Túllo de; LEITE, José Roberto. Transtornos de ansiedade e exercício físico. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 164-171. 2007.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEXEIRA, Mônica. A reforma psiquiátrica brasileira: Perspectivas e problemas. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, São Paulo, v.11, n.1, p. 21-27, março, 2008.

BORSONELLO, Elizabete Cristina; SANTOS, Leila Cristina dos; SCHMIDT, Maria Liza Gava; ANDRADE, Telma Gonçalves Carneiro Spera de. A influência do afastamento por acidente de trabalho sobre a ocorrência de transtornos psíquicos e somáticos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 22, n. 3, 2002.

BRASIL. Ministério da saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília, DF, 2001. 580p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde mental 199-2001*. Brasília, DF, 2001. 110p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de atenção à saúde. Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF, 2004. 86 p.

CABANA, Maria Cristina Fonsêca de Lima. *Vida de médico e o ofício da medicina: estudo sobre a saúde mental do médico, seu cotidiano de trabalho e estilo de vida*. 2005. 103f. Dissertação (Mestrado em Saúde coletiva)- Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

CABANA, Maria Cristina Fonsêca de Lima; LUDERMIR, Ana Bernarda; SILVA, Érika R.; FERREIRA, Maria Luiza L.; PINTO, Maria Emília R. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 33-40, 2007.

CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes; CAETANO, Dorgival; FACCENDA, Odival. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, Mato Grosso do Sul, v. 10, n. 3, p. 413-420, 2005

CARVALHO, Carla Novaes. *Transtornos mentais comuns associados ao processo de trabalho e qualidade de vida em pós-graduandos dos programas de residência na área de saúde no Recife*. 2008. 118 f. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria e ciência do comportamento)- Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

CONÇALVES, Daniel Maffasioli; STEIN, Airton Tetelbon; KAPCZINSKI, Flavio. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Caderno saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2008.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência e Saúde*. n. 6, v. 2, p.319 – 328, 2001

COSTA, Albanita Gomes da; LUDERMIR, Ana Bernarda. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73-79, jan-fev. 2005.

FERRER, Ana Luiza. *Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos centros de atenção psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura*. 2007. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

GASPARINI, Sandra Maria; BARRETO, Sandhi Maria; ASSUNCAO, Ada Ávila. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, Dec. 2006.

HOLMES, David S. *Psicologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

JACQUES, Maria da Graça Corrêa. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. *Psicologia e Sociedade*, Rio Grande do Sul, v. 15, n. 1, p. 97-116, jan/jun. 2003.

LAZARRO, Celina D. S.; AVILA, Lazslo A. Somatização na prática médica. *Arq. Ciência Saúde*, v. 11, n. 2, p. 105-108, abr/jun. 2004.

LOAYZA, MPH; PONTE, TS; CARVALHO, CG; PEDROTTI, MR; NUNES, PV; SOUZA CM; Zanette CB, Voltolini S, Chaves MLF. Association between mental health screening by self-report questionnaire and insomnia in medical students. *Arq Neuropsiquiatr*, v.59 n. 2-A, p. 180-5, 2001.

LOPES, Claudia S.; FAERSTEIN, Eduardo; CHOR, Dora. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo pró-saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1713-1720, nov-dez. 2003.

MACEDO, Zamir Doile. *Dificuldades que afetam os profissionais da saúde mental na rede pública da região Oeste de Santa Catarina*. 2005. 45 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba, 2005.

MEDEIROS, Emilene Nóbrega. *Prevalência dos transtornos mentais e perfil sócio econômico dos usuários atendidos nos serviços de saúde em municípios paraibanos*. 2005. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2005.

MIELK, Fernanda Barreto; KANTORSKI, Luciane Prado; JARDIM, Vanda Maria da Rosa; OLSCHOWSKY, Agnes; MACHADO, Marlene Silva. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 159-164. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa, 2002. 206 p.

MARAGNO, Luciana ET al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo programa saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, ago. 2006.

MARCOS, Patrícia Furuta de; CÍTERO, Vanessa de Albuquerque; MORAES, Edilaine; NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 57, n.3, p.178-183. 2008.

MARTINS, Luiz Antônio Nogueira. Saúde mental dos profissionais de saúde. In: BOTEGA, Neury José. (Org.). *Práticas psiquiátricas no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 10.

MOREIRA ,Fabrício A., . Guimarães,Francisco S. Mecanismos de Ação dos Antipsicóticos: Hipóteses Dopaminérgicas, *Medicina*, Ribeirão Preto, 40 (1): 63-71, jan./mar. 2007

PICCININI, Walmor J. - História da Psiquiatria Voando sobre a História da Psiquiatria III- Part of The International Journal of Psychiatry - ISSN 1359 7620 – psychiatry on line Brazil, 5deoutubrode2000)

PITTA, A. HOSPITAL: DOR E MORTE COMO OFÍCIO. SÃO PAULO: HUCITEC, 1994

RABELO, Reinaldo. *Um manual para o CAPS: centro de atenção psicossocial*. 2 ed, Salvador: Editora da UFBA, 2006.

RAMMINGER, Tatiana. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. *Bol. Da Saúde*, Rio Grande do Sul, v. 16, n. 1, p. 111-124, 2002.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 1, Mar. 2008.

TENÓRIO, F.: (. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1): 25-59, jan.-abr. 2002). Tem q ajeitar

TRIGO, Telma Ramos; TENG, Chei Tung; HALLAK, Eduardo Cecílio. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev. Psiq. Clín*, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 223-233, 2007.

## APÊNDICE 1

### Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido

- 1- A pesquisa tem como objetivo avaliar os sintomas dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) e verificar como esses sintomas provocam mudanças no sujeito e na sua vida.
- 2- Será solicitado (a) a ler e responder um questionário sócio-demográfico e a escala Self Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20), onde encontraremos dados sobre sua vida pessoal e como tem sentindo-se ultimamente.
- 3- Terei liberdade para me recusar a participar ou retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao meu cuidado.
- 4- Terá garantia de sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, não é necessário colocar seu nome nos questionários. Os resultados poderão ser publicados, mas a identidade do participante não será revelada.
- 5- Esse trabalho beneficiará a comunidade a partir do momento que investiga com detalhes esse assunto.

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me (nos) foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_,  
 declaro para fins de participação em pesquisa, na condição de sujeito/representante legal do sujeito da pesquisa, que fui devidamente esclarecido (a) pesquisa intitulada Avaliação dos transtornos mentais comuns nos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), desenvolvido pelo pesquisador Alfredo José Minervino do Curso de Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do responsável legal

### **Declaração do pesquisador:**

Declaro, pra fins de realização de pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido cumprindo as exigências da res. 196/96 do ministério da saúde e que obtive a assinatura do declarante acima qualificada de forma apropriada e voluntária. Coloco-me à disposição nos telefones (83) 3244-5200 e (83) 9981-8215 para qualquer eventualidade.

**APÊNDICE 2****Inventario do Perfil Demográfico****I-** Sexo: \_\_\_\_\_**II-** Idade: \_\_\_\_\_**III-** Estado Civil: \_\_\_\_\_**IV-** Religião: \_\_\_\_\_**V-** Média salarial recebida da instituição:

A) 1 salário

B) Entre 1 - 2 salários

C) Entre 3 - 5 salários

D) Entre 6 – 8 salários

E) Acima de 8 salários

**VI-** Graduação: Básico ( ) Médio ( ) Superior ( ) Superior com Especialização ( )

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

**VII-** Tempo de trabalho: \_\_\_\_\_**VIII-** Tempo de trabalho no serviço substitutivo: \_\_\_\_\_**IX-** Vínculo Profissional? Concursado ( ) Contratado ( ) Outros ( )**X-** Tem histórico de doença mental na família? SIM ( ) NÃO ( )

Qual? \_\_\_\_\_

**XI-** Apresenta algum tipo de doença física a baixo: SIM ( ) NÃO ( )

A) Hipotireodismo

B) Diabetes

C) Hipertensão Arterial

D) Câncer

E) Outros: \_\_\_\_\_

**XII-** Atualmente faz uso de algum medicamento? SIM ( ) NÃO ( )

Qual: \_\_\_\_\_

**XIII-** Sente-se satisfeito com o trabalho que desenvolve no CAPS? SIM ( ) NÃO ( )**XIV-** De zero a dez que nota você dá a sua insatisfação com o trabalho

\_\_\_\_\_

## ANEXO 1

## Versão Brasileira do Self Reporting Questionnaire – 20 (SRQ – 20)

**Por favor, a responder as seguintes perguntas, tome como referência as quatro últimas semanas**

	SIM	NÃO
1 - Tem dores de cabeça frequentemente?		
2 - Tem falta de apetite?		
3 - Dorme mal?		
4 - Assusta-se com facilidade?		
5 - Tem tremores na mão?		
6 - Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?		
7 - Tem má digestão?		
8 - Tem dificuldade de pensar com clareza?		
9 - Tem se sentido triste ultimamente?		
10 - Tem chorado mais do que de costume?		
11 - Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?		
12 - Tem dificuldades para tomar decisões?		
13 - Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?		
14 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
15 - Tem perdido o interesse pelas coisas?		
16 - Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?		
17 - Tem tido a idéia de acabar com a vida?		
18 - Sente-se cansado o tempo todo?		
19 - Tem sensações desagradáveis no estômago?		
<b>20 - Você se cansa com facilidade?</b>		

**ANEXO 2****LEI N° 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**

*Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.*

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1º** Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

**Art. 2º** Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

**Art. 3º** É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

**Art. 4º** A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

**Art. 5º** O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

**Art. 6º** A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

**Art. 7º** A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

**Art. 8º** A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou

responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

**Art. 9º** A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

**Art. 10.** Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

**Art. 11.** Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

**Art. 12.** O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

**Art. 13.** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º

da República.

**FERNANDO HENRIQUE CARDOSO**

*José Gregori*

*José Serra*

*Roberto Brant*