



Centro Universitário de Anápolis- UniEVANGÉLICA

Curso de Medicina

SOFRIMENTO MENTAL EM PSICÓLOGOS E PSIQUIATRAS DE ANÁPOLIS

FelypeDeyvede Cunha Lima

Lucas Camargo Villas Boas Zambrin

Pedro Henrique Borges Rodrigues

Anápolis, 2018

Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

SOFRIMENTO MENTAL EM PSICÓLOGOS E PSIQUIATRAS DE ANÁPOLIS

FelypeDeyvede Cunha Lima

Lucas Camargo Villas Boas Zambrin

Pedro Henrique Borges Rodrigues

Trabalho de Curso apresentado à disciplina de Iniciação Científica do Curso de Medicina da UniEVANGÉLICA, que objetiva analisar a prevalência de sofrimento mental em Psicólogos e Psiquiatras no município de Anápolis-GO sob a orientação da Prof^a. Psiquiatra Talita Braga.

Anápolis, 2018

CARTA DE APROVAÇÃO DE TRABALHO DE CURSO

**ENTREGA DA VERSÃO FINAL
DO TRABALHO DE CURSO
PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR**

À
**Coordenação de Iniciação Científica
Faculdade de Medicina – UniEvangélica**

Eu, Prof.^(a) Orientador Talita Braga venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os(as) acadêmicos(as) FelypeDeyvede Cunha Lima, Lucas Camargo Villas boas Zambrin, Pedro Henrique Borges Rodrigues, estão com a versão final do trabalho intitulado Sofrimento mental em Psicólogos e Psiquiatras de Anápolispronta para ser entregue a esta coordenação.

Observações:

Anápolis, 23 de Maio de 2018



Talita Braga
Professora Orientadora

Resumo

A saúde mental é definida como o equilíbrio entre os sentimentos e emoções de uma pessoa e as demandas feitas a ela pela sociedade a qual pertence. As diversas situações, patológicas ou não, que podem ocasionar um desequilíbrio dos elementos biopsicossocioespirituais que integram a saúde geral do indivíduo são as responsáveis por causar o sentimento de angústia e estresse que podem desencadear um quadro de sofrimento mental, o qual vai se manifestar desde pensamentos depressivos, até sintomas somáticos e perda da energia vital. Desta forma, este trabalho avaliou a presença de sofrimento mental em psicólogos e psiquiatras da cidade de Anapolis-GO, profissionais que são peça-chave na manutenção da saúde mental de toda a sociedade. Para fazê-lo, foi utilizado o Self Reporting Questionnaire (SRQ 20), um questionário que avalia se a pessoa está ou não em sofrimento mental sem dar diagnóstico de qualquer outro distúrbio psicológico, associado a um questionário sociodemográfico, correlacionando ambos os questionários e conhecendo mais sobre o atual estado de saúde mental desses profissionais. Ao fim da pesquisa foi possível correlacionar significativamente o sofrimento mental com religião, estado civil e idade.

Palavras-chave: Psicólogo. Psiquiatra. Sofrimento mental. Saúde mental

Abstract

Mental health is defined as the balance between a person's feelings and emotions and the demands made on them by the society to which they belong. The various situations, pathological or not, that can cause an imbalance of the biopsychosoespiritual elements that integrate the general health of the individual are responsible for causing the feeling of anguish and stress that can trigger a picture of mental suffering, which will manifest itself from depressive thoughts disorders, somatic symptoms and loss of vital energy. Thus, this study evaluated the presence of mental suffering in psychologists and psychiatrists of the city of Anapolis-GO, professionals who are key players in maintaining of mental health throughout society. To do so, the Self Reporting Questionnaire (SRQ 20) was used, a questionnaire that assesses whether or not the person is mentally ill without diagnosing any other psychological disorder, associated with a sociodemographic questionnaire, correlating both questionnaires and knowing more about the current state of mental health of these professionals. At the end of the research it was possible to correlate significantly the mental suffering with religion, marital status and age.

Key words: Psychologist. Psychiatrist. Mental suffering. Mental health.

Sumario

| | |
|--|----|
| 1. Introdução | 7 |
| 2. Referencial Teórico | 9 |
| 2.1 – Saúde | 9 |
| 2.2 – Saúde mental | 9 |
| 2.3 – Transtornos mentais associados a sofrimento mental | 10 |
| 2.4 – Sofrimento mental | 14 |
| 2.5 – Correlação entre sofrimento mental e transtornos mentais | 15 |
| 2.6 – O SRQ-20 na avaliação do sofrimento mental | 15 |
| 2.7 – Sofrimento mental em psicólogos e psiquiatras | 17 |
| 3. Objetivos | 20 |
| 3.1. Objetivo Geral | 20 |
| 3.2. Objetivos Específicos | 20 |
| 4. Metodologia. | 21 |
| 4.1. Tipo de estudo | 21 |
| 4.2. Local de pesquisa | 21 |
| 4.3. População e amostra | 21 |
| 4.4. Critérios de inclusão e exclusão | 21 |
| 4.5. Descrição do processo de coleta de dados | 22 |
| 4.6. Análise de dados | 24 |
| 4.7. Aspectos éticos | 24 |
| 5. Resultados | 25 |
| 6. Discussão | 28 |
| 7. Considerações finais | 32 |
| 8. Referências | 34 |
| Anexos | 38 |
| Anexo 1 – SRQ-20 | 38 |
| Anexo 2 – TCLE | 39 |
| Anexo 3 – Parecer de aprovação do Comitê de Ética | 42 |
| Apêndice 1 – Questionário Sócio-demográfico | 44 |

1. Introdução

O conceito de saúde há muito tempo não é mais encarado de forma unifatorial. A abordagem atual concentra-se em um modelo biopsicossocioespiritual de entendimento do indivíduo, tomando por base que este estará saudável quando zelar pelo corpo, pela saúde mental, pelas relações sociais e pela espiritualidade (SULMASY, 2002).

Benetti et al, 2007, define a saúde mental como o equilíbrio entre as demandas internas e externas na vida de uma pessoa.

França et al, 2014, por outro lado, diz que a saúde mental é definida como o equilíbrio entre o sentimento, as emoções, as funções psíquicas de uma pessoa e a sua convivência saudável com o meio externo, avaliada através de diversos fatores que serão descritos no referencial teórico. O que conclui-se é que, quando associa-se a saúde mental à saúde do trabalhador, observa-se que estar saudável ou não pode ser determinado pelos elementos do processo laboral, pelas interações do trabalhador e pelas estruturas de suporte à saúde mental.

Tomando por base o modelo biopsicossocioespiritual, que acrescenta o bem estar espiritual e existencial ao conceito de saúde de um indivíduo, entende-se que um desequilíbrio nos fatores que compõe a saúde mental irá causar angústia e insatisfação, fatores importantes no processo de sofrimento mental do indivíduo (HELOANI; CAPITÃO, 2003), no qual estes experimentarão maior irritação ou preocupação, sintomas somáticos como desconfortos gastrointestinais e dores de cabeça, sintomas depressivos entre outros sinais e sintomas (BELO et al., 1998).

Um conceito importante, de acordo com Belo, 1998, é que por mais que pacientes com transtornos mentais estejam em sofrimento mental, não pode-se afirmar que pacientes em sofrimento mental possuem ou irão desenvolver transtornos mentais.

Laurenti (2007) mostra em seu estudo que estabelecer um dado epidemiológico exato para o sofrimento mental é, ainda, um desafio para a Saúde Pública no Brasil. Estima-se que 46% da população geral apresenta algum transtorno mental durante a vida e que 22,2% apresentam tal transtorno no mês anterior à pesquisa, desde distúrbios mentais a transtornos relacionados a substâncias. De acordo com a autora, apesar do índice de mortalidade por transtornos mentais ser menor do 1%, o seu índice de morbidade gira em torno dos 6% na escala nacional, alcançando até 10% no estado de

São Paulo, o que reflete um grande prejuízo social decorrente desse quadro. Outros estudos ainda demonstram uma prevalência de 14% de *distress* psicológico da população urbana adulta do Brasil, com maior acometimento de mulheres, idosos, dos mais pobres e de indivíduos com menor escolaridade (SPARRENBARGER et al., 2003).

No presente estudo, buscou-se analisar a presença de sofrimento mental em psicólogos e psiquiatras da cidade de Anápolis-GO, correlacionando com dados sociodemográficos, tais como carga de trabalho, estado civil, idade, tipo de serviço, religião, renda, tempo de atuação na área e formação, buscando avaliar se estes profissionais encontram-se em estado adequado de saúde mental para exercer sua profissão com dignidade e com maior qualidade.

2. Referencial Teórico

2.1 – Saúde

O ser humano e suas patologias, de uma forma geral, são interpretados pela medicina ocidental levando em conta principalmente o fator biológico, de acordo com os conhecimentos baseados em evidências científicas (CAPRARA, 2003). As ciências médicas tentam encontrar uma definição de saúde única e universalmente aplicável, o que até então não foi possível, pois não existem consensos entre os diversos campos do saber sobre o conceito de saúde e doença (ALMEIDA FILHO, 2001). É fato, entretanto, que a saúde e a doença são interpretadas de forma diferente por cada indivíduo, pois o ser humano leva em conta não apenas a patologia propriamente dita, mas também suas reflexões e experiências que levam cada sujeito a experimentar tanto a saúde quanto a doença de formas bem particulares. Gadamer (1994), já dizia que a saúde não pode ser mensurada por estar ligada ao estado de ser de cada indivíduo, isto é, um indivíduo considerado biologicamente doente pode, de acordo com o seu ponto de vista, estar saudável, pois ainda consegue manter o equilíbrio de sua vida de forma harmônica.

Levando em conta a complexidade do ser humano, hoje prefere-se a abordagem da saúde pelo modelo biopsicossocioespiritual, que integra o equilíbrio entre o corpo propriamente dito, as relações sociais cotidianas, a saúde mental e a espiritualidade (SULMASY, 2002). Volcan, 2003, demonstra em seu estudo que indivíduos com bem estar espiritual baixo e moderado, de acordo com a escala de bem estar espiritual (SWBS), apresentam o dobro de chances de possuírem transtornos psiquiátricos menores (TPM), corroborando com o acréscimo do quesito espiritual na avaliação global da saúde de um paciente.

De tal forma, vê-se necessário um investimento não apenas em uma, mas em todas as áreas que englobam a saúde de um indivíduo, haja vista que um desequilíbrio na saúde mental, por exemplo, pode afetar o desempenho do sujeito em sua vida social ou em outras vertentes de sua saúde, e o desequilíbrio de qualquer uma destas pode causar igual efeito nas demais.

2.2 – Saúde mental

Para abordar a saúde de forma completa é necessário, portanto, avaliar todos os fatores que a contemplam. Neste trabalho houve um enfoque maior na avaliação da saúde

mental, vertente essencial para manter o equilíbrio saudável de um indivíduo e na qual psicólogos e psiquiatras, entre outros profissionais da área da saúde, tem imensurável importância no manejo dos cuidados da população em geral.

Existem atualmente diversas definições para saúde mental. Uma delas define a saúde mental como o equilíbrio entre as demandas internas e externas na vida de uma pessoa (BENETTI et al., 2007).

Outra definição, que será a considerada nesse trabalho por ser a mais completa, diz que a saúde mental é definida como o equilíbrio entre o sentimento, as emoções, o psicológico de uma pessoa e a sua convivência saudável com o meio externo. Nela, entre outros fatores, são avaliados o bem estar subjetivo, a auto eficácia percebida, a autonomia, a competência e a auto realização intelectual e emocional da pessoa. É fato, portanto, que diversos fatores são capazes de interferir nessa balança, causando um distúrbio comportamental ou sofrimento mental (FRANÇA et al., 2014).

2.3 – Transtornos mentais associados a sofrimento mental

Dentre as principais entidades patológicas que podem causar um desequilíbrio na saúde mental de um indivíduo, encontramos como sendo as mais prevalentes: depressão, ansiedade e transtorno bipolar, sendo que ainda há várias subcategorias desses mesmos transtornos, como o transtorno do pânico, a síndrome de *burnoute* outros.

Os transtornos depressivos incluem os transtornos disruptivos da desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância e os transtornos depressivos desencadeados por outras condições médicas ou por fatores não especificados. Todas essas subdivisões do transtorno depressivo têm como característica comum a presença de humor triste ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. Enquanto os transtornos de ansiedade combinam principalmente características de medo excessivo e ansiedade (SOCIEDADE AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

A depender do subtipo clínico, vários grupos podem ser afetados pelos transtornos depressivos. O transtorno disruptivo da desregulação do humor é mais encontrado na faixa etária pediátrica, enquanto o transtorno depressivo maior, o mais comum entre eles,

acomete principalmente pessoas na faixa etária entre os 18 e os 29 anos e de 1,5 a 3 vezes mais mulheres do que homens (SOCIEDADE AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Além dos transtornos propriamente ditos, a depressão ainda pode incidir como sintoma de outras doenças que podem incidir sobre o indivíduo ou até mesmo como síndrome. Enquanto sintoma, a depressão pode incidir sobre os mais variados quadros clínicos, dentre eles: demência, alcoolismo transtorno de estresse pós-traumático, esquizofrenia, hipotireoidismo, neoplasias, anemia, esclerose múltipla, AVC e outros. É também manifestada como resposta a situações estressantes ou a circunstâncias econômicas e sociais infortunadas. Como síndrome, a depressão é composta não só por alterações no humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também por um leque de outras características, sendo algumas delas alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite) e como transtorno ela se manifesta na forma dos transtornos supracitados (SOCIEDADE AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014)

De acordo com o autor supracitado os transtornos de ansiedade são aqueles que compartilham características de ansiedade e medo excessivos e perturbações comportamentais relacionadas. Ansiedade é a precipitação de ameaça futura. Medo é o reflexo emocional à ameaça iminente real ou percebida. Obviamente essas condições se sobrepõem, mas também se diferenciam. Às vezes, o nível de um deles é reduzido por comportamentos constantes de esquiva. Os transtornos de ansiedade, apesar de muito similares, diferem entre si nos tipos de objeto ou situações que provocam medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideação cognitiva associada e pelo conteúdo das suas crenças e dos seus pensamentos. Um transtorno de ansiedade é diferenciado da ansiedade adaptativa pela duração, que é mais prolongada, e por prejudicar a qualidade de vida do paciente.

Os diferentes transtornos de ansiedade geralmente apresentam diferentes objetos ou situações que desencadeiam o medo, a ansiedade, o comportamento de esquiva e a ideação cognitiva. Os *ataques de pânico* se destacam por sua resposta particular ao medo, com respostas inesperadas e recorrentes a estímulos específicos, além do medo constante sobre a possibilidade de novos ataques de pânico. Estes ataques costumam estar relacionado a algum fator traumático na vida do paciente que não foi superado. O

transtorno de ansiedade social, conhecido popularmente como fobia social, é aquele no qual o indivíduo teme ou se esquia de quaisquer interações e situações sociais que envolvem a possibilidade dele ser avaliado, mesmo que superficialmente, como por exemplo um indivíduo que não consegue ir a restaurantes, pois anseia ser julgado pela forma que come (SOCIEDADE AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Outro transtorno mental que cursa com sofrimento mental é o Transtorno Bipolar (TB). O TB é subdividido pela *Sociedade Americana de Psiquiatria (2014)* em: transtorno bipolar tipo I, transtorno bipolar tipo 2, transtorno ciclotímico, além dos subtipos desencadeados por outras condições clínicas, por medicamentos ou não especificada. O caso clássico e mais conhecido dentro dos TB é o TB tipo I, com a presença do modelo maníaco-depressivo, que cicla entre períodos de fase maníaca, com aumento da energia com ou sem presença de psicose, com períodos de transtorno depressivo maior. O indivíduo com TB em sua fase maníaca clássica apresentará humor persistentemente elevado ou irritável, com atenção aumentada para objetos ou para o ambiente. Pode cursar com perda da necessidade de sono, autoestima inflada, maior loquacidade que o normal, distratibilidade e envolvimento excessivo com atividades que forneçam perigo à vida ou alto risco financeiro (SOCIEDADE AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014)

Os TB podem se manifestar em qualquer idade da vida. Porém, já foi comprovado em pesquisa que, com o passar dos anos, a idade de início dos TB, isto é, quando é identificado um primeiro surto maníaco ou hipomaníaco, tem diminuído (LIMA et al., 2005).

Outro distúrbio muito comum na vida de muitas pessoas e que comumente cursa com sofrimento mental é o estresse. Definido por Selye (1956) como uma “Síndrome Geral da Adaptação”, o estresse é caracterizado como sendo o esforço que um indivíduo precisa exercer para manter o equilíbrio emocional diante de um evento estressor. É a capacidade de uma pessoa de se adaptar aos obstáculos apresentados a ela durante sua vida que podem variar desde um leve desentendimento com outra pessoa a uma situação que coloca em risco a vida do paciente. O evento por si só, entretanto, não determina toda a resposta ao estresse. É a partir da experiência de vida do indivíduo e das estratégias criadas por ele para lidar com demandas internas e externas e que vai ser construída a

reação ao estresse. Selye (1956) diferencia 3 fases do estresse. São elas: a) primeira fase ou fase de alarme: o indivíduo fica em estado de alerta, preparando-se para tomar uma decisão em frente ao evento estressor; conhecida como a fase da “fuga ou luta”; b) segunda fase ou fase de resistência: trata-se da fase na qual o indivíduo faz esforços além dos habituais para reestabelecer a homeostase interna, procurando manter seu organismo funcionando de forma constante; c) terceira fase ou fase de exaustão: é caracterizada pelo esgotamento físico e psicológico do paciente diante a um evento ao qual ele não conseguiu se adaptar. Nesta última fase é onde surgem as doenças decorrentes do estresse, que podem desgastar a condição física e mental do seu portador (SANTOS; CARDOSO, 2010).

Um exemplo de transtorno decorrente da perpetuação de eventos estressores é a Síndrome de Burnout. Esta se trata de um fenômeno psicossocial voltado para o contexto laboral e que decorre do estresse crônico, comum no cotidiano profissional. São características marcantes do Burnout a falta de realização profissional, a exaustão emocional e a despersonalização. Os fatores que predispõe o acometimento dessa síndrome são vários e podem ser subdivididos em relacionados à organização, o indivíduo, o trabalho e a sociedade. Já os sintomas relatados pelos portadores desse distúrbio podem ser tanto comportamentais, defensivos, quanto psíquicos e físicos, sendo responsáveis por lesões nos níveis pessoal, organizacional e social dos pacientes (FRANÇA et al., 2014).

Por se tratar de todo um aglomerado de fatores que podem desencadear esse transtorno, o índice de acometimento de Burnout pode variar nas diferentes profissões de acordo com elementos individuais, do contexto do trabalho, da organização laboral e do país que se trabalha, com suas singularidades. O acometimento por essa síndrome é, de fato, preocupante, pois interfere nas esferas sociais, pessoais e profissionais do portador, tendo como consequência o afastamento do trabalhador e a adoção de medidas organizacionais e pessoais para combatê-la (FRANÇA et al., 2014).

Além destas, todas as patologias contidas no DMS-5 são capazes de causar um desequilíbrio nos fatores que compõem a saúde mental ou até mesmo, em alguns casos, serem desencadeadas por estes. Isso, porém, não significa que o desequilíbrio da saúde mental é ou causará necessariamente um transtorno mental.

2.4 – Sofrimento mental

De acordo com a Psicologia, todos os indivíduos são impostos a responder as exigências do meio em que convivem e a resposta, por menor que seja, exige a responsabilidade de lidar com as consequências de suas escolhas, o que teria impacto na personalidade humano e na sua subjetividade (DITTRICH, 1998).

Tomando por base que a saúde mental é o equilíbrio entre diversos fatores biopsicossocioespirituais e que são muitas as condições que podem levar o indivíduo a um estado de sofrimento mental, conclui-se que quando há um desequilíbrio dos fatores que compõe a saúde mental, o indivíduo passa a vivenciar um estado mental não saudável, estando assim mais propenso a desenvolver um quadro de sofrimento mental.

Os pacientes nesse estado geralmente apresentam-se irritados ou preocupados, tristes, chorando mais do que o costume, apresentam dificuldades para dormir, dores de cabeça e problemas digestivos, possuem menos energia, tanto para fazer atividades do dia a dia quanto para trabalhar (geralmente apresentam queda de produtividade), e costumam possuir pensamentos depressivos, referindo perda de interesse pela vida e um sentimento de inutilidade (BELO et al., 1998).

Fatores como a violação dos direitos essenciais do homem (a liberdade, por exemplo) são citados como causadores de sofrimento mental em muitas pessoas durante séculos. Outros diversos fatores sociodemográficos são capazes modificar as escolhas que devem ser feitas diariamente, assim como podem ser modificados por elas, alterando constantemente o nosso equilíbriobiopsicossocioespiritual, seja positivamente ou negativamente. A condição econômica, o nível de escolaridade, a carga horária de trabalho, a prática de uma religião, entre outros, desempenha importante influência no estabelecimento de uma mente saudável (BENETTI et al., 2007). Diversos outros distúrbios psicóticos e não psicóticos cursam desencadeando sofrimento mental em pacientes, enquanto outros indivíduos passam por esses mesmos sintomas de sofrimento mental sem possuir um distúrbio propriamente dito (BELO et al., 1998).

Considerando a amplitude de situações que podem causar sofrimento mental, o conhecimento da epidemiologia deste se torna um desafio para a Saúde Pública, podendo se manifestar em várias idades e situações diferentes (LAURENTI, 2007). Novas pesquisas sociológicas sugerem, entretanto, que o empobrecimento das relações

interpessoais, o alienamento na construção de um perfil digital, a busca inconstante por reconhecimento social e a necessidade incessante de fazer parte de um grupo ou classe social, refletidos na superficialidade das relações modernas, tem feito com que os seres humanos tenham enfrentado maiores angústias e um maior mal-estar existencial, isto é, aumentando também a ocorrência de sofrimento mental (BAUMAN, 2000).

2.5 – Correlação entre sofrimento mental e transtornos mentais

Diversos são os fatores capazes de causar o sofrimento mental e, como já foi citado, este pode se manifestar em pacientes com transtornos mentais, tais como depressão, transtorno bipolar e ansiedade, assim como em indivíduos saudáveis mentalmente, mas que passam por situações não patológicas, como lutos prolongados, estresses relacionados ao trabalho e aceitação social.

Entretanto, é de extrema valia ressaltar que, apesar do sofrimento mental estar presente em diversos distúrbios psicológicos, um paciente em sofrimento mental não necessariamente possui ou irá desencadear um transtorno mental propriamente dito (BELO et al., 1998).

2.6 – O SRQ-20 na avaliação do sofrimento mental

Em meio a essa variedade de situações em que o sofrimento mental pode estar presente, eis a SRQ-20 (Anexo 1). Trata-se de uma escala de avaliação amplamente utilizada em vários países do mundo para o rastreamento de transtornos do humor, de ansiedade, conhecidos anteriormente como transtornos neuróticos e, atualmente, como transtornos mentais menores ou comuns. Esses transtornos correspondem a 90% da morbidade total causada por doenças psiquiátricas (GORENSTEIN et al., 2016).

A SRQ-20 é validada pela OMS e sua versão brasileira foi validada no início da década de 1980 com uma segunda validação brasileira passada duas décadas a qual é utilizada atualmente. Por ser uma iniciativa da OMS que objetiva atender prioritariamente países em desenvolvimento, uma das principais preocupações na elaboração do instrumento foi a obtenção de um questionário de fácil compreensão e que fosse de simples tradução para validação nos mais diversos tipos de idiomas e culturas (GORENSTEIN et al., 2016).

Para a seleção dos itens, o grupo do Estudo Colaborativo em Estratégias para Atendimento em Saúde Mental analisou quatro instrumentos de rastreamento que representavam bases culturais diferentes, os testes *Patient Self-Report Symptom Formon*, o *Post Graduate Institute Health Questionnaire N2*, o *General Health Questionnaire* e o *Present State Examination*. Na comparação entre os instrumentos, foram encontrados 32 itens, que eram comuns a todos. Destes, foram retirados aqueles que acabavam por avaliar sintomas iguais ou semelhantes, chegando-se a uma versão de 20 itens, o SRQ-20 (GORENSTEIN et al., 2016).

No Brasil o SRQ-20 foi validado mediante comparação com o entrevista psiquiátrica formal utilizando-se o instrumento semiestruturado *Clinical Interview Schedule* (CIS), pode-se mostrar a validade e a aplicabilidade do SRQ-20 dentro da estratégia adotada pela OMS na época e, portanto, foi adotado pela maioria dos pesquisadores brasileiros como o trabalho original de validação psicométrica do instrumento, passada duas décadas uma nova validação tornou-se necessária no Brasil, visto o avanço cultural e as modificações nos critérios diagnósticos para transtornos mentais (GORENSTEIN et al., 2016).

A validade de critério do SRQ-20 foi verificada mediante análise de curva *Receiver Operating Characteurs* (ROC), na qual se comparou teste de rastreamento aos resultados do teste padrão ouro utilizado por psiquiatras quando foi validado, a Entrevista Clínica Estruturada do DSM-IV-TR (SCID-IV-TR). Por meio desse procedimento, determinou-se o ponto de corte e suas respectivas sensibilidade e especificidade, além do poder discriminativo (GORENSTEIN et al., 2016). O SRQ-20 trata-se de um dispositivo para rastreamento de sofrimento mental que possui duas características essenciais: boa discriminação dos casos positivos e negativos e efetividade na aplicação em larga escala (GONÇALVES et al., 2008).

O SRQ-20 tem uma limitação que é intrínseca a todos os testes psicométricos de autorresposta. Por não haver o “filtro” do aplicador, pode-se, inadvertida ou mesmo voluntariamente, responder de forma incorreta e que não corresponda à realidade. Essa limitação pode ser resolvida em situações nas quais haja possibilidade de confirmação diagnóstica de um rastreamento positivo. A possibilidade de falsos negativos pode ocorrer em indivíduos durante episódios agudos de mania e hipomania, visto que o teste,

de forma geral, aborda a fase depressiva do transtorno bipolar(GORENSTEIN et al.,2016).

É importante ressaltar que a SRQ-20 não é um instrumento que visa dar diagnóstico para transtornos mentais, mas, sim, identificar indivíduos com morbidade mental(GORENSTEIN et al.,2016). Esse questionário possui fácil aplicação, geralmente é bem compreendido pelos pacientes, é barato e pode ser aplicado por um entrevistador quedesentende de discriminação de casos. Esta escala foi escolhida, pois ela éaltamente recomendada para estudos de base populacional cujo objetivo seja avaliar o sofrimento mental, que é o nosso foco final (GONÇALVES et al., 2008).

2.7 – Sofrimento mental em psicólogos e psiquiatras

A saúde de um profissional da área da saúde é muito importante, pois ela reflete na qualidade do seu trabalho e no seu compromisso com a saúde do paciente. Apesar de os médicosapresentarem uma saúde física ligeiramente melhor do que a da população em geral, a saúde mental é a que causa maior preocupação. Altos níveis de estresse, ansiedade, depressão são encontrados entre os médicos e, entre eles, os psiquiatras, que são o foco desta pesquisa. Umas séries de estudos transversais relataram maiores taxas de depressão e Burnout entre os psiquiatras do que entre médicos de outras especialidades. Os psiquiatras sofrem de níveis particularmente altos de estresse, com os mais altos níveis de insatisfação no trabalho. Em resumo, os psiquiatras demonstraram ser mais provável que os médicos de outras especialidades sofrer de uma série de problemas de saúde mental (FIRTH-COZENS et al., 2007).

Problemas pessoais crônicos, como dificuldade conjugal, interferem significativamente na vida desses profissionais de forma que está mais propenso a ter um episódio anterior de doença psiquiátrica e menos provável ter um confidente (WEINBERG; CREED,2000). Isso demonstra que a combinação de fatores individuais e organizacionais pode causar problemas de saúde mental para esses profissionais (FIRTH-COZENS et al., 2007).

Uma causa adicional sugerida para a saúde mental dos médicos, é que eles possuem uma dificuldade em buscar ajuda sobre sua saúde com outros profissionais ou colegas de profissão (FIRTH-COZENS et al., 2003). Psiquiatras precisam ter um papel fundamental em demonstrar a importância de lidar com os problemas de saúde mental

dos médicos. Além disso, eles precisam ser centrais no desenvolvimento de intervenções apropriadas para a situação (FIRTH-COZENS et al., 2007).

Embora profissionais da área da saúde mental seja psiquiatras ou psicólogos compartilhem várias atividades, cada profissão tem suas peculiaridades tanto na formação quanto no exercício profissional. Dessa forma, além das vicissitudes inerentes à tarefa específica de cada profissão, as fases e etapas em que o profissional se encontra na carreira podem produzir desgastes específicos. Diversos estudos demonstraram que quanto maior a idade, menor o impacto emocional no trabalho, o que sugere que a experiência aumenta a segurança nas decisões tomadas e maior controle sobre a demanda de trabalho, diminuindo o estresse e a exaustão emocional. Profissionais que trabalham mais de 20 horas semanais não se sentem tão satisfeitos com a qualidade dos serviços oferecidos, além de apresentarem mais queixas sobre sua saúde em geral (MARAGNO et al., 2006).

Alguns fatores importantes que podem prejudicar a saúde mental desses profissionais são a constante exposição às angústias e dificuldades dos pacientes, frequente exposição àqueles que têm má qualidade de vida e resistência de muitos pacientes aos tratamentos, exemplifica um quadro comum presente no cotidiano de todos os profissionais da área da saúde, inclusive os psicólogos e os psiquiatras. Existe uma teoria acredita que as pessoas que optam por estas profissões possuem certas características que são pilares para o serviço social, como acreditar na justiça social, no bem-estar das pessoas, no não julgamento das atitudes, no respeito pelas escolhas e autonomia, no senso de responsabilidade pelos outros e no profundo consentimento pelo sofrimento humano. Um estudo sugere que pessoas com estas características acabam se envolvendo profundamente com o outro e, muitas vezes, estão predispostos à exaustão emocional (MARAGNO et al., 2006).

Por fim, frente a todos esses fatores que podem interferir no equilíbrio de uma pessoa e submetê-la a sofrimento mental, merece atenção os psiquiatras e os psicólogos, profissionais que lidam diariamente com transtornos de todos os tipos e, muitas vezes, são submetidos a regimes estressantes e carregados de carga emocional. Para exercer trabalho de tamanha importância, esses profissionais devem primeiro garantir a saúde da sua própria e mente e, conseqüentemente, do seu corpo (SANTOS; CARDOSO, 2010).

3. Objetivos

3.1. Objetivo Geral

Analisar a prevalência de sofrimento mental em Psicólogos e Psiquiatras no município de Anápolis-GO no período de Agosto de 2017 a Maio de 2018.

3.2. Objetivos Específicos

- Correlacionar a presença ou ausência de sofrimento mental com os seguintes fatores:
 - Carga de trabalho
 - Estado civil
 - Idade
 - Tipo de serviço: Ambulatoriais/clínicos (plano de saúde/particular/Sistema Público de Saúde) ou docente.
 - Religião
 - Renda
 - Tempo de atuação na área

4. Metodologia.

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com análise quantitativa.

4.2. Local de pesquisa

A pesquisa foi realizada com psiquiatras e psicólogos dos seguintes locais: Hospital Espírita Psiquiátrico de Anápolis, Faculdade de psicologia e de medicina da UniEvangélica, CAPS Vidativa, CAPS Crescer, CAPS Viver, Hospital Dia de Psiquiatria, Clínica Equilibrium.

4.3. População e amostra

A população estudada foi de profissionais da saúde mental de diferentes locais da cidade de Anápolis. Foram escolhidos os locais onde se encontram a maioria dos profissionais de instituições da cidade. Dois hospitais, 3 CAPS de diferentes atuações (infantil; transtornos mentais graves e persistentes; álcool e drogas), o Centro Universitário de Anápolis nos cursos de medicina e de psicologia e uma clínica de atendimento clínico profissional. Outras instituições onde atuam psicólogos e psiquiatras não participaram dessa pesquisa por não aceitação na coparticipação do trabalho e por inviabilidade da coleta de dados. De acordo com os locais pesquisados, estas instituições contavam com 40 psicólogos e 17 psiquiatras durante a realização da pesquisa. A amostra foi de conveniência de acordo com a demanda dos psiquiatras e psicólogos presentes no momento da coleta, totalizando 57 profissionais, todos que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE foram pesquisados.

4.4. Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram os profissionais psicólogos e psiquiatras atuantes em Anápolis que trabalhavam nas instituições coparticipantes da pesquisa, enquanto os

critérios de exclusão foram, dentre esses profissionais, aqueles que não aceitaram assinar o TCLE, com TCLE e/ou questionário que não preenchido corretamente.

4.5. Descrição do processo de coleta de dados

O convite para participação para essa pesquisa para os psicólogos dos cursos de medicina e psicologia da UniEVANGÉLICA foi realizado na própria instituição, por algum dos 3 pesquisadores. Aqueles que, após a leitura e compreensão do TCLE, estiveram concordantes com os termos apresentados e se dispuseram a participar da pesquisa, tiveram duas alternativas: levar os dois questionários (SRQ-20; sócio-demográfico) juntamente com o TCLE para casa ou respondê-los imediatamente. Aos que optaram por responder em casa foi agendada uma data de entrega dos questionários e do TCLE assinado aos pesquisadores responsáveis. Para o convite dos profissionais do Hospital Dia de Psiquiatria, da Clínica Equilibrium e do Hospital Espírita a abordagem foi realizada em uma das reuniões que ocorrem nas instituições pelo responsável da instituição ou por algum dos pesquisadores no seu consultório, onde foi elucidada a importância do projeto de pesquisa e apresentado o TCLE, aos concordantes foram entregues os dois questionários e em data posterior os pesquisadores voltaram para buscar os questionários e o TCLE assinado. Já nos CAPS Crescer, Vivatativa e Viver os profissionais foram abordados pelo responsável da instituição em alguma das reuniões da mesma ou no seu consultório por algum dos pesquisadores e convidados de forma individual para o preenchimento dos dois questionários e para assinatura do TCLE, tendo também duas alternativas, a de respondê-los imediatamente ou levá-lo pra casa e entregá-los em data agendada com os mesmos. É válido ressaltar que havia dois envelopes para cada participante, um para o TCLE e outro para os questionários.

Já o SRQ-20 é composto por 20 questões do tipo sim/não, de tal forma que cada resposta afirmativa vale como 1 ponto, formando um escore final através da somatória de pontos, o melhor ponto de corte para o SRQ-20 é 7/8, sendo aqueles com pontuação 7 ou menos, não estão em sofrimento mental, e aqueles com pontuação 8 ou mais caracterizam o estado de sofrimento mental, tanto para mulheres quanto para homens, não havendo influência do sexo. Nesse ponto, a sensibilidade e especificidade em relação à presença de transtornos de humor, de ansiedade e de somatizações são 86,3 e 89,3, respectivamente,

confirmada pela validaçãona qual foi utilizado comparação ao teste padrão-ouro (Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV-TR) na época(GORENSTEIN et al.,2016).

As perguntas do SRQ-20 são divididas em quatro grupos de sintomas representados do quadro a seguir:

| Itens do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) distribuídos por quatro grupos de sintomas. | |
|--|--|
| Grupo de sintomas | Questões do SRQ-20 |
| Humor depressivo-ansioso | Sente-se nervoso, tenso ou preocupado? Assusta-se com facilidade? Sente-se triste ultimamente? |
| Sintomas somáticos | Você chora mais do que de costume? Tem dores de cabeça freqüentemente? Você dorme mal? Você sente desconforto estomacal? Você tem má digestão? Você tem falta de apetite? Tem tremores nas mãos? |
| Decréscimo de energia vital | Você se cansa-se com facilidade? Tem dificuldade em tomar decisão? Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas? O seu trabalho traz sofrimento? Sente-se cansado todo o tempo? Tem dificuldade de pensar claramente? |
| Pensamentos depressivos | Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida? Tem perdido o interesse pelas coisas? Tem pensado em dar fim à sua vida? Sente-se inútil em sua vida? |

Quadro 1 - Grupo de sintomas está ao lado esquerdo do quadro e as questões do SRQ-20 ao lado direito do quadro. Cada sintoma representado pelas questões que seguem a sua esquerda até o limite do próximo grupo de sintoma.

Fonte:Estrutura fatorial e consistência interna do *Self-ReportingQuestionnaire* (SRQ-20) em população urbana (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

A inclusão dos sintomas somáticos é um ponto forte do instrumento, pois na atenção primaria de saúde, já algum tempo sabe-se da predominância de queixas somáticas em relação a psíquicas em pacientes com transtorno do humor de ansiedade e de somatização. (GORENSTEIN et al.,2016).

O questionário SRQ-20 é validado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (GORENSTEIN et al.,2016), não é identificado e é composto por 20 perguntas de rápida aplicação. Será considerado valor maior que 7 o ponto de corte, visando sempre a maior precisão possível na coleta de dados ao evitar os resultados falso-negativos. Será

recolhido também um instrumento de coleta de dados (apêndice 1) que retrata os dados sócio demográficos dos participantes.

4.6. Análise de dados

Os dados foram transcritos para planilha no programa Microsoft® Excel 2007. Posteriormente os dados foram analisados por meio do software SPSS® for Windows® versão 16.0, para realização da análise estatística descritiva foi utilizado o teste qui-quadrado, sendo adotado como critério de significância $p < 0,05$.

4.7. Aspectos éticos

A Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética sob o número do CAAE: 77121517.4.0000.5076 (Anexo 2). Não foram coletados dados de identificação (nome, documentação, endereço, celular, e-mail), os participantes foram identificados apenas por códigos (Ex: P1, P2, etc). Os dados foram utilizados apenas para os fins dessa pesquisa. Os questionários serão armazenados e somente terão acesso aos mesmos os pesquisadores e sua orientadora. Todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos e depois picotados e reciclados, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UniEVANGÉLICA. Os resultados serão divulgados por meio de publicações, palestras e apresentações em congressos e em simpósios.

5. Resultados

Esse estudo contou com a participação de 40 profissionais, do total de 57 da amostra, dos outros 17 (29,8 % da amostra) que não participaram 6 eram psiquiatras e 9 eram psicólogos, dos quais 1 psicólogo e 1 psiquiatra não participaram porque estavam de licença médica.

Quanto aos profissionais que participaram da pesquisa segundo os dados do questionário sociodemográfico, a idade média deles era de 43,5 anos, a maioria deles (45%) trabalhavam de 20 a 40 horas semanais, 52,5% eram solteiros, 70% possuía alguma religião, 35% recebem até 5 salários mínimos, 37,5% atuavam na área há 10 a 20 anos e 75% eram psicólogos.

Para os dados do SRQ-20, a média foi da presença de 3,7 sintomas dentre os 20 avaliados, e 82,5% apresentou pelo menos um sintoma e 6 deles (15% da amostra) pontuaram igual ou maior que 8, escore que de acordo com a validação do questionário aponta que o entrevistado está em sofrimento mental.

Quando correlacionados os dados do SRQ-20 com os dados do questionário sociodemográficos observou-se significância na relação entre sofrimento mental com religião, estado civil e idade, não foi observado nessa pesquisa relação significativa de sofrimento mental com os seguintes fatores: Carga de trabalho, tipo de serviço, renda, tempo de atuação e formação. Porém mesmo sem significância estatística é válido ressaltar dentre os que estavam em sofrimento mental 50% atuavam na área a menos de 5 anos.

A tabela 1 mostra a relação entre o sofrimento mental e a presença ou ausência de religião. Na qual se obteve relevância ($p=0,03$) da relação de sofrimento mental com a ausência de religião.

Tabela 1: Relação entre sofrimento mental e religião

| | N com religião | % - com religião | N sem religião | % - sem religião | N total | % do total |
|-----------------------|----------------|------------------|----------------|------------------|---------|------------|
| Sem sofrimento mental | 26 | 92,9% | 8 | 66,7% | 34 | 85% |
| Em sofrimento | 2 | 7,1% | 4 | 33,3% | 6 | 15% |

| | | | | | | |
|--------|----|------|----|------|----|------|
| mental | | | | | | |
| Total | 28 | 100% | 12 | 100% | 40 | 100% |

Fonte: Dados colhidos durante esse estudo.

As tabelas 2 e 3 mostram relação entre sofrimento mental e o estado civil. Na qual notou-se relevância ($p=0,04$) do casamento como fator protetor para o sofrimento mental.

Tabela 2: Relação numérica entre sofrimento mental e estado civil

| | Solteiros | Casados | Relacionamento estável | Outros | Total |
|-----------------------|-----------|---------|------------------------|--------|-------|
| Sem sofrimento mental | 10 | 20 | 4 | 0 | 34 |
| Em sofrimento mental | 3 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| Total | 13 | 21 | 5 | 1 | 40 |

Fonte: Dados colhidos durante esse estudo.

As tabelas 4 e 5 mostram a relação entre sofrimento mental e idade. Onde se observou relevância ($p=0,02$) após analisar o score médio dos participantes com até 40 anos e dos maiores que 40 anos, mostrando uma menor incidência dos sintomas que cursam com sofrimento mental nos participantes com mais de 40 anos.

Tabela 4: Relação entre sofrimento mental e idade

| | N < 40 anos | % < 40 anos | N ≥ 40 anos | % ≥ 40 anos | N total | % do total |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------|------------|
| Sem sofrimento mental | 15 | 75% | 19 | 95% | 34 | 85% |
| Em sofrimento mental | 5 | 25% | 1 | 5% | 6 | 15% |
| Total | 20 | 100% | 20 | 100% | 40 | 100% |

Fonte: Dados colhidos durante esse estudo.

Tabela 5: Relação entre sofrimento mental e idade sobre a perspectiva de score médio e desvio padrão

| | Quantidade | Score médio | Desvio padrão |
|-------------|------------|-------------|---------------|
| N < 40 anos | 20 | 4,8 | 3,23793 |
| N ≥ 40 anos | 20 | 2,5 | 3,01749 |

Fonte: Dados colhidos durante esse estudo.

6. Discussão

No presente trabalho, quando observado toda a amostra, apenas 15% da população apresentou pontuação suficiente que caracteriza sofrimento mental perante o SRQ-20. Quando comparada com os dados sócio demográficos através de uma análise estatística descritiva utilizado o teste qui-quadrado, apenas os dados religião, estado civil e idade obtiveram relevância com o critério de significância $p < 0,05$.

Volcan et al. (2003) colocam o bem estar espiritual como um fator protetor. Ele coloca que, apesar de um mecanismo ainda incerto com a saúde mental, o exercício de rituais e orações, assim como outras atividades espirituais tem demonstrado efeito positivo sobre emoções importantes para a saúde mental. Bellieni et al. (2012) realizaram um estudo que demonstrou aos médicos agnósticos ou ateus uma maior facilidade para desenvolvimento de patologia relacionado ao trabalho. O resultado dessa pesquisa esteve em concordância com esses autores visto que quando comparada indivíduos com religião com aquele que não possuem nenhum seguimento religioso como fé ou ausência de fé espiritual, obteve-se uma predominância de sofrimento mental para esses indivíduos sem religião, com percentil de significância de 0,03. Quando comparado os tipos de religião seja era católica, evangélica, espírita entre outras não se teve nenhuma relevância. Atuando então como um fator protetor para esses indivíduos.

Quanto ao estado civil diversos estudos mostram casamento como fator protetor para sofrimento mental e fator protetor para diversas patologias que coexistem com o sofrimento mental, como, por exemplo, depressão e Burnout, enquanto estado civil solteiro mostrasse com maior predisposição a estresse quando comparado a população casada (KESSLER; ESSEX., 1982; PATTEN et al., 2006; SCOTT et al., 2009; GOULART et al., 2010). Na presente pesquisa os resultados mostraram relação concordante com as referências apresentada, nesse encontrou-se a diferença significativa $P = 0,04$ entre solteiro, casados, relação estável e divorciados, sendo população solteira mostrou maior significância para sofrimento mental e os casados como fator protetor para tal situação. Patten et al. (2006) afirmaram em seu estudo que quando observado o estado civil sua população aqueles divorciados e viúvos tinham ainda uma maior predisposição ao estresse quando comparado a outras estado civil inclusive os solteiros, no presente estudo

não pode ser observado nenhuma relação a essa categoria visto que nenhum representante da amostra pertencia a essa situação civil.

O critério idade mostrou padrões controversos com as referências. Não foi encontrado nenhum profissional acima de 60 anos não foi encontrado nenhum em estado de sofrimento mental, apesar de Byrne (2002) afirmar em seu estudo o predomínio de sintomas depressivo e ansiedade em indivíduos idosos, a qual não teve correlação com essa pesquisa onde não houve predomínio significativo de nenhum dos 4 tipos de sintomas presente no questionário. Indivíduos mais velhos apresentam satisfação maior com seu trabalho (REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2006) e na presente pesquisa foi observado que 100% dos indivíduos acima de 60 anos não apresentaram queixa do sintoma dificuldade no serviço de trabalho presente no SRQ – 20, na população acima de 40 anos 95% não apresentou essa queixa. Perante a análise com o teste qui-quadrado na amostra total de participantes, observou-se relevância significativa quando comparado indivíduos com idade inferior a 40 anos e 40 anos ou mais, obtendo Percentil 0,02, colocando predomínio de sofrimento mental para a população com idade inferior a 40 anos. Sendo assim, o avanço da idade mostrou-se um fator protetor para sofrimento mental para população dessa pesquisa. O aumento da idade e redução do o nível de impacto do trabalho sugere um comportamento adaptativo aliviando a sobrecarga emocional do dia-a-dia (REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2006).

Quanto ao tempo de atuação desses profissionais, como esperado entre os indivíduos que estavam em sofrimento mental, a maioria (50%) era representada pelos profissionais com até 5 anos de atuação na área, sendo os outros 50% divididos entre: 5 a 10 anos, 10 a 20, 20 a 30 e mais que 30 anos de atuação. Porém esse critério não mostrou valor significativo com o teste de qui-quadrado comparado aos outros tempos de atuação e junto aos indivíduos que não estavam em sofrimento mental comparado aos diferente tempos de atuação entre a amostra geral. Assim resultados foram não concordantes com pensamento de recém formados ou pequeno tempo de atuação no mercado de trabalho especialmente nos primeiros anos de atuação, estar mais insatisfeitos com trabalho e altamente propensos ao sofrimento (NICOLIELO; BASTOS, 2002; GOULART et al., 2010).

Alguns estudos tem mostrado que a carga horária elevada está relacionada com um maior acometimento de patologias que cursam com o sofrimento mental, como, por exemplo, depressão (GOMES; QUINTÃO, 2011) e Burnout (CARLOTTO; PALAZZO, 2006). MARCO et al. (2008) afirmou através do SRQ-20 que predominam transtornos psiquiátricos menores em profissionais que trabalham de 20 a 30 horas semanais. Porém na presente pesquisa pode-se afirmar o mesmo, pois da população geral na amostra a maioria trabalhavam entre 5 e 10 horas semanais não podendo fazer nenhuma correção significativa entre a carga horária, sofrimento mental e fator agravante.

Quanto ao tipo de trabalho algumas pesquisas apontam que os profissionais que possuem envolvimento com sistema público possuem maior impacto do trabalho sobre sua saúde (REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2006). GOULART et al. (2010) dizem que profissionais que prestam assistência direta às pessoas, como médicos, psicólogos e professores são frequentemente afetados pela Síndrome de Burnout. Porém nessa pesquisa nada pode ser afirmado sobre tal questão, visto que não obteve valor significativo de diferença entre os tipos de trabalho e a apresentação de sofrimento mental. Uma importante observação nessa pesquisa encontra-se no fato que quase metade da amostra participa de mais de um tipo de serviço, entre esses uma boa porcentagem são docentes e realizam um ou mais tipos de atendimento ambulatorial (SUS, particular ou plano de saúde) coloca-se importante a afirmação de algumas pesquisas que dizem que alguns profissionais podem se sentir-se mais saudáveis emocionalmente se tiver outro emprego (PELISOLI; MOREIRA; KRISTENSEN, 2007) e atividades que não envolviam o cuidado direto ao paciente contribuem para aumentar a satisfação desse profissional (REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2006).

Em relação a renda dos profissionais, nenhuma significância pode ser observada na pesquisa, tanto baixa como em alta renda salarial apresentaram ou não sofrimento mental, com nenhuma predominância para o padrão de renda com o grau de pontuação somada no SRQ-20. Esse resultado apresentado na presente pesquisa pode levar a considerar, sem confirmação, a então a ideia de Volcan (2003) que sugere em seu artigo que o salário não necessariamente tem influência sobre sua saúde mental, o que influencia é se o dinheiro será ou não suficiente para manter o padrão de vida desejado pelo profissional, ideia essa contrária ao pensamento de baixa renda estar relacionada de

forma significativa com estados que pré dispõem a sofrimento mental (WILKINSON, 1996; PATTEN et al., 2006).

7. Considerações finais

Estudos acerca da saúde mental de psiquiatras e psicólogos são muito importantes e necessários, dado o contexto que esses profissionais trabalham e das consequências do sofrimento mental para eles mesmo como maior índice de insatisfação e suicídio; para o atendimento dos pacientes e também para a população e para o governo já que distúrbios da saúde mental se não tratados demandam maior gasto dos recursos voltados a saúde. Dessa forma é necessário saber quais características sociodemográficas são mais determinantes no sofrimento mental desses profissionais, como foi notado com o estado civil, religião e idade nesse estudo.

Dentre os objetivos propostos foi possível concluir a relação do sofrimento mental apenas com a idade, o estado civil e a religião, e não foi capaz de mostrar a relação com carga de trabalho, tipo de serviço, renda, tempo de atuação e formação, provavelmente devido ao pequeno número de participantes.

Dada a importância do assunto e do fato do suicídio ser um dos possíveis desfechos do sofrimento mental, torna-se necessário um maior cuidado com a saúde mental desses profissionais e mais seriedade no tratamento de distúrbios mentais já que foi percebido que médicos que cometeram suicídio recebiam menos tratamento mental quando comparados aos não médicos (GOLD; SEM; SCHWENK, 2013), que a ideação suicida foi 50% menor em pessoas que tiveram pelo menos 4 sessões de terapia e também que o risco de suicídio na depressão aumenta devido a auto-medicação, que pode ser eficiente para sintomas mas mascara a patologia de base (GUILLE et al., 2015). Mais pesquisas nessa área, que ainda tem um número muito ínfimo de estudos, devem ser feitas visando um melhor entendimento do assunto, tornando possível um maior cuidado com a saúde mental desses profissionais e um melhor desfecho na identificação e tratamento de distúrbios mentais.

8. Limitações do estudo

É válido ressaltar algumas limitações metodológicas do presente estudo. A primeira se dá do pequeno número de indivíduos da nossa amostra. A segunda se dá do significativo número de profissionais que optaram por não participar da pesquisa 29,8% da amostra, destes 88% por preferência e apenas 12% por motivos de licença médica. A terceira limitação está na dificuldade de definir o desfecho de sofrimento mental, já que não existe uma definição exata de saúde ou normalidade mental. A quarta limitação se deu devido a constante troca de gestores das instituições públicas onde foi realizada a pesquisa.

É necessário, ainda, considerar que como a amostra é composta apenas por profissionais atuantes na cidade de Anápolis-GO alguns resultados encontrados podem ser generalizados apenas dentro desta mesma população. Outros estudos tornam-se necessários para a avaliação do tema em diferentes localidades.

9. Referências

- ALMEIDA FILHO, N. For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 753-770, 2001.
- BAUMAN Z., **Liquid Modernity**, Polity Press, 2000.
- BELO, F. R. R. Psicologia, direitos humanos e sofrimento mental: da tragédia ao respeito. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 18, n. 1, p. 56-67, 1998.
- BELLIENI, C. V. *et al* Assessing burnout among neonatologists. *J Matern Fetal Neonatal Med*, Boca Raton, v. 25, n. 10, p. 2130-2134, 2012
- BENETTI, S. P. C. *et al*. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1273-1282, 2007.
- CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 923-931, 2003.
- CARLOTTO, M. S.; PALAZZO, L. S. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1017-1026, 2006.
- DITTRICH, A. Psicologia, direitos humanos e sofrimento mental: ação, renovação e libertação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 18, n. 1, p. 46-55, 1998.
- DE MARCO, P. F. *et al*. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 2008.
- FIRTH-COZENS, J. Improving the health of psychiatrists. **Advances in Psychiatric Treatment**, v. 13, n. 3, p. 161-168, 2007.
- FRANÇA, T. L. B. *et al*. Burnout syndrome: Characteristics, diagnosis, risk factors and prevention. **Journal of Nursing UFPE on line [JNUOL/DOI: 10.5205/01012007/Impact factor: RIC: 0, 9220]**, v. 8, n. 10, p. 3539-3546, 2014.

GADAMER, H. G.; GRIECO, Agnese; LINGARDI, Vittorio. **Dove si nascondela salute**. Raffaello Cortina, 1994.

GOMES, A. P. R.; QUINTÃO, S. R.. Burnout, satisfação com a vida, depressão e carga horária em professores. **Análise Psicológica**, v. 29, n. 2, p. 335-344, 2011.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. P. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro. Vol. 24, n. 2 (fev. 2008), p. 380-390, 2008.

GORENSTEIN, C.; WANG, Y.P.; HUNGERBÜHLER, I. Instrumentos de avaliação em saúde mental. **Artmed Editora**, 2016.

GOULART, C. B. et al. Fatores predisponentes da síndrome de Burnout em trabalhadores de um hospital público de médica complexidade. **Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 11, n. 2, p. 48-55, 2010.

GOLD, K.; SEN, A; SCHWENK, T. Details on suicide among US physicians: data from the National Violent Death Reporting System. *General hospital psychiatry*, v. 35, n. 1, p. 45-49, 2013.

GUILLE, C., ZHAO, Z., KRYSTAL, J., NICHOLS, B., BRADY, K., & SEN, S. Web-based cognitive behavioral therapy intervention for the prevention of suicidal ideation in medical interns: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 72(12), 1192-1198, 2015.

HELOANI, J. R.; CAPITÃO, C. G. Saúde mental e psicologia do trabalho. São Paulo em perspectiva, v. 17, n. 2, p. 102-108, 2003.

LAURENTI, R. As manifestações de sofrimento mental mais frequentes na comunidade. SMAD, **Revista Electrónica em Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 3, n. 2, 2007.

LIMA, M. S. de et al. Epidemiologia do transtorno bipolar. **Archives of Clinical Psychiatry**, 2005

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil Prevalence of common mental disorders. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, 2006.

PATTEN, Scott B. et al. Descriptive epidemiology of major depression in Canada. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 51, n. 2, p. 84-90, 2006.

PELISOLI, C.; MOREIRA, Â. K.; KRISTENSEN, Christian Haag. Avaliação da satisfação e do impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais de saúde mental. **Mental**, v. 5, n. 9, p. 63-78, 2007.

KESSLER, R. C.; ESSEX, Marilyn. Marital status and depression: The importance of coping resources. **Social forces**, v. 61, n. 2, p. 484-507, 1982.

REBOUÇAS, D; LEGAY, L. F. ; ABELHA, L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 244-250, 2007.

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes; ARAÚJO, Tânia Maria de; OLIVEIRA, Nelson Fernandes de. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 214-222, 2009.

SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. L. Profissionais de saúde mental: manifestação de stress e burnout. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 27, n. 1, p. 67-74, 2010.

SCOTT, Kate M. et al. Gender and the relationship between marital status and first onset of mood, anxiety and substance use disorders. **Psychological medicine**, v. 40, n. 9, p. 1495-1505, 2010.

SELYE, H. **The stress of life**. 1956.

SOCIEDADE AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014. Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-: DSM-5. **Artmed Editora**, 2014.

SULMASY, Daniel P. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. **The gerontologist**, v. 42, n. suppl_3, p. 24-33, 2002.

SPARRENBERGER, Felipe; SANTOS, Iná dos; LIMA, Rosângela da Costa. Epidemiologia do distress psicológico: estudo transversal de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, p. 434-439, 2003.

VOLCAN, S. M. A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, 2003.

WILKINSON, R. **Unhealthy Societies: The Affluence of Inequality**. 1996.

WEINBERG, A. & Creed, F. Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. **Lancet**, 2000.

Anexos

Anexo 1 – SRQ-20

SRQ 20 - Self Report Questionnaire.

| QUESTÕES | SIM | NÃO |
|---|-----|-----|
| 1 - Você tem dores de cabeça frequente? | | |
| 2- Tem falta de apetite? | | |
| 3- Dorme mal? | | |
| 4- Assusta-se com facilidade? | | |
| 5- Tem tremores nas mãos? | | |
| 6- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)? | | |
| 7- Tem má digestão? | | |
| 8- Tem dificuldades de pensar com clareza? | | |
| 9- Tem se sentido triste ultimamente? | | |
| 10- Tem chorado mais do que 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 ideia de acabar com a vida? | | |
| 18- Sente-se cansado (a) o tempo todo? | | |
| 19- Você se cansa com facilidade? | | |
| 20- Têm sensações desagradáveis no estomago? | | |

Anexo 2 – TCLE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) Análise de sofrimento mental em psicólogos e psiquiatras de Anápolis

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Análise de sofrimento mental em psicólogos e psiquiatras de Anápolis” desenvolvida por FelypeDeyvede Cunha Lima, Lucas Camargo Villas Boas Zambrin e Pedro Henrique Borges Rodrigues discentes de Graduação em Medicina do Centro Universitário UniEVANGÉLICA, sob orientação da Professora Talita Braga.

O objetivo central do estudo é avaliar a prevalência de sofrimento mental em psicólogos e psiquiatras no município de Anápolis-GO e correlacionar a presença de sofrimento mental com os seguintes fatores: Carga de trabalho, estado civil, idade, tipo de atendimento (ambulatorial por algum plano de saúde, ambulatorial pelo sistema público de saúde, ambulatorial particular e Acadêmico), religião, renda e tempo de atuação na área.

O convite a sua participação se deve à você ser um(a) psicólogo(a) ou psiquiatra que trabalha em uma das instituições coparticipantes desse estudo. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

O convite para participação do projeto de pesquisa para você psicólogo(a) ou psiquiatra dos cursos de medicina ou psicologia da Unievangélica será realizado na própria instituição na sala dos professores. Se você, após a leitura e compreensão desse termo, estiver de acordo com os termos apresentados e se dispuser a participar da pesquisa, terá duas alternativas: levar os dois questionário (SRQ-20; sócio-demográfico) para casa ou respondê-los imediatamente. Se você optar por responder em casa será agendada uma data de entrega dos questionários e desse termo assinado aos pesquisadores responsáveis.

Para o convite de você profissional do Hospital Dia ou da Clínica Equilibrium ou do Hospital Espírita ou de algum dos Caps (Crescer, Viver e Vidativa) a abordagem será feita pelo responsável da instituição em uma das reuniões realizadas nas instituições ou por algum dos pesquisadores no seu consultório, onde será elucidado a importância do projeto de pesquisa e apresentado esse termo. Se você, após a leitura e compreensão desse

termo, estiver de acordo com os termos apresentados e se dispuser a participar da pesquisa, terá duas alternativas: levar os dois questionário (SRQ-20; sócio-demográfico) para casa ou respondê-los imediatamente. Se você optar por responder em casa será agendada uma data de entrega dos questionários e desse termo assinado aos pesquisadores responsáveis.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas já que não serão coletados dados de identificação (nome, documentação, endereço, celular, e-mail), colocando os dados coletados em envelopes sem identificação e vale ressaltar que qualquer dado que

possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através do seguinte número (62) 9090 98222-8228 ou através do e-mail lucasczambryn@gmail.com.

A sua participação consistirá em responder dois questionários, o Self Reporting Questionnaire 20 (SRQ-20), questionário validado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que é composto por 20 perguntas de rápida aplicação para rastreamento de pessoas em sofrimento mental, e um questionário sócio-demográfico. Os questionários serão armazenados e somente terão acesso aos mesmos os pesquisadores e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UniEVANGÉLICA.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é trazer uma nova visão acerca da saúde mental dos psicólogos e psiquiatras, para daí então ser possível tomar medidas de conscientização pública, visando uma melhora da qualidade de vida e da saúde mental desses profissionais. Os resultados serão divulgados por meio de palestras, apresentações em congressos e simpósios, publicação na RESU.

Assinatura do Pesquisador Responsável – (Inserção na) UniEVANGÉLICA

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável:

Endereço: Avenida Universitária, Km 3,5 Cidade Universitária – Anápolis/GO CEP: 75083-580

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DE PESQUISA

Eu, _____ RG nº _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como participante. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre os objetivos da pesquisa, os

procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas e recebi telefones para entrar em contato, a cobrar, caso tenha dúvidas. Fui orientado para entrar em contato com o CEP - UniEVANGÉLICA (telefone 3310-6736), caso me sinta lesado ou prejudicado. Foi-me garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma via deste documento.

Anápolis, ____ de _____ de 20__, _____

Assinatura do participante da pesquisa

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA:

Tel e Fax - (0XX) 62- 33106736

E-Mail: cep@unievangelica.edu.br

Anexo 3 – Parecer de aprovação do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise de sofrimento mental em psicólogos e psiquiatras de Anápolis

Pesquisador: Talita Braga

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 77121517.4.0000.5076

Instituição Proponente: Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.338.529

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|--------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_932730.pdf | 21/09/2017 09:46:44 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | tccsaudemental.docx | 21/09/2017 09:45:38 | Talita Braga | Aceito |
| Outros | instituicoes_coparticipantes_6.pdf | 21/09/2017 09:45:11 | Talita Braga | Aceito |
| Outros | instituicoes_coparticipantes_5.pdf | 21/09/2017 09:44:51 | Talita Braga | Aceito |
| Outros | instituicoes_coparticipantes_4.pdf | 21/09/2017 09:44:34 | Talita Braga | Aceito |
| Outros | instituicoes_coparticipantes_3.pdf | 21/09/2017 09:44:08 | Talita Braga | Aceito |
| Outros | Instituicoes_coparticipantes_2.pdf | 21/09/2017 09:43:53 | Talita Braga | Aceito |
| Outros | Instituicoes_coparticipantes_1.pdf | 21/09/2017 09:42:48 | Talita Braga | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tcleanalisesofrimentamental2.pdf | 21/09/2017 09:42:07 | Talita Braga | Aceito |
| Folha de Rosto | Folhaderosto2.pdf | 21/09/2017 09:39:48 | Talita Braga | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não



Continuação do Parecer: 2.338.529

ANAPOLIS, 19 de Outubro de 2017

Assinado por:
Fabiane Alves de Carvalho Ribeiro
(Coordenador)

Apêndice 1 – Questionário Sócio-demográfico

| Questionário Sócio Demográfico | |
|-----------------------------------|---|
| Carga horária de trabalho semanal | <input type="checkbox"/> Até 20h <input type="checkbox"/> De 20 a 40h <input type="checkbox"/> De 40 a 60h <input type="checkbox"/> Mais de 60h |
| Estado civil | |
| Idade | |
| Tipo de serviço | <input type="checkbox"/> Ambulatorial (SUS) <input type="checkbox"/> Ambulatorial (Particular) <input type="checkbox"/> Ambulatorial (Plano de saúde) <input type="checkbox"/> Docente |
| Religião | |
| Renda | <input type="checkbox"/> Até 5 salários mínimo <input type="checkbox"/> De 5 a 10 salários mínimo <input type="checkbox"/> De 10 a 15 salários mínimo <input type="checkbox"/> De 15 a 20 salários mínimo <input type="checkbox"/> Mais de 20 salários mínimo |
| Tempo de atuação na área | <input type="checkbox"/> Até 5 anos <input type="checkbox"/> De 5 a 10 anos <input type="checkbox"/> De 10 a 20 anos <input type="checkbox"/> De 20 a 30 anos <input type="checkbox"/> Mais de 30 anos |