

O CUIDADOR EM SAÚDE MENTAL: PROCESSO DE TRABALHO E STRESS OCUPACIONAL VIVENCIADO EM INSTITUIÇÃO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL

Silvia Cristina Santos Silva¹

RESUMO

O interesse na reflexão sobre o processo de trabalho em instituição de saúde mental recai na necessidade de compreender como este ocorre e a visão dos profissionais inseridos na área, bem como contribuir para a discussão do modelo de atendimento proposto pela Reforma Psiquiátrica concretizando os princípios fundamentais que tem a liberdade e autonomia como diretrizes do processo de humanização e inclusão social desse segmento. Propõe-se discutir a interdisciplinaridade como caminho ideal para integrar as diversas áreas do saber em prol de uma melhor assistência ao usuário, levando em consideração sua contextualização histórica, social, cultural e econômica. O artigo sugere que intervenções sejam feitas no processo de trabalho com a finalidade de desenvolver uma percepção sobre as ações em equipe com o objetivo de aprimorar o ato de cuidar e obtendo como resultado a humanização da assistência, já que a área de saúde mental por si só promove uma sobrecarga em seus cuidadores, a exemplo do stress e na sua forma mais crítica a síndrome de Burnout. A ótica da dialética foi privilegiada, pois o objeto de análise deve ser entendido com suas particularidades, sem perder de vista a compreensão da totalidade.

PALAVRAS-CHAVE: saúde mental, reforma psiquiátrica, CAPS, processo de trabalho, cuidador em saúde mental, stress.

ABSTRACT

The interest in reflecting on the work process in mental health service lies in the need to understand how this occurs and the views of professionals in the area included as well as contribute to the discussion of the service model proposed by the Psychiatric Reform embodying the fundamental principles that have freedom and autonomy as guidelines in the process of humanization and social inclusion of this segment. It is proposed to discuss the interdisciplinarity as an ideal way to integrate the various areas of knowledge towards a better user assistance, taking into account its historical background, social, cultural and economic. The article suggests that interventions are made in the work process in order to develop and insight into the actions of staff in order to enhance the act of caring, and as result, the humanization of care, since the mental health field itself only promotes a burden on their caregivers, such as stress and its most critical Burnout Syndrome. The perspective of dialectic was privileged because the object of analysis must be understood in their particular circumstances without losing sight of the understand all.

KEYWORDS: mental health, Psychiatric Reform, CAPS, work process, caregiver mental health, stress.

¹ Assistente Social (UFS), pós graduanda em Gestão em Saúde Pública e da Família da Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe – FANESE– email: silviacs81@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO: construção social da loucura

Todo indivíduo que se comporta fora das regras sociais estabelecidas é tido como alguém “diferente”, “fora do normal”, um “desviante” criando-se a necessidade do afastamento, isolamento, tendo como única finalidade manter a “ordem”, uma vez que a loucura é socialmente construída de acordo com cada momento histórico (RESENDE, 1997).

FOUCAULT (1978), em sua obra *História da Loucura*, mostra a transformação da loucura em doença mental retomando alguns períodos históricos: na Renascença os loucos eram lançados a deriva na “nau” dos insensatos; na idade clássica passam a ser vítimas de longas internações em hospitais gerais e com a modernidade (século XIX) surgem os asilos psiquiátricos, associando a loucura à doença mental. Da Antiguidade a Idade Média, os que eram considerados loucos tinham certa liberdade, pois circulavam livremente e no caso de famílias abastadas eles eram mantidos em casa sob a guarda de um assistente.

RESENDE (1997) cita que as medidas legislativas de repressão se complementaram pela criação de instituições, as casas de correção e trabalho e os chamados hospitais gerais, que apesar do nome, não tinham qualquer função curativa. Destinavam-se a limpar as cidades dos mendigos e anti-sociais em geral, a prover trabalho para os desocupados, punir a ociosidade e reeducar para a moralidade mediante instrução religiosa e moral.

Com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789) e com os ideais da Revolução Francesa, principalmente liberdade, houve uma mudança na forma de tratar os “loucos”, passando estes a serem levados para manicômios a fim de separá-los daqueles que eram considerados ameaça a segurança social. O hospital de *Bicêtre*, em Paris, era considerado uma verdadeira “casa de horrores” onde os internados, os loucos em sua maioria, eram abandonados à própria sorte. O médico *Phillipe Pinel*, um dos primeiros alienistas, começou a separar e classificar os diversos tipos de desvio ou alienação mental que encontrava com o objetivo de estudá-los e tratá-los.

Dessa forma, a loucura passa a ser vista como patologia ou entidade clínica na qual era preciso buscar sua cura. Assim, o “desviante” deixa de ser um problema meramente social e a psiquiatria passa a se ocupar deste campo. Aliada ao Direito, a Psiquiatria passa a exercer o papel de tutora desses doentes, pois acreditava que eles não tinham capacidade para cuidar de si, constituindo um quadro de destituição da cidadania dos mesmos.

No Brasil a institucionalização ocorreu no século XIX com a assimilação dos ideais europeus sendo que os mesmos seriam readaptados de acordo com a realidade vivida em cada conjuntura. Esses ideais consistiam em manter a ordem e a paz social reprimindo todo e

qualquer movimento que perturbasse a mesma. Essa idéia ficou mais forte com o advento do capitalismo que impôs uma nova configuração social exigindo uma mão de obra sadia e que garantisse lucro.

Nos séculos XVI e XVII, as Santas Casas de Misericórdia e outras instituições de caridade não os tinham entre sua variada clientela, sendo que estes ficavam aos cuidados da família, confinados em suas casas, marcando no Brasil uma fase de loucura silenciosa. Posteriormente, as Santas Casas passam a receber em seus porões os doentes mentais, juntamente com marginais, mendigos, libertinos, pacientes sujeitos a maus tratos.

A definição de doente mental é construída historicamente. Segundo RESENDE (1997) a ideologia psiquiátrica teria nascido para tornar possível classificar como doente mental todo comportamento inadaptável aos critérios da liberdade burguesa. Os fatores que influenciaram na institucionalização da loucura foram os mesmos da Europa tendo o objetivo de exclusão da sociedade e controle através das instituições.

O marco institucional brasileiro referente à assistência psiquiátrica foi à criação do primeiro hospício no Rio de Janeiro, em 1852, denominado hospital D. Pedro II, instituição subordinada à Santa Casa de Misericórdia que possuía função segregadora, isto é, de remoção e exclusão. Nesse período houve reclamações devido aos maus tratos sofridos pelos pacientes: uso de camisas de força, jejuns forçados, entre outros. Foi a partir de denúncias desse tipo que se percebeu a necessidade de desenvolver uma psiquiatria adequada.

Com o passar dos anos, manicômios, colônias agrícolas, sanatórios e hospitais foram criados com o dever de retirar o “doente” do convívio com a sociedade. Neste mesmo ano foi criada a primeira lei de assistência ao doente mental iniciando uma política de saúde voltada para essa clientela, porém mantendo a perspectiva da segregação e da exclusão social das pessoas consideradas loucas.

Na primeira República (até os anos 30) foi desenvolvido o serviço de assistência médica aos alienados e no Código Civil (1916) havia a preocupação com os doentes mentais apenas no sentido de afirmar que eram incapazes de exercer os atos da vida civil, bem como eram passíveis de interdição, ou seja, teriam como representantes tutores ou curadores.

No pós 30 ocorreram mudanças quanto à política de saúde voltada para o “doente mental” com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) onde o Estado passou a influenciar fortemente na regulamentação e financiamento para aqueles que estivessem associados à instituição.

Nas décadas de 40 e 50 cresce o atendimento aos previdenciários, onde o doente mental teria acesso ao hospital público e particular. Já nas décadas de 60 e 70 verificou-se

uma política de assistência ligada ao setor privado, com a contratação de serviços. Nota-se que antes o doente era tutelado pelo Estado e nesse momento passa a ser fonte de lucro para o setor privado, uma vez que há o desenvolvimento da indústria farmacêutica.

Nos anos 80, ocorreram mudanças na política de saúde voltada para o doente mental, conseqüência da Reforma Psiquiátrica que influenciou nas políticas adotadas nesse período e na década seguinte no Brasil. Na área de Saúde Mental, o Ministério da Saúde produziu uma importante portaria² que estabelece uma forma de atendimento dentro do espírito da Reforma Psiquiátrica: as residências terapêuticas que consistem em casas para receber ex internos de clínicas psiquiátricas com o intuito de promover a ressocialização dos mesmos.

O trabalho social no campo da saúde, dentro do contexto dos anos 90, nos coloca diante de medidas políticas de cunho neoliberal que com um discurso de defesa e incentivo ao mercado financeiro, promovem cortes nas políticas sociais. Neste contexto, a política de saúde também sofre restrições impostas pelas condições sociais e econômicas.

O artigo abordou a construção da loucura para subsidiar a discussão sobre a Reforma Psiquiátrica e o surgimento dos novos modelos de atenção em saúde mental, privilegiando os CAPS e o trabalho realizado nesses serviços através de uma equipe interdisciplinar, destacando ainda o stress vivenciado por estes profissionais.

2. REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

BRAVO (2007) diz que com a abertura política, a partir dos anos 80, vão se reestruturando os movimentos em defesa de uma política de saúde mais abrangente, democrática e disponível para todos. Esse movimento, que surgiu a partir de discussões acadêmicas sobre as políticas de saúde e da reestruturação das organizações de trabalhadores da saúde, ficou conhecido como Movimento Sanitário. Esse movimento previa a elaboração de uma nova Constituição para discutir as políticas sociais como a saúde e a assistência social.

Foi com a Constituição de 88 que a assistência e a saúde passaram a ter visibilidade, sendo vistas como direito do cidadão e dever do Estado e é nesse momento que se evidencia o novo conceito de saúde que foi discutido na VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório serviu de base para propostas de reestruturação do sistema de saúde. A partir da

² Portaria GM/ MS nº106/00.

conferência, a saúde é conceituada como um bem estar físico, mental e social, sendo consequência das condições de moradia, transporte, alimentação e lazer.

Não obstante, a saúde mental também foi reformulada através dos movimentos sociais, com o movimento de luta antimanicomial e o avanço na discussão de reestruturação da atenção à Saúde Mental, ampliando e diversificando a palavra “atenção”, que nesta ótica ultrapassa os limites dos atendimentos feitos em instituições psiquiátricas.

Esse processo começou a ser pensado nos diversos encontros de trabalhadores da saúde mental. As discussões iniciais objetivaram denunciar as condições precárias da assistência prestada nos asilos e hospitais psiquiátricos. Os trabalhadores em saúde mental também realizaram uma autocrítica sobre o papel desempenhado por eles que era considerado de baixa qualidade e excludente e também sobre o novo papel político que assumiriam para transformar essa realidade.

Veio à tona a necessidade de lutar pelo resgate da cidadania dos doentes mentais durante a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, quando foram traçadas estratégias para processar modificações na legislação psiquiátrica, sanitária, trabalhista, penal e civil, modificações essas que dariam suporte ao novo enfoque da cidadania que se queria constituir.

Resgatar a cidadania do doente mental é a marca distintiva do processo de reforma psiquiátrica brasileira que tem como objetivos questionar o modelo assistencial vigente e propor estratégias para a transformação, fazendo surgir um novo paradigma para a psiquiatria. Tem-se ainda como características reverter o hospitalocentrismo, implantando rede extra-hospitalar e atenção multiprofissional; proibir a construção de novos hospitais psiquiátricos ou expansão dos existentes e fazer a desativação progressiva desses leitos; inserir leitos e unidades psiquiátricas em hospitais gerais; integrar a saúde mental a outros programas de saúde, movimentos sociais e instituições.

Todo processo de desinstitucionalização da cidadania e reforma psiquiátrica se consolida com a aprovação da lei nº 10.216 elaborada pelo movimento de luta antimanicomial e defendida pelo deputado Paulo Delgado; esta lei foi sancionada em abril de dois mil e um a fim de estabelecer a defesa dos direitos da pessoa com sofrimento mental, principalmente no que se refere a inviabilidade de construção de novos manicômios, eliminação dos que já existem e a implantação dos serviços substitutivos na comunidade.

Segundo FESTA (2006), os pressupostos da reforma psiquiátrica implicam na mudança de paradigmas sendo uma delas a capacidade de um “novo olhar” para aqueles que

convivem com as doenças mentais e neste sentido, fundamental para suas redes de convivência, sendo relevantes a família e a comunidade.

Decorrente do processo da Reforma Psiquiátrica surgem os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, abordagem à saúde mental na atenção básica com o conceito de clínica ampliada. VASCONCELOS (2006) afirma que a reforma psiquiátrica pressupõe várias mudanças e uma delas é a capacidade e a disposição do familiar e da comunidade em conviver com o portador de transtorno mental, uma vez que é neste ambiente, efetivamente, que deverá ocorrer a principal reforma.

3. Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS

Os CAPS instituídos juntamente com os NAPS através da Portaria/SNAS nº 224 de 29/01/1992 são unidades de saúde local-regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional, constituindo-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), os CAPS são serviços de saúde mental voltados para o tratamento de portadores de transtornos mentais cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidados intensivos, ou seja, pessoas que apresentem intenso sofrimento psíquico que lhes impossibilite de realizar seus projetos de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer acompanhamento clínico, estimular a integração social e familiar dos seus usuários, e apoiá-los em sua busca por autonomia, incluindo a conscientização de seus direitos civis. Trata-se de um programa que visa substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações em hospitais psiquiátricos e trazendo para perto do portador de transtorno um local de tratamento com ambiente acolhedor e individualizado, próximo a sua família e a sua comunidade.

O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em 1986 na cidade de São Paulo com o nome de Centro de Apoio Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira e foi resultado do movimento social que buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e da situação hospitalar. Atualmente, os CAPS estão inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamentados pela Portaria nº 336/GM de 2002 que reconhece o funcionamento e a complexidade dos CAPS e

tem a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes, por meio da oferta de cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com vista a substituir o modelo hospitalocêntrico, evitar as internações e favorecer o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários.

Ao começar um tratamento no CAPS um projeto terapêutico é traçado para cada usuário, o que define as atividades e tempo de frequência, respeitando as particularidades de cada usuário. A depender do projeto terapêutico o atendimento pode ser:

- Intensivo: trata-se do atendimento diário oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em crise ou dificuldades de convívio social;
- Semi-intensivo: oferecido quando o sofrimento psíquico e a desestruturação diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas precisa de uma atenção direta;
- Não-intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para desenvolver suas atividades em família.

Diante desses atendimentos, os CAPS desenvolvem atividades que podem ser realizadas em grupo, individual, envolvendo a família e a comunidade como: psicoterapia, orientação, oficinas de alfabetização, esportivas, visitas domiciliares, participação em eventos, assembleias envolvendo técnicos, usuários, familiares e comunidade.

4. AS TRANSFORMAÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO

A palavra trabalho, desde o princípio da humanidade até a sociedade atual, vem sofrendo alterações em seu conceito. Trabalho tem sua origem no vocábulo latino “*tripalium*” formado por três paus (Poliu) tendo a denominação de um estado de tortura. Os primeiros torturados foram os escravos e as pessoas mais pobres que não conseguiam quitar seus impostos.

Com a evolução da sociedade, os conceitos acerca do trabalho evoluíram, dando-lhe uma idéia genérica atualmente de tortura, reforçando o pensamento que trabalho é realização profissional, social e pessoal, ao qual possibilita ao ser uma auto-estima, autoconfiança para desenvolver suas atividades sociais.

No início do século XX, o americano *Henry Ford* utiliza um sistema de produção, baseado em uma linha de montagem com intuito de aumentar a produção, em um menor

espaço de tempo, sendo que o trabalhador reproduzia mecanicamente a mesma atividade durante todo dia.

O modelo *fordista* tinha como característica a produção em massa e as condições de trabalho precário, racionalização da produção através de parcelamento de tarefas e das desvalorizações do trabalhador. O trabalho mecanizado e repetitivo superava o trabalho intelectual, onde era afetado o incentivo aos funcionários que conseguissem produzir mais se tornando um trabalho alienado. A forma de trabalho era desumana, existia uma massificação do proletariado imposto pela sociedade capitalista e os trabalhadores não tinham salário digno, trabalhavam nos fins de semana para ganhar mais.

Com a crise do *fordismo* necessitava-se que os capitalistas elaborassem uma saída para a crise, utilizaram-se de toda a experiência adquirida no modelo anterior, criaram um modelo com intuito de solução para todas as dificuldades enfrentadas no período. Neste sentido, tem início o processo de reorganização e reestruturação da produção e do trabalho, ao qual originou o modelo flexível de produção, visando recuperar o ciclo reprodutivo do capital.

As lutas por melhorias e condições de trabalho não só resultaram em uma nova roupagem no processo de trabalho, mas também a participação dos operários na organização do trabalho. Desta forma percebeu-se que:

Os operários tinham se mostrado capazes de controlar diretamente não só o movimento reivindicatório, mas o próprio funcionamento das empresas. Eles demonstraram, em suma, que não possuem apenas uma força bruta, sendo dotados também, de inteligência, iniciativas e capacidade organizacional. Os capitalistas compreenderam que, em vez de limitar a explorar a força de trabalho muscular dos trabalhadores, privando-os de qualquer iniciativa e mantendo-os enclausurados nas compartimentações estritas do taylorismo e do fordismo, podiam multiplicar seu lucro explorando-lhes a imaginação, os dotes organizativos, a capacidade de cooperação, todas as virtudes da inteligência. (ANTUNES, 1999, p. 44-45).

De acordo com ANTUNES (1999), os operários deixariam de ser vistos como um ser que apenas sabia mexer em máquina, Nesse modelo, o operário tem que ser participativo criativo e integrado com o processo de produção, ao contrário do *fordista*, onde cada funcionário desenvolvia sua atividade. O novo modelo prega um profissional polivalente e multifuncional, capaz de trabalhar com diversas máquinas simultaneamente.

Diante do exposto, surgiu a flexibilidade profissional, na qual se observa a participação dos operários entre a elaboração e execução de tarefas e estratégias organizacionais. O sistema capitalista buscava a solução que melhor correspondesse aos seus interesses lucrativos, sabiamente incorporava as reivindicações dos operários e utilizava as

mesmas para obtenção de lucro, investindo em qualificação da mão-de-obra e ao mesmo tempo exigindo que os profissionais se dedicassem cada vez mais ao trabalho.

De acordo com o modelo toyotista, o profissional tem que ser polivalente, flexível e altamente especializado, conhecendo todo o processo de produção com capacidade de identificar falhas no sistema produtivo e de encontrar soluções imediatas. Para que isto aconteça os capitalistas utilizam estratégias como *just in time*³ e *Kaban*⁴ para acabar com o desperdício e possibilitar o controle de qualidade.

Nesse processo surgiu a ISO (International Organization for Standardization) com objetivo de demonstrar que as relações de trabalho são boas e, que os produtos passam pelo processo de inspeções. Objetiva-se, assim, a criação de um sistema de garantias visando estabelecer critérios para um adequado gerenciamento do negócio tendo como foco principal a satisfação do consumidor.

Uma das mudanças mais significativas no processo de trabalho na atualidade é a necessidade de qualificação profissional, associada à exigência do trabalho em equipe, da flexibilidade, da criatividade e da multidisciplinaridade.

Observamos que na sociedade atual, é notória a participação de equipes multidisciplinares para obtenção de melhores resultados. Considerando a realidade do mundo do trabalho e as mudanças provocadas no processo de trabalho em qualquer espaço profissional, será abordado a seguir o desenvolvimento desse processo em uma instituição de atendimento psicossocial, cuja equipe multidisciplinar é composta por profissionais de nível superior (médicos, assistente social, psicólogo, enfermeiro), de nível médio (técnicos em enfermagem, auxiliar administrativo) e também nível fundamental (apoio operacional).

5. PROCESSO DE TRABALHO E STRESS OCUPACIONAL

O profissional é o principal instrumento de trabalho na área de saúde mental, visto que o conhecimento adquirido na formação e a experiência vivenciada são os únicos recursos utilizados em seu exercício profissional cotidiano.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), as equipes técnicas do CAPS devem:

³ Just in time é um sistema utilizado em qualquer organização, com o objetivo de reduzir estoques e os custos decorrentes, determinando que nada deve ser produzido ou comprado antes da hora exata.

⁴ Kaban um cartão de sinalização que controla os fluxos de produção em uma indústria. Serve para indicar a produção da peça e a entrega, avisando quando acabam as peças e o ponto inicial da entrega.

Organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que porventura demandem providências imediatas, durante todo o período de funcionamento da unidade (p. 27).

Os profissionais que trabalham em CAPS possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional. É um grupo com diversos técnicos de nível superior (enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, e outros profissionais necessários às atividades oferecidas) e também de nível médio (auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, oficinairos, técnicos administrativos), além de uma equipe de apoio operacional.

O cuidador numa instituição de saúde mental é o profissional que lida diretamente com o usuário, com o seu sofrimento e busca enxergá-lo como ser humano e não como um conjunto de sintomas que caracterizam a doença, uma vez que se deve considerar a totalidade do ser. Os profissionais habilitados são os de nível superior (como citado acima) e os de nível médio (técnico e auxiliar de enfermagem) cujas atribuições consistem em humanizar a assistência através de atendimentos grupal e individual, considerando a família e a comunidade como elo fundamental para conquistar a cidadania. As principais atividades são pautadas na psicoterapia, orientação familiar, oficinas (alfabetização, esportivas, artes manuais, musicais) visitas domiciliares, participação em eventos (passeios, encontros, assembleias) que devem contar com a participação efetiva de seus atores sociais (usuários, comunidade, família e cuidadores).

O papel desempenhado pela equipe consiste em organizar, desenvolver e manter um ambiente terapêutico, criando uma rede de apoio familiar e social de forma gradativa, sem, no entanto, estabelecer um vínculo de dependência ao CAPS.

Diante dos novos modelos de assistência em saúde mental, como foi discutido anteriormente, é exigido do cuidador um maior envolvimento no tratamento com os usuários, o que muitas vezes acarreta uma sobrecarga e pode prejudicar a qualidade da assistência. Outros pontos que podem ser percebidos como estressantes são a falta de comprometimento de alguns membros da equipe e de ações conjuntas com a Atenção Básica, o preconceito por parte da comunidade que afasta os usuários e ignora a função desses profissionais, bem como a falta de comunicação o que causa uma sensação de não pertencimento ao grupo.

O stress é, segundo SELYE (apud Segatin; Maia, 2007), um conjunto de reações que o organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exija dele uma adaptação, isto é, ocorre quando há um agente estressor que desencadeia tal reação. Ainda de acordo com

SELYE é possível identificar três fases: *Alarme – fase muito rápida de orientação e identificação do perigo e às vezes as pessoas não percebem que estão nela; *Resistência – é uma fase que pode durar anos e é onde o corpo se adapta a nova situação; *Exaustão – é quando sai da fase da resistência e a pessoa adocece.

Alguns sintomas físicos podem aparecer quando a pessoa apresenta stress, como por exemplo, sudorese intensa, tensão muscular, ranger de dentes, náuseas, dentre outros. Também pode apresentar fatores psicológicos, a saber: ansiedade, tensão, angústia, dúvidas quanto a sua capacidade, choro, preocupação excessiva com as coisas.

É sabido que fatores no ambiente de trabalho podem causar todos estes sintomas sem que a pessoa perceba que está sendo acometida por isso. Quando ela se dá conta dos sintomas já está adoecida. Os conflitos diários que ocorrem no ambiente de trabalho juntamente com os problemas pessoais potencializam a ação desses sintomas, podendo levar o indivíduo ao desgaste emocional.

Para LIPP e MALAGRIS (2001), o estresse ocupacional pode ser decorrente de uma variedade de fontes, algumas delas pertencentes ao ambiente e às condições de trabalho (a exemplo de excesso de atividades, condições físicas inadequadas, longa jornada de trabalho, horário inadequado, chefia intransigente e autoritária, colegas de trabalho pouco colaborativos ou excessivamente competitivos, prazos irreais, pressões, medo de perder o emprego, entre outros específicos da situação de cada indivíduo), e outras decorrentes do próprio indivíduo, como características pessoais e interpretações disfuncionais frente às condições presentes. Entendendo que o ser humano é formado pela interação de suas diversas esferas de existência, quando este está estressado tende ao isolamento social e a culpar-se por tudo que ocorre, trazendo para si toda e qualquer culpa.

Num estágio mais crônico do stress pode-se destacar a síndrome de Burnout, que significa o desgaste físico e mental, e conseqüentemente a perda de interesse nas atividades exercidas. O indivíduo com síndrome de Burnout sente-se incapaz de investir nas relações afetivas e também laborais, pois acredita que todas as experiências serão frustradas e que é inútil esforçar-se para mudar algo. Segundo KLEINMAM (apud Segatin; Maia, 2007) essa síndrome pode atingir diversas profissões, principalmente aquelas que exigem um intenso contato interpessoal, como assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, entre outros.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a abordagem proposta pela Reforma Psiquiátrica, o cuidador em saúde mental vem como protagonista das mudanças no processo de trabalho. Segundo BERNARDES e GUARESCHI (2004, p. 3) “o trabalho em saúde mental, engendrado pelas novas políticas públicas de saúde, modifica tanto o modo de trabalhar quanto os modos de ser trabalhador”. Com isso, o cuidador apresenta a interdisciplinaridade como negação do modelo hegemônico manicomial de assistência. RODRIGUES (2004, p. 53) afirma que “sob este ângulo, a interdisciplinaridade não pretende a unidade de conhecimentos, mas a complementaridade, a parceria e a mediação de conhecimentos parcelares na criação de outros saberes”.

No ambiente de trabalho do CAPS a busca de soluções para os problemas trazidos pelos usuários é feita sempre em discussão entre os profissionais, o que permite enxergar o usuário de uma forma mais abrangente, permitindo que a atenção seja mais integral e dinâmica e não reduzindo a uma visão de tratamento apenas dos sintomas.

No entanto, a dificuldade de se chegar à proposta da interdisciplinaridade está, na maioria das vezes, na falta de interação entre os profissionais que atuam nessa área, visto que a formação acadêmica contribui para a fragmentação do saber, fortalecendo a cultura do conhecimento individualizado como afirma Bravo (2007).

Segundo VASCONCELOS (2006, p. 43 – 50),

(...) o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais da área. (...) a convivência buscada não interfere diretamente na autonomia e na criatividade interna dos vários campos de conhecimento integrantes.

A conexão da equipe sugere um trabalho coletivo, que deve considerar os diversos saberes e, os coloca à disposição da equipe, integrando-os na organização do serviço, no cuidado oferecido e na divisão das responsabilidades. Esta flexibilização deve se realizar através de diferentes procedimentos, buscando solução de problemas, mas respeitando a proposta disciplinar de cada profissão.

O trabalho com equipes multiprofissionais em saúde é complexo, por ter que inserir trabalhadores em um cotidiano onde é indispensável lidar com as diferenças, as vulnerabilidades enquanto ator social.

Para construir serviços de qualidade, é essencial que os cuidadores que integram as equipes multiprofissionais dos CAPS se organizem e compartilhem idéias, a política, a gestão, o cuidado dos usuários e das famílias, não sejam limitados à sua potencialidade por restrições ao conhecimento, se auto avaliem enquanto equipe, buscando boas relações entre si, com os usuários, famílias e comunidade.

Faz-se necessário também entender que o ambiente de trabalho por si só já traz uma sobrecarga física e emocional ocasionando stress e danos a qualidade de vida destes profissionais. Para isso, é imprescindível que o ambiente se torne o mais agradável possível, uma vez que os trabalhadores passam maior parte do tempo nele. As relações profissionais o clima organizacional devem ser avaliados e revistos a fim de proporcionar um atendimento de qualidade aos usuários.

A interdisciplinaridade é um elemento terapêutico indispensável para realização de um trabalho qualitativo em saúde mental exigindo uma boa sintonia no relacionamento entre profissionais, usuário e familiares, para se obter sucesso nos tratamentos.

Assim, os cuidadores em saúde mental devem buscar o aprimoramento das relações de trabalho, a fim de alcançar a proposta da interdisciplinaridade, buscando a integralidade das ações que se caracteriza pela oferta de atenção às necessidades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de um dado indivíduo ou comunidade considerando seu contexto social.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999.

BERNARDES, A. G. e GUARESCHI, N. M. F. Trabalhadores de Saúde Mental: cuidados de si e formas de subjetivação. **Psicologia USP**. [online]. 2004, v. 15, n. 3, p. 81-101. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642004000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 04 de outubro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: MS, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Marília C.. “Reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para debate”. IN: BRAVO, Maria Inês Souza (org). **Saúde Serviço Social**. 3.ed., São Paulo: Cortez, 2007.

FESTA, Maria Cláudia; FAURY, Miriam. “O estigma da doença mental: sofrimentos e superações”. IN: **Cadernos de Serviço Social**, n. 27. Campinas, jul/dez 2006, p. 69 – 77.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FURTADO, Juarez Pereira. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2007, v.11, n.22, . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200005&lng=&nrm=iso. Acesso em: 06 de outubro de 2008.

LIPP, M.E.N.; MALAGRIS, L.E.N. O stress emocional e seu tratamento. In: RANGÉ, Bernard (org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2001. P. 475-490.

RESENDE, Heitor. “Política de Saúde Mental no Brasil: Uma visão histórica” In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson Rosário (org). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Coleção Saúde e Realidade Brasileira; Vozes, Petrópolis, 1997.

RODRIGUES, Maria Lucia. “Transdisciplinaridade e interdisciplinaridade: desafios da incorporação de novos conceitos para trabalho em equipes na área de saúde”. In: **Cadernos de Serviço Social**, n. 24. PUC-Campinas, jan/jun 2004, p. 49-58.

SEGATIN, B. G.O.; MAIA, E.M.F.L. Estresse vivenciado pelos profissionais que trabalham na saúde. Monografia. Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL. Londrina, 2007. Disponível em: http://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_5_1247866839.pdf. Acesso em: 10 de maio de 2011.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2006.