

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**Avaliação dos Níveis de Estresse Laboral e Representações Sociais
do Cuidador em Serviços Residenciais Terapêuticos em Aracaju –
SE**

Alexandre Mansão dos Santos

Aracaju
Fevereiro – 2015

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**Avaliação dos Níveis de Estresse Laboral e Representações Sociais
do Cuidador em Serviços Residenciais Terapêuticos em Aracaju –
SE**

Dissertação de Mestrado submetida à banca
examinadora para a obtenção do título de
Mestre em Saúde e Ambiente, na área de
concentração Saúde e Ambiente.

Alexandre Mansão dos Santos

Orientadoras:

Prof^a Dr^a Marлизete Maldonado Vargas
e Prof^a Dr^a Cristiane Costa da Cunha Oliveira

Aracaju

Fevereiro – 2015

S237a

Santos, Alexandre Mansão dos

Avaliação dos níveis de estresse laboral e representações sociais do cuidador em serviços residenciais terapêuticos em Aracaju-SE. / Alexandre Mansão dos Santos ; orientação [de] Prof^a. Dr^a Marлизete Maldonado Vargas , Prof^a. Dr^a. Cristiane Costa da Cunha Oliveira. – Aracaju: UNIT, 2016.

76 p.; il.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) - Universidade Tiradentes, 2016.

Inclui bibliografia.

1. Saúde mental. 2. Cuidadores. 3. Habitação. 4. Estresse ocupacional. 5. Reforma psiquiátrica. 6. Desinstitucionalização. I. Vargas, Marлизete Maldonado. (orient.). II. Oliveira, Cristiane Costa da Cunha. (orient.) III. Universidade Tiradentes. IV. Título.

CDU: 331.472.4:616-057

Avaliação dos Níveis de Estresse Laboral e Representações Sociais do Cuidador em Serviços Residenciais Terapêuticos em Aracaju – SE

Alexandre Mansão dos Santos

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDO À BANCA EXAMINADORA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE, NA ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO SAÚDE E AMBIENTE.

Aprovada por:

Profª Drª Marлизete Maldonado Vargas
Orientadora

Profª Drª Cristiane Costa da Cunha Oliveira
Orientadora

Prof. Dr. Marcos Antonio Almeida Santos
Titular – UNIT

Profª Drª Lívia Godinho Nery
Avaliador Externo – UFS

Aracaju

Fevereiro – 2015

Dedico este trabalho a minha esposa Silvana Pirillo e meus filhos Geovanna, Césare e Gabriel, por serem exatamente quem são, as melhores pessoas que Deus poderia colocar em meu caminho.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, por me amparar sempre, mesmo em momentos em que não acreditava.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes, por permitir a mim e meus colegas trilhar o caminho da pesquisa e da docência acadêmica.

À Profª Drª Marлизete Maldonado Vargas, orientadora, que acreditou e confiou em mim mesmo antes de me conhecer, dividindo comigo sua experiência, erudição e amizade. Não caberia aqui em palavras o que isso significou para mim.

À Profª Drª Cristiane Costa da Cunha Oliveira, orientadora, por todo apoio e compreensão ao longo destes dois anos.

Ao Prof. Dr. Francisco Prado, que confiou a mim a função de Professor na Graduação de Medicina. Espero estar altura da tarefa.

À Dra. Marcia Matos, que com sua expertise, habilidade e sensibilidade, não só me tirou o peso da dor, como renova em mim a crença no ideal hipocrático. Sua amizade me enriquece.

Ao colega Igor Soares Vieira, pelo desprendimento, apoio e dedicação do seu tempo.

A todos os colegas do PSA e do LPPS. Obrigado por fazerem parte de minha vida! Esse programa não teria a menor graça sem vocês.

À Prefeitura Municipal de Aracaju e à Coordenação de Saúde Mental pelo apoio a esta pesquisa.

Aos Cuidadores em Saúde Mental e aos moradores das residências terapêuticas, por me receberem tão gentilmente e dividirem comigo suas alegrias, medos, preocupações. Este trabalho foi feito para vocês e sem vocês não existiria.

Sumário

1	Introdução	1
2	Referencial Teórico	3
2.1	A NORMATIZAÇÃO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO BRASIL E A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO	3
2.2	O CUIDADOR NO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO	6
2.3	TRABALHO EM SAÚDE MENTAL E ESTRESSE LABORAL	7
2.4	A EXPECTATIVA DE AUMENTO E DIVERSIFICAÇÃO DA DEMANDA PELO SRT NO ESTADO DE SERGIPE	11
2.5	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO TEORIA DE CONHECIMENTO	13
3	Método	15
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	15
3.2	LOCAL DA PESQUISA E POPULAÇÃO	15
3.3	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS	15
3.4	ANÁLISE DOS DADOS	17
4	Resultados e Discussão	18
4.1	CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS SRTs	18
4.2	DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS	18
4.3	PRESENÇA DE ESTRESSE ENTRE OS CSM	20
4.4	ARTIGO SUBMETIDO PARA PUBLICAÇÃO	24
5	Considerações Finais	56
5	Referências	58
	Apêndice - Roteiro semiestruturado de entrevista para Cuidadores em saúde mental	66
	Anexo 1 - Parecer consubstanciado do CEP/UNIT	67
	Anexo 2 – Comprovante de submissão do artigo	71

Lista de quadros e tabelas

Quadro 1 A criação do Serviço Residencial Terapêutico no Brasil – Marcos Históricos.....	4
Tabela 1 Características sociodemográficos dos cuidadores do Serviço Residencial Terapêutico de Aracaju/SE - 2015.....	19
Tabela 2 Presença e Fases do Estresse entre os Cuidadores de Saúde Mental - Aracaju/SE - 2015	20
Tabela 3 Presença de sintomas físicos e psicológicos e correlação com a presença de Estresse entre os CSM de Aracaju/SE-2015.....	21
Tabela 4 Frequência dos sintomas físicos por fase do estresse nos CSM de Aracaju/SE - 2015	21
Tabela 5 Frequência dos sintomas psicológicos por fase do estresse nos CSM de Aracaju/SE - 2015	22
Tabela 6 Estresse, gênero e tempo de deslocamento ao trabalho na população de CSM, Aracaju/SE - 2015.....	23
Tabela 1 do artigo . Forma dos de ingresso dos Cuidadores de Saúde Mental no SRT- frequência dos discursos recolhidos (múltiplas respostas). Aracaju – 2015.....	32
Tabela 2 do artigo. Treinamentos recebidos pelos Cuidadores de Saúde Mental no SRT (múltiplas respostas). Aracaju, 2015	33
Tabela 3 do artigo. DSC - Rotina dos Cuidadores de Saúde Mental no SRT (múltiplas respostas). Aracaju, 2015.	34
Tabela 4do artigo. DSC - Situações estressantes enfrentadas pelo Cuidador de Saúde Mental (múltiplas respostas). Aracaju, 2015.	37
Tabela 5 do artigo. Representações sobre o significado de ser um Cuidador de Saúde Mental no SRT (múltiplas respostas). Aracaju, 2015.	38
Tabela 6do artigo. Expectativas quanto a receber egressos de Hospitais de Custódia no SRT. Aracaju, 2015.	39

Lista de abreviações

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CSM – Cuidador em Saúde Mental

DORT – Doença ocupacional relacionada ao trabalho

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

GM – Gabinete do Ministro

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

ISSL - Inventário de Sintomas de Stress de Lipp

M-ISSL – Manual do Inventário de Sintomas de Stress de Lipp

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PMA – Prefeitura Municipal de Aracaju

REAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RT – Residência Terapêutica¹

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

¹Expressão utilizada informalmente por diversos entrevistados ao se referir a uma unidade do Serviço Residencial Terapêutico.

Avaliação dos Níveis de Estresse Laboral e Representações Sociais do Cuidador em Serviços Residenciais Terapêuticos em Aracaju – SE

Alexandre Mansão dos Santos

Resumo

O Serviço Residencial Terapêutico, um dispositivo da atual Política Nacional de Atenção à Saúde Mental, é um substitutivo à internação em saúde mental destinado a atender pacientes oriundos de longos períodos de internação e que não tenham suporte social ou familiar para retornar à vida em sociedade. Neste serviço é fundamental a participação do cuidador em saúde mental. O objetivo deste trabalho é compreender como o cuidador representa seu papel e os tipos e níveis de estresse que estariam relacionados à função. Pesquisa multimétodo com perfil quali-quantitativo através de levantamento sócio demográfico, avaliação dos níveis de estresse e entrevistas individuais com 24 cuidadores dos Serviços Residenciais Terapêuticos do Município de Aracaju. As entrevistas foram analisadas através do Discurso do Sujeito Coletivo para construção da Representação Social do Cuidador em Saúde Mental. Principais resultados: 25% dos cuidadores apresentaram estresse na fase de resistência com predominância de sintomas físicos da fase de resistência e de exaustão. O principal fator externo correlacionado ao estresse foi o tempo de transporte ao trabalho maior que 60 minutos. O Cuidador em Saúde Mental representa que entrou para o serviço por indicação de terceiros e que precisava do emprego e que teve um treinamento informal com funcionário mais experiente. O subgrupo com estresse representa seu treinamento como formal e prévio; descreve uma rotina de horários rígidos composta principalmente de tarefas como limpar, cozinhar e administrar medicamentos que já estão separados. Entre as situações estressantes há discursos de desvalorização profissional, insegurança, medo, agressão e despreparo para o trabalho. Em geral eles representam seu trabalho de forma afetiva, como uma família a cuidar, mas nesse aspecto há uma diferença no subgrupo com estresse, que representa o trabalho como forma de subsistência; representa o usuário do serviço de forma infantilizada e não tem uma ideia clara do que é transtorno mental. No tocante a formas de melhorar o serviço expressam principalmente a necessidade de mais espaço, mais saídas organizadas com os moradores e maior reconhecimento do seu trabalho. Na expectativa de receber egressos de hospitais de custódia no serviço, os discursos divergem entre uma aceitação passiva da nova situação, uma aceitação sob condições e até a expressão de medo e possível abandono da função no grupo com estresse; e percebem no meio social e familiar em que vivem reações de preconceito e incompreensão pela função que exercem. Conclui-se que o cuidador de saúde mental está submetido a diversos estressores internos e externos como desvalorização de sua função. Necessitam de constante readaptação às necessidades no trabalho para seguir as regras que lhe são impostas e ocultam o sofrimento e o estresse resultante desse esforço.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Cuidadores, Habitação; Estresse ocupacional; Reforma Psiquiátrica; Desinstitucionalização.

Assessment of Stress Levels Labour and Social Representations of the Caregiver in Residential Therapeutic Services in Aracaju-SE

Alexandre Mansão dos Santos

Abstract

The Residential Therapy Service, a current resource in the National Policy on Mental Health Care, is a substitute for inpatient mental health designed to receive patients from long periods of hospitalization and who have no social or family support to return to life in society. In this service is critical the mental health caregiver participation. The objective of this research is to understand how the caregiver represents its role and the types and levels of stress related to such function. It is a multi-method research with qualitative and quantitative profile through socio-demographic survey, assessment of stress levels and individual interviews with 24 caregivers of the Therapeutic Residential Services of the Municipality of Aracaju. The interviews were analyzed using the Collective Subject Discourse for Construction of Social Caregiver Representation in Mental Health. Main results: 25% of caregivers presented stress in resistance phase with predominance of physical symptoms of resistance and exhaustion phases. The main external factor correlated to stress was transport time to work more than 60 minutes. The Caregiver in Mental Health joined the service by third indication and needed the job and had informal training with more experienced employee. The subgroup with stress is training as formal and prior ($p < 0.05$); describes a routine of rigid schedules composed mainly of tasks such as cleaning, cooking and administering drugs that are already separated. Among stressful situations are included professional devaluation of speeches, insecurity, fear, physical aggression and unprepared for the job. In general they represent their work affectively as a family to care for, but in this respect there is a difference in the subgroup with stress, which is the work for subsistence; it is the user of service as infantilized and has no clear idea of what mental disorder is. On ways to improve the service, mainly express the need for more space, more organized outing tours with residents and greater recognition of their work. In expectation of receiving graduates from custody hospitals in service, speeches differ from a passive acceptance of the new situation, acceptance under conditions and even the expression of fear and possible position abandonment in the group with stress; and realize reactions of prejudice and misunderstanding in the social and family environment in which they live by the function they perform. We conclude that the mental health caregiver is subject to various internal and external stressors such as devaluation of its function. They require constant readaptation to the reach the demand in the work to follow the rules imposed and hide the suffering and stress resulting from this effort.

Key words: Mental health; Caregivers; Housing; Professional Burnout; Deinstitutionalization.

1 Introdução

Os transtornos mentais e comportamentais ocorrem comumente e afetam mais de 25% da população em cada fase da vida. São também universais, afetando pessoas de todos os países e sociedades, indivíduos de todas as idades, mulheres e homens, ricos e pobres, gente de áreas urbanas e rurais. Exercem impacto econômico sobre as sociedades e sobre o padrão de vida das pessoas e das famílias (BLOOM *et al.*, 2012). Os transtornos mentais e de comportamento estão presentes a qualquer momento em cerca de 10% da população adulta. Aproximadamente 20% de todos pacientes atendidos por profissionais de atenção primária de saúde têm um ou mais transtornos mentais e comportamentais – entendidos como as condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas a angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global. Ainda assim uma mínima parcela daqueles que necessitam recebem tratamento adequado (OMS, 2001, p. 17-18).

A saúde mental foi reconhecida como área de atenção pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde sua fundação, como se observa na definição de saúde em sua Constituição sendo “não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, mas sim, “um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social (...)” (WHO, 2009). Esta definição tem sido constantemente reformulada, graças às ciências neurobiológicas, com o acúmulo de conhecimentos acerca do funcionamento cerebral e da relação intrincada e complexa entre os aspectos físicos, mentais e sociais da saúde dos indivíduos (CETOLIN, 2011). Saúde mental não é um estado, um modelo, mas um processo permanente de busca de equilíbrio dinâmico de todos os fatores que compõem a vida humana. Tais intersecções de diferentes dimensões – as dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais – são fundamentais para o entendimento e tratamento da saúde e da perturbação mental (COELHO, 2008).

No modelo de tratamento asilar adotado no Brasil durante o sec. XX, os pacientes, doentes e desajustados mentalmente eram encaminhados a hospitais e colônias psiquiátricas, “instituições totais”, no sentido que Goofman (1999) atribui ao termo: estabelecimentos sociais com hierarquia fortemente definida, com tendência a um fechamento em relação à sociedade que lhe é exterior, com o intuito de isolar o interno da sociedade. Acerca das instituições asilares, Correia (2009) descreve serem constantemente encontradas situações como excessivo uso de medicamentos, condições sanitárias precárias, utilização de quartos fortes ou individuais, além de ausência de acesso à justiça ou de mecanismos que preservem os vínculos familiares. O autor atribui esta situação ao comprometimento das instituições a um

modelo assistencial ultrapassado com o cerceamento dos direitos e o paciente visto como objeto de sua ação, o que fere direitos individuais previstos na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988).

O hospital psiquiátrico, instituição totalizante que controla os corpos individuais, disciplinando-os, por sobreposição de eixos de biopoder (como exercício do poder no espaço disciplinar) que neles atuam a partir do século XIX, passa a exercer uma outra função: proteger a população da desordem que tais corpos, portadores dos transtornos mentais, podem produzir na vida cidadina, regulamentando-a através de uma “biopolítica da população”, em que, pela gestão da vida, a própria vida passa a ser o objeto do poder (FOCAULT, 1987 e 2008; GOOFMAN, 1999).

Após a instituição dos princípios da Reforma Psiquiátrica no SUS, em 2000, o estabelecimento de novas formas de agir e pensar a saúde mental toma grande importância, de forma que tal esforço não viesse a ser exclusivamente a supressão do modelo asilar por outro modelo, mas sim uma real problematização dos modos de atendimento entre os atores envolvidos (GRUNPETER, COSTA e MUSTAFÁ, 2007), sejam pacientes, legisladores, familiares, entre outros, e no estudo aqui proposto, os Cuidadores em Saúde Mental (CSMs) dos Serviços de Residência Terapêutica (SRTs).

Os SRTs, como dispositivos da atual Política Nacional de Atenção à Saúde Mental, são serviços substitutivos em saúde mental responsáveis pelo acolhimento de egressos de longos períodos de internamento em hospitais do modelo manicomial criados pela publicação da Portaria GM/MS n.º 106/2000 que é entendida como uma legislação crucial para a consolidação da substituição do modelo então vigente “pois possibilita desenvolver uma estrutura que contrapõe-se à tão propalada, e para alguns insubstituível, ‘hospitalidade’ do hospital psiquiátrico” (BRASIL, 2004a, p. 100-104; BRASIL, 2002, p. 94). Nestes serviços atuam o CSM, função criada pela Portaria GM/MS nº 1.220/2000 (BRASIL, 2004a, p. 109-116). Tanto o SRT como a função do CSM eram à época de sua criação e até são hoje inéditas e exclusivas do cenário brasileiro e serão detalhadamente descritos adiante.

Neste contexto, o objetivo geral dessa dissertação é avaliar como o cuidador em saúde mental representa seu papel no SRT, os critérios que utiliza para o mesmo, condições de trabalho e níveis de estresse.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A normatização da desinstitucionalização no Brasil e a implantação do Serviço Residencial Terapêutico

No delineamento das políticas adotadas pelo Ministério da Saúde fica marcado de forma clara e inequívoca o objetivo de “alcançar em um futuro próximo uma atenção em saúde mental que garanta os direitos e promova a cidadania dos portadores de transtornos mentais no Brasil, favorecendo sua inclusão social” (BRASIL, 2002).

Assim, a promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 - conhecida como Lei Paulo Delgado (BRASIL, 2004a, p. 17-20), foi sob diversos aspectos um marco para a formação do atual panorama da assistência psiquiátrica no Brasil. Entre outras coisas, determina que “É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares” e que “o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (BRASIL, 2004a, p. 18).

A mudança da Política Pública de Saúde Mental no Brasil não ocorreu apenas no âmbito da discussão e elaboração da Lei 10.216 (o que abrangeu 11 anos entre a propositura e a promulgação), mas já estava presente desde a década de 70, com a criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MSTM). Os marcos históricos que vieram a culminar com os dispositivos legislativos que, em conjunto, representam a Reforma Psiquiátrica e com a criação do SRT no Brasil estão detalhados no Quadro 1.

Entre os dispositivos criados pela Reforma Psiquiátrica os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em seus diferentes níveis de complexidade e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) representam, na prática, a alternativa, a substituição do internamento psiquiátrico de longo prazo, trazendo o acompanhamento daqueles pacientes para o ambiente da comunidade. Estes serviços têm por objetivo levar ao usuário do sistema as novas propostas de tratamento e cuidado já que até então os portadores de transtornos mentais crônicos eram candidatos ao modelo manicomial (YASUI e COSTA-ROSA, 2008).

A desinstitucionalização é ao mesmo tempo um ideal e um desafio. “O maior desafio da desinstitucionalização está no retorno à comunidade e que essa se responsabilize pela inclusão destes com suas necessidades individuais e diferenciadas” (ARGILES, *et al.*, 2013). O destino do paciente a ser desinstitucionalizado foi um dos primeiros pontos a serem levantados no processo, questionando “o que fazer com pessoas que poderiam sair dos hospitais psiquiátricos, mas que não contavam com suporte familiar ou de qualquer outra natureza” (BRASIL, 2004b).

Quadro 1 A criação do Serviço Residencial Terapêutico no Brasil – Marcos Históricos

Ano		
1978	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) – Rio de Janeiro/RJ	• Primeiro ator social estratégico pelas reformas no campo da saúde mental • Espaço de luta não institucional, de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, propondo a desinstitucionalização a partir da inversão modelo médico-terapêutico.^A
1986	8ª Conferência Nacional de Saúde	• Ambiente político e social da abertura e redemocratização (Diretas Já – 1984) • Proposta a realização de conferências de temas específicos, como saúde mental, saúde da mulher, saúde do trabalhador, saúde do idoso e recursos humanos em saúde^B
1987	MSTM – Bauru/SP	• Cria o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios” • Aponta para a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão e encaminhamento das questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica.^A
1987	I Conferência Nacional de Saúde Mental	• Priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais^B
1988	Constituição Federal de 1988	• Estabelece a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, participativo, descentralizado e integral^C
1992	II Conferência Nacional de Saúde Mental	• Influenciada de pensadores italianos, como Franco Basaglia, inicia discussões para levar à desinstitucionalização de todos os pacientes psiquiátricos^D • Reconhecimento da demanda de um “lar abrigado” para pacientes que não tivessem possibilidade de ressocialização por perda de vínculos sociais^E
2000	Lei n.º 10.216/2000 – Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei Paulo Delgado)	• Em tramitação no congresso desde 1989, projeto que acendeu a discussão sobre a saúde mental no Brasil • Regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária e/ou desnecessária.^F
2001	Portaria GM/MS nº 106/2001 – Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	• Cria o dispositivo do Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental, no âmbito do SUS, para o atendimento ao portador de transtornos mentais; • Moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social.^G
	Portaria GM/MS nº 1.220/2001 – Cuidador em Saúde Mental	• Cria a função do cuidador em saúde mental, responsável pela reabilitação psicossocial e organização no SRT devendo ali promover atividades como: • Autocuidado • Atividades diárias e Gestão domiciliar • Frequência e atendimento em serviço ambulatorial • Alfabetização • Lazer e trabalhos assistidos^G
2003	Lei n.º 10.708/2003 - Programa De Volta Para Casa	• Institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações^H
2004	Portarias GM/MS n.º 52 e 53/2004 - Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos	• Estabelece um mecanismo organizador do processo de redução de leitos, com incentivo financeiro pela redução (priorizando os hospitais de menor porte)^G
2011	Portaria GM/MS nº 3.090 – Amplia a atuação do SRT	• Passa a atender pessoas com internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia^I

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de: ^A (AMARANTE, 1995); ^B (COSTA-ROSA, LUZIO e YASUI, 2001); ^C (PAIM, 2013); ^D (OLIVEIRA, 2008); ^E (BRASIL, 1994); ^F (BRASIL, 2002); ^G (BRASIL, 2004a); ^H (BRASIL, 2003); ^I (BRASIL, 2011).

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) visa dar o suporte e apoio necessário às pessoas que, depois de longa permanência em instituição psiquiátrica asilar, mas que não contavam com suporte familiar ou de qualquer outra natureza. Segundo o Ministério da Saúde as residências terapêuticas constituem-se como “alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos”, e pessoas oriundas de outros serviços de saúde que, por não contarem com suporte social adequado, podem necessitar de um espaço adequado para garantir seu direito de moradia (BRASIL, 2004b, p. 5).

A estrutura dos SRTs deve ter condições de oferecer moradia e suporte profissional às pessoas portadoras de transtorno mental; ter capacidade para receber de a 1 a 8 moradores por unidade, dispor de profissionais capacitados para atender às demandas e necessidades de cada morador (BRASIL, 2004) e serviços de atendimento em rede para as necessidades emergenciais. O custeio destes atendimentos foi coberto inicialmente pelas AIHs (Autorizações de Internação Hospitalar), desativadas no momento da desospitalização. Uma nova linha de custeio estabelecida pela Portaria GM/MS nº 3.090, estabelece valores fixos por número de moradores e complexidade das SRTs, além de incentivo para implantação de novas unidades, independente da origem do morador (BRASIL, 2011), no entanto no número de SRTs permaneceu o mesmo entre os anos de 2011 e 2012, e no Estado de Sergipe, especificamente, permanece com o mesmo número de casas e vagas desde 2006 até hoje (BRASIL, 2012; SERGIPE, 2015).

Apesar disso, o próprio Ministério da Saúde reconhece que existe uma baixa cobertura de SRTs no Brasil, e que existem ainda formas de intersetorialidade que estão por ser construídas. Há uma grande demanda para SRTs, inclusive visando paciente com maior idade e comorbidades que exigem moradias adaptadas com um custo maior. Para populações específicas com transtorno mental, como aqueles “em situação de rua, não egressos de internações e para egressos de HCTPs (Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico)”, o gestor não pode contar com os recursos de AIHs desativadas para custear as residências (BRASIL, 2011, p. 35-36), já que este tipo de instituição, existente no país desde 1923, integra o sistema penitenciário, estando vinculado às Secretarias de Segurança Pública, e não às Secretarias Estaduais de Saúde (CORREIA, 2009).

Em um estudo sobre redes de sociabilidade nos SRTs, os autores encontraram indícios claros de que o modelo manicomial pode prevalecer mesmo sem a presença da instituição, alimentado, sobretudo, pela postura do profissional que lida diretamente com o paciente, e pode ser reproduzida em qualquer instituição de cuidado, com colocações de inibição de sociabilidade, preconceito, tutela, controle e estigma. “Portanto, os SRT não estão isentos de reproduzir em algumas situações formas de disciplinarização ou manejo que possam representar alienação, controle e comando” (ARGILES *et al.*, 2013, p. 2049).

O profissional que irá ser o ator no trato com o paciente desinstitucionalizado, o cuidador dos SRTs, passa a ser, então, objeto de um olhar mais atento, dada sua importância estratégica na sua reinserção social, por um lado, e na própria manutenção de sua vida, na medida em que alguns deste pacientes não apresentam condições de prover-se num momento de crise aguda, pois esse sujeito deve receber, segundo o modelo de reabilitação psicossocial, cuidado e uma atenção que seja integral conforme surjam suas necessidades (AMARANTE, 2013, p. 83).

2.2 O cuidador no Serviço Residencial Terapêutico

Como o SRT é um serviço de saúde com características de uma casa, os cuidadores têm uma função inédita e bem distinta dos cuidadores de abrigos ou de uma enfermaria hospitalar.

A atuação do cuidador no SRT influencia a apropriação da casa por parte dos moradores e, conseqüentemente, o favorecimento de sua autonomia (BRASIL, 2002, p. 94; WEYLER e FERNANDES, 2005), numa flagrante tentativa de romper com qualquer relação com o modelo de instituição psiquiátrica definido por Franco Basaglia (GRUNPETER, COSTA e MUSTAFÁ, 2007; BASAGLIA *et al.*, 1994), ou seja, com características de controle, coerção punição e alienação.

Por outro lado, a Portaria GM/MS nº106/2000, regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1.220/2000, estabelece que cuidadores e equipe profissional dos SRTs devem realizar atividades de reabilitação psicossocial que tenham como eixo a integração na moradia, o autocuidado e independência nas atividades de vida diária, frequência no serviço ambulatorial (CAPS, UBS), participação na gestão domiciliar, alfabetização, lazer e trabalhos assistidos, na perspectiva de reintegração social (BRASIL, 2002, p. 85 e 94) Nos SRTs os moradores são acompanhados por cuidadores sem formação na área de saúde, alguns apresentam uma formação técnica na área de enfermagem, entretanto, isso não é pré-requisito (LIMA, CARDOSO e SANTOS, 2010).

A própria cartilha do Ministério da Saúde estabelece critérios de exigências que irão além dos seus conhecimentos, uma vez que “este novo lugar de trabalho” vai requerer do profissional a realização de atividades que estarão além de sua formação, como administração de recursos financeiros e tarefas domésticas, obrigando este a desenvolver novas formas de cuidar (BRASIL, 2004a, p. 12).

No entanto, para essa função inédita de cuidador de SRTs, não existe um novo profissional apto para atender todas as habilidades e competências demandadas pela referida função, havendo, para esta “nova função” o surgimento de denominações que rompem com ‘especialismos,’ como “cuidadores, acompanhantes terapêuticos e técnicos de referência” (RAMMINGER e BRITO, 2008, p. 40).

Verifica-se que não há especificação na legislação de como deve ser a qualificação profissional deste cuidador e nem mesmo na própria/ política pública é possível encontrar o que seria a referida “profissão”, sendo que essa categoria de trabalho possui fronteiras difusas por vezes ambíguas, “uma vez que o cuidador é um profissional, mas possui um saber leigo” (BRUM, 2012). Profissão é um título honorífico: “o termo profissão estaria associado a uma

valoração moralmente positiva, como uma atividade que atingiu um estágio superior e que deveria servir de modelo às demais” (BECKER, 1971, p. 93), e neste sentido a função do CSM permanece como tal: um trabalho a ser realizado por alguém.

As diretrizes existentes não são claras em estabelecer um programa de educação continuada e estudos realizados em diversos SRTs mostram diferentes iniciativas (LUIZ, *et al.*, 2011, p. 135; ARGILES, *et al.*, 2013, p. 2053; AMORIM e DIMENSTEIN, 2009), o que faz com que as tarefas cotidianas assumam um caráter conforme as características das pessoas que as exercem, além de dificultar o estabelecimento de programas terapêuticos individuais que podem ser sugeridos pelas equipes profissionais do CAPS (LIMA e BRASIL, 2014).

Formas de gestão, normatização e financiamento preconizadas pelo Ministério da Saúde podem levar a situações não previstas, atendendo à singularidades de locais e indivíduos, conforme aponta Freire (2012), onde experiências por ela estudadas concluem pela existência de uma micropolítica do trabalho das equipes de saúde que, nos seus modos de produção de cuidado, rompem com as normas instituídas pelo financiamento imposto pelas portarias ministeriais, criando linhas de fuga e mostrando sua potência criativa.

Este movimento inovador e essa ambiguidade acabam por exigir no cuidador uma grande capacidade adaptativa, o que aumenta o risco de desgaste e doenças profissionais, como será tratado adiante.

2.3 Trabalho em saúde mental e estresse laboral

O estresse pode ser definido “como uma reação muito complexa, composta de alterações psicofisiológicas que ocorrem quando o indivíduo é forçado a enfrentar situações que ultrapassem sua habilidade de enfrentamento” (LIPP, 1997, p. 58). Agentes estressores podem provir de fontes externas ou internas. Fontes internas correspondem à maneira como o indivíduo reage e como interpreta os acontecimentos de sua vida. Fontes externas correspondem às exigências do dia a dia do indivíduo, como família, problemas sociais, morte, doença e problemas no trabalho em função da ocupação exercida (FRIEDRICH, MACEDO e REIS, 2015).

Diferentes estudos vêm demonstrando que o estresse causa impacto negativo na saúde física e psicológica do indivíduo (ÖHMAN *et al.*, 2007; ROD *et al.*, 2009; THOITS, 2010), e a relação entre estresse e depressão é atualmente reconhecida como sendo de alimentação recíproca e complexa, no chamado modelo de depressão por exposição ao estresse (LIU e ALLOY, 2010). Estes resultados, recorrentes, fornecem evidência de que a avaliação do estresse por meio de ferramentas validas e confiáveis é muito importante para planejar a prevenção, diagnóstico e intervenção em relação a esse problema (MACHADO, 2014).

A resiliência do indivíduo – que pode ser compreendida como um construto que descreve a capacidade de um indivíduo superar, com relativo sucesso, condições adversas ou situações que envolvem risco ao seu bem-estar, desenvolvimento e saúde mental (SANTOS e CARDOSO, 2010) – pode ser um fator determinante como mediador para que o indivíduo resista aos aspectos mais negativos do estresse no trabalho não evolua para a situação de *burnout*, como descreve Hao (2015).

Quando Seyle (1959, p. 56) descreveu o estresse como uma “Síndrome Geral de Adaptação” que ocorre como fruto de um evento que exige esforço adaptativo (seja físico, químico biológico ou psicossocial) que pode levar a quebra da homeostase interna e afetar a capacidade do organismo de manter sua constância. O estresse ainda pode ser descrito como uma “reação muito complexa, composta de alterações psicofisiológicas que ocorrem quando o indivíduo é forçado a enfrentar situações que ultrapassem sua habilidade de enfrentamento” (LIPP, 1997).

Seyle (1959, p. 57) apresentou o processo de estresse num modelo trifásico, constituído por:

a) fase de alerta: reação de alerta preparando o indivíduo para a luta ou a fuga através da ativação de mecanismos homeostáticos;

b) fase de resistência: quando o organismo tenta restabelecer o equilíbrio interno através de uma ação reparadora, gastando energia para esta adaptação; e

c) fase de exaustão: caracterizada pela exaustão física e psicológica, já que a adaptabilidade do organismo ou energia adaptativa é finita, momento em que as doenças se manifestam, podendo ser fatais.

Lipp e Malagris (1995, p. 277) propuseram uma quarta fase, a de quase-exaustão que caracteriza-se pelo início do enfraquecimento do organismo diante do estresse, podendo surgir doenças, mas ainda não tão graves quanto à fase de exaustão.

Fatores sociodemográficos, tais como sexo, idade, situação conjugal e meios de transporte, são fatores que podem levar à ocorrência do estresse (BENAVENTE *et al.*, 2014) e podem ser considerados como fatores externos de estresse.

Qualquer trabalho, físico, mental, em saúde, envolve necessariamente uma determinada carga de estresse, que pode afetar intensamente a vida do trabalhador dentro e fora do ambiente de trabalho. Também se deve a pontar que a necessidade de constante adaptação e de capacidades que vão além da formação básica do trabalhador representam fatores de estresse profissional (MACHADO, 2014).

A insegurança quanto à condição de empregado e desemprego, garantias e expectativas – que podem se caracterizar tanto como fontes internas como externas de estresse - encontra-se presente entre as pessoas que exercem a função de Cuidador (LIMA, CARDOSO e SANTOS, 2010).

Se levarmos em conta à própria definição do Ministério da Saúde para o trabalho do cuidador, fica patente uma necessidade de contínua adaptação deste trabalhador:

(...) o cuidador é um profissional importante no projeto. Ele passa a operar em uma residência e isso causa impactos importantes. Os profissionais que cuidam de moradores do SRT deverão saber dosar sempre o quanto de cuidado deverá ser oferecido para auxiliar na aquisição de autonomia pelo usuário, numa negociação constante. Este novo lugar de trabalho também vai requerer dos profissionais (...) o desenvolvimento de novas formas de cuidar (BRASIL, 2004b).

O despreparo profissional, por vezes intencional, na escolha do cuidador no SRT, de forma a evitar o que se denominam procedimentos ditos manicomial, como coação, cerceamento e confinamento do usuário, pode ter como contrapartida a criação de vários fatores de estresse laboral. Ribeiro Neto e Avelar (2009) observaram que os cuidadores têm de lidar com várias questões ao mesmo tempo como: reclamações de membros da comunidade que não aceitam a presença dos moradores dos SRTs, manejar os conflitos entre os próprios moradores e crises de alguns deles. Apontam também os referidos autores que, mesmo sem preparação técnica ou emocional específica, estes cuidadores aprendem de alguma forma, pela necessidade, a lidar com o cotidiano do serviço.

Essa necessidade de constante adaptação e de capacidades que vão além da formação básica do trabalhador representam possíveis fatores de estresse profissional.

Ultrapassada esta capacidade adaptativa, o organismo começa a apresentar sinais e sintomas de desgaste, e finalmente, adoece. Quando observada, a predominância de sintomas físicos do estresse está relacionada a uma mudança no padrão de adoecimento descrita por Lacaz (2003) onde o mal-estar difuso e queixas relacionadas a doenças crônicas se torna mais prevalente na população trabalhadora do que o se conhece por doenças relacionadas ao trabalho – DORT.

Segundo Dejours (2007) as relações entre trabalho e sofrimento são, na atualidade, mascaradas por discursos, fachadas, divulgações de mídia, que em seu conjunto compõem “vitrinas”, representações idealizadas de forma a sugerir que inexistem qualquer desprazer ou sofrimento relacionado ao trabalho.

(...) por trás das vitrinas, há o sofrimento dos que temem não satisfazer, não estar à altura das imposições da organização do trabalho: imposições de horário, de ritmo, de formação, de informação, de aprendizagem, de nível de instrução e de diploma, de experiência, de rapidez de aquisição de conhecimentos teóricos e práticos e de adaptação à “cultura” ou à ideologia

da empresa, às exigências do mercado, às relações com os clientes, os particulares ou o público, etc. (DEJOURS, 2007, p. 28).

Mudanças constantes nas formas de administração e ambiente de trabalho, considerados seus aspectos positivos e negativos, repercutem em muitas áreas, tanto no contexto micro-familiar como no contexto macro-empresarial. Esse cenário desencadeia problemas constantes e cumulativos, pela recorrência do trabalhador ao mesmo ambiente e às mesmas fontes de sofrimento, gerando um círculo vicioso de adoecimento (SILVA e SILVA, 2015). Encontrar-se em excelentes condições em uma área, por exemplo, a familiar ou profissional, em detrimento de outras, não pode mais ser considerado como condição aceitável (LIPP e ROCHA, 2000).

Em qualquer contexto de relação de trabalho os conceitos de autoridade e recompensa são interdependentes e formam o arcabouço regulatório das relações de trabalho. A autoridade é representada por uma ou mais pessoas que já pertencem e “falam” em nome da organização e a recompensa muitas vezes se resume ao salário combinado, o que termina para o trabalhador em uma dicotomia, entre a subordinar-se às regras da empresa e vivenciar as próprias emoções que nem sempre serão expressas de forma adequada, por não ter no meio uma via para tal expressão (KATZ e KAHN, 1976; RODRIGUES e FRANÇA, 2010).

Se essas emoções são eventualmente expressas e suprimidas pelas figuras de autoridade, pode ocorrer outro tipo de agressão ao trabalhador, o assédio moral, no sentido em que a figura dominante cerca determinado espaço e exerce algum tipo de domínio, seja social, hierárquico ou territorial (PEDROSO *et al.*, 2006). O assédio moral foi já observado como fator importante de estresse e adoecimento de trabalhadores de saúde em mais de uma instituição e instância (ANDRADE *et al.*, 2015; PEDRO *et al.*, 2008).

Essa atitude de anonimato organizacional, como forma de manter um equilíbrio psíquico do possível leva o risco de aproximar o trabalhador em um comportamento normopata, no sentido de assumir uma normalidade forçada, uma hipernormalidade, numa adaptação defensiva, pela indiferença para o mundo em torno e manutenção do mal (para si, para outrem) por omissão ou ação, pela aceitação dos estereótipos impostos ou propostos com uma abolição do pensar, pela abolição do julgamento e da capacidade de agir de acordo com tal (DEJOURS, 2007; MCDUGALL, 1992). Dejours alerta que a adoção de um “comportamento defensivo normopático”, se referindo a essa aceitação de normas organizacionais, externos, se dá mais pela defesa ao “em resposta a um sofrimento causado pelo medo, em resposta a um risco proveniente do exterior” seria uma defesa contra a subjugação e exclusão social, do que uma personalidade normopática, no sentido psicopatológico (DEJOURS, 2007, p. 118).

Em estudo sobre a ocorrência de estresse e Síndrome de Burnout – caracterizada pela exaustão emocional, despersonalização, perda de realização profissional assim como aspectos críticos de relacionamento no trabalho (TRUZZI *et al.*, 2012, p. 406; MALACH e JACKSON, 1981, p. 99) – em trabalhadores de saúde mental, os autores consideram que vivências de sobrecarga e estresse laboral estão diretamente relacionadas com as demandas atuais do trabalho em saúde mental, já que as instituições estudadas “são fruto do processo de reforma da assistência psiquiátrica, nas quais os profissionais foram chamados a trabalhar sob uma lógica de assistência diferente” do que é oferecido por sua formação original (SANTOS e CARDOSO, 2010, p. 72).

Esta constante necessidade de adaptação a uma lógica alheia soma-se a modificações de atribuições dos serviços e novas demandas impostas por normatizações e leis, como exposto a seguir.

2.4A expectativa de aumento e diversificação da demanda pelo SRT no Estado de Sergipe

O Ministério da Saúde reforça a importância do Serviço Residencial Terapêutico, estabelecendo novas linhas de custeio e financiamento para instalação de novas unidades no Brasil, o que impõe a questão da qualidade dos serviços já estabelecidos, sua adequação à legislação e à demanda de novas vagas para pessoas egressas de outros serviços que não apenas os leitos hospitalares fechados e, especialmente quanto à figura do elemento chave do cuidador. No artigo 2º da Portaria 3090 especifica-se uma nova demanda ao SRT:

Art. 2º. Os SRT deverão acolher pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia.

Parágrafo único. Para fins desta Portaria, será considerada internação de longa permanência a internação de dois anos ou mais ininterruptos (BRASIL, 2011).

A nova legislação prevê não apenas um aumento de demanda, mas uma diversificação qualitativa, a saber, o acolhimento dos egressos de hospitais de custódia, que foram submetidos a medidas de segurança, definidas pela Lei 7209 de 11/7/1984:

Art. 26 – É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

§ 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos (BRASIL, 1984).

Atualmente o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe é que exerce a custódia de infratores portadores de transtorno mental no Estado, sendo que, em inspeção realizada em 2011, encontravam-se sob custódia 67 indivíduos, tendo capacidade para abrigar 72, e cerca de 22 (42%) dos internos atendidos são portadores de esquizofrenia e 5 (16%) com diagnóstico de retardo mental, com um tempo médio de internação entre 1 e 3 anos (DINIZ, 2013). Esses internos são, cumprida a permanência de pelo menos 2 anos de medida de segurança, potenciais novos moradores das SRTs, caso se adequem aos parâmetros de perda de vínculos familiares e sociais e perda de autonomia individual, como previsto na legislação que cria o SRT (BRASIL, 2004a, p. 85). No entanto, a possibilidade de longos períodos de internamento deste indivíduo é frequente devido à legislação vigente, uma vez que se baseando “no potencial de periculosidade do infrator, a medida de segurança possibilita uma segregação indeterminada”, pois se os laudos psiquiátricos subsequentes concluírem que não cessou a periculosidade do paciente, “este deverá permanecer internado” (CORREIA, 2009).

Essa perspectiva de demanda pode implicar em preconceitos dos profissionais que trabalham indivíduos que além do transtorno mental carregam ainda o peso de serem egressos de um setor do sistema prisional – os “loucos infratores”, que tiveram suas medidas de segurança expedidas não tanto pelos delitos cometidos, mas por uma periculosidade presumida, “do que podem fazer, do que estão sujeitos a fazer, do que estão na iminência de fazer” (FOUCAULT, 1996, p. 96) Entre os trabalhadores em saúde mental existem os que tem suas próprias barreiras, simbólicas e materiais, ao convívio social esse louco infrator, enquanto outros, mesmo apoiando a desinstitucionalização, não acreditam que ela possa ocorrer efetivamente, tanto pelo despreparo da sociedade ou pela descrença de que o local dos infratores seja fora dos HCTPs (CETOLIN, 2011, p. 122).

A atitude de descrença na possibilidade de tratamento e ressocialização dos internos influencia diretamente no empenho deste profissional na eficácia das medidas adotadas no tratamento: “Se a concepção de louco imprevisível, cujo tratamento apropriado é exclusivamente medicamentoso for o guia do profissional”, mais difícil será percebê-lo enquanto sujeito de direitos (CETOLIN, 2011, p. 112-123). A solução possível seria a adoção da interdisciplinaridade com a introdução de um discurso da cidadania do portador de transtornos mentais (RAMMINGER e NARDI, 2007).

O aumento da demanda quantitativa de vagas eventualmente obrigará o poder público à abertura de novas unidades SRTs, nem que seja apenas para atender a demanda de egressos dos HCTPs (especificamente no caso de Sergipe, os SRTs instalados encontram-se no limite de sua capacidade de atendimento) (BRASIL, 2012, p. 17).

2.5 Representações sociais como teoria de conhecimento

As representações sociais são definidas como

(...) uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social, como categorias de pensamento, de ação e de sentimentos que expressam a realidade, explicando, justificando, e questionando (JODELET, 2002, p. 18).

Sendo que as representações sociais não são simplesmente construídas pela influência do meio ou da realidade, mas contém o próprio sujeito que as exprime como seu agente de construção (MINAYO, 2014). A forma como se compreende e se explica a realidade é uma representação social. As representações sociais constituem o saber prático do senso comum, justificam as ações e comportamentos e constroem uma identidade (ABRIC, 2011).

Para Jodelet (1986), as pessoas são, ao mesmo tempo, estruturadoras das representações e estruturadas por elas. Em outras palavras, enquanto seres pensantes ou “teóricos do senso comum”, geram e são gerados pelo seu meio ambiente ideológico, com o qual interagem dialeticamente na medida em que o dito ambiente é ao mesmo tempo externo e interno. As representações sociais têm por função ancorar os eventos da vida cotidiana em discursos, justificativas e teorias que permitem que eles adquiram um sentido.

Representações sociais são construções, a partir das vivências cotidianas dos atores sociais, são visões de mundo, concepções e imagens sobre a realidade, argumentações, justificativas, explicações para as diferentes situações. As representações sociais são um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função:

(...)primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controla-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social. (MOSCOVICI, 2004, p. 21)

A identificação das representações sociais se dá no momento em que ocorre uma atividade comunicativa – é na comunicação, sobretudo que a representação social parece emergir. A característica específica dessas representações “é precisamente a de que elas ‘corporifiquem ideias’ e experiências coletivas e interações em comportamento (...) devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que já sabemos” (MOSCOVICI, 2004, p. 46). Assim a representação está relacionada ao poder que uma ideia tem de converter algo abstrato em algo concreto (real), e guiar comportamentos, percepções e pensamentos.

O estudo das representações sociais é um instrumento, portanto para a compreensão e a construção de uma crítica do cotidiano e principalmente para apreensão da complexa teia

de significados que compõe o discurso. Apreender essa complexidade é uma necessidade do sujeito para que ele possa dimensionar sua própria alienação, sua capacidade de assimilar, aceitar e reproduzir ideias, conceitos como se esses fossem por ele mesmo construídos, negando muitas vezes as possibilidades de transformação.

Um dos caminhos para a apreensão dessas representações é por meio, justamente, da análise dos discursos e da tentativa de construção do “discurso do sujeito coletivo” (DSC). Lefevre e Lefevre (2003, p. 69) definem o DSC como

(...) uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas, que tem depoimentos como matéria prima, sob a forma de um ou vários discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular, expediente que visa expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissora de um discurso.

A fundamentação teórica que sustenta a ferramenta DSC é a própria teoria das representações sociais. Uma vez que existam ideias compartilhadas elas irão naturalmente se repetir entre os sujeitos entrevistados em determinado grupo, mas o DSC pretende conhecer o quanto essas ideias se repetem, assim pretende resgatar todas as ideias mais presentes em um campo. Com vista em se obter diferentes ideias pertinentes a determinado grupo, um quantitativo de atores, portadores de diferentes atributos, o que requer uma escolha prévia da população a ser pesquisada (LEFEVRE e LEFEVRE, 2003).

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de pesquisa quali-quantitativa, baseada em entrevistas semiestruturadas com os cuidadores (sujeitos da pesquisa).

3.2 Local da pesquisa e população

A pesquisa foi realizada nos quatro SRTs existentes no município de Aracaju/SE. Cada um deles conta com cerca de 5 funcionários, sendo quatro cuidadores e um auxiliar de enfermagem (líder)². Num universo de 24 cuidadores, todos participaram. Todos os sujeitos foram abordados diretamente nos SRTs, e somente participaram da pesquisa após a aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.3 Instrumentos e Procedimentos

Foram realizadas entrevistas para análises qualitativas conforme proposto por Turato (2003), e posteriormente analisados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo proposto por Lefevre e Lefevre (2003), o que permitiu a construção de uma Representação Social do cuidador do SRT nos moldes propostos por Jodelet (1986) e Moscovici (2004), além da aplicação sistemática do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP - ISSL (2014), com posterior tabulação e análise crítica dos dados.

O ISSL foi apresentado e aplicado para cada cuidador individualmente, no seu local de trabalho em momentos previamente agendados e acordados com a administração das SRTs, de forma a não prejudicar o andamento de seu trabalho. Os itens do inventário foram lidos um a um para os participantes, e dúvidas foram esclarecidas.

As entrevistas e coleta de dados foram realizadas em seu próprio local de trabalho, entre abril e junho de 2015, em diferentes ocasiões. No primeiro contato a cada cuidador foi apresentado o TCLE, e registradas suas autorizações por escrito. A cada indivíduo entrevistado foi atribuído por sorteio um número entre 1 e 24, e estão assim referenciados ao longo deste trabalho, como forma de preservação de suas identidades.

² Segundo informação colhida com a Sra. Sílvia Maria de Jesus Gois, Coordenação das Residências Terapêuticas - Rede de Atenção Psicossocial/SMS Aracaju.

Observa-se que o tipo de entrevista realizada tornou necessária a presença do pesquisador em vários momentos de visita inclusive se realizando no espaço do trabalho e também fora deste espaço, em situações distintas

Os procedimentos se deram conforme o seguinte protocolo:

- i. Após aprovação e concordância com os Setores administrativos da Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação de Saúde Mental, foi realizado agendamento prévio para realização da coleta de dados em cada um dos quatro SRTs de Aracaju;
- ii. Abordagem dos sujeitos da pesquisa em seu local de trabalho conforme agendamento para apresentação dos objetivos da pesquisa, garantias de confidencialidade, critérios de inclusão e exclusão, seguido de assinatura do TCLE e sorteio do número que passou identificar o sujeito na pesquisa;
- iii. Observação do ambiente e cercanias das residências para anotações detalhadas nos diários de campo do pesquisador e auxiliar na análise das condições físicas e ambientais dos SRTs;
- iv. Levantamento do perfil sócio demográfico dos cuidadores dos SRTs através preenchimento de questionário impresso.
- v. Aplicação do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (2000);
- vi. Realização de entrevistas com os sujeitos, a partir de roteiro semiestruturado tendo como foco central os significados do ato de “cuidar do doente mental”, auto estima e valor atribuído por si e pela sociedade diante da função exercida, suas implicações no desempenho das funções. Buscou-se, também conteúdos sobre o tipo de relação estabelecida com os moradores, as implicações do trabalho exercido na qualidade de vida dos doentes mentais, fatores que representem prazer e satisfação no cotidiano laboral e fatores que representem estresse e decepção, de acordo com o que está previsto nas políticas de saúde mental do SUS.
- vii. Análise do discurso do sujeito coletivo (LEFEVRE & LEFEVRE, 2003), visando através do exame do que está implícito nos conteúdos dos discursos individuais, encontrar respostas gerais para as questões norteadoras. Primeiramente, foi feita uma preparação do material, com a transcrição das conversações gravadas e das anotações de campo.
- viii. Depois foi realizada pré análise, com a realização de “leituras flutuantes” (técnica que busca contextos gerais dos discursos, com comparações com as gravações e diário de campo) para buscar o “não dito” entre as palavras. Em seguida foi realizada a categorização e subcategorização dos discursos,

destacando-se os assuntos por relevância e/ou repetição, além de eventuais reagrupamentos, para organizar os dados brutos.

- ix. Foi realizada validação externa, sob a supervisão da Orientadora da pesquisa e finalmente a construção da apresentação dos resultados, de forma descritiva e com citações ilustrativas das falas, para interpretação do material.

3.4 Análise dos dados

Os resultados do ISSL foram tabulados inicialmente em planilha construída especialmente pelo autor no software Excel 360®, a partir de instruções de interpretação que constam do Manual do ISSL (LIPP, 2014).

Os resultados qualiquantitativos foram apresentados em quadros, segundo exemplos observados em Lefevre e Lefevre (2003), Wagner (2009) e Conti, Bertolin e Peres (2010).

O tratamento estatístico dos dados foi realizado por meio dos programas IBM® SPSS®, para obter, quando possível, valor p a partir do Teste exato de Fisher e análises percentuais, adequadas ao tamanho do universo da pesquisa.

O tratamento qualitativo dos dados das entrevistas semi-dirigidas foi realizado por meio da análise do Discurso do Sujeito Coletivo, de acordo com Lefevre e Lefevre (2003), com auxílio do software QualiQuantiSoft, versão 1.3c (SPI, 2015), software desenvolvido especialmente para facilitar ao pesquisador encontrar as Ideias Centrais e construir o DSC.

4 Resultados

Características previamente conhecidas da população, pequeno número de indivíduos e restrição do espaço geográfico para coleta de dados ao município de Aracaju/Se proporcionaram a oportunidade de realizar a coleta de dados como um censo. Portanto, os resultados representam a população total em estudo.

4.1 Características gerais dos SRTs

Todos os quatro serviços estão instalados em casa amplas, em bairros residenciais, compostas por 3 quartos amplos três banheiros, sala de estar e de jantar, área de serviço e espaço para garagem revertido como varanda/área de convivência. Três das casas são limitadas na frente por algum tipo de elemento vazado, como muro do tipo cobogó (elementos vazados de concreto) ou cercas altas de ferro, com visão livre de dentro da área comum e da sala para a rua, e uma delas apresenta muro e portões fechados, revestidos em pedra, sem nenhuma visão para a rua.

Uma das casas está localizada na zona de expansão de Aracaju, ao lado de um grande condomínio fechado de prédios residenciais e sem outras moradias numa proximidade de pelo menos cem metros, com a frente para uma grande via expressa, de construção recente, apresentando aspecto de isolamento, mesmo com seu muro vazado e grande distância dos pontos de ônibus, o que foi motivo de queixa por parte dos cuidadores ao se expressarem informalmente. A construção da referida avenida e do condomínio se deu depois da instalação do SRT no local, o que pode ter alterado características originais. As outras casas encontram-se todas inseridas em ruas em bairros residenciais, com pouco movimento de carros, próximas até 200 metros de avenidas arteriais movimentadas com acesso a transporte público.

No geral, os quatro serviços apresentam localização e ambiente seguros e adequados ao disposto nas Portarias GM 1220 e 3090 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2004a), que regem o funcionamento do serviço.

4.2 Dados sócio demográficos

A cada indivíduo entrevistado foi atribuído por sorteio um número entre 1 e 24, e só assim serão referenciados ao longo deste trabalho, como forma de preservação de suas identidades.

Tabela 1 Características sociodemográficos dos cuidadores do Serviço Residencial Terapêutico de Aracaju/SE - 2015

		N=24 f	%
<i>Gênero</i>	Masculino	8	33,3
	Feminino	16	66,6
<i>Faixa Etária (em anos)</i>	até 30	2	8,3
	31 a 40	12	50,0
	41 a 50	6	25,0
	>50	4	16,7
<i>Escolaridade</i>	1º Grau Incompleto	7	29,2
	1º Grau Completo	2	8,3
	2º Grau Completo	13	54,2
	Superior Incompleto	1	4,2
	Superior Completo	1	4,2
<i>Estado Civil</i>	Solteiro	7	29,2
	Casado ou União Estável	16	66,6
	Divorciado	1	4,2
<i>Tempo de trabalho como cuidador no SRT (em anos)</i>	<1 ano	13	54,2
	1 - 4 anos	5	20,8
	5 - 8 anos	6	25,0
<i>Experiência anterior em saúde (em anos)</i>	Não tem	13	54,2
	1 - 10	6	25,0
	11+	5	20,8
<i>Exercício de outra atividade remunerada (em anos)</i>	Não exerce	14	58,3
	1 a 2	5	20,8
	2 a 7	2	8,3
	>7	3	12,5
<i>Tempo de deslocamento ao trabalho (em minutos)</i>	<60	8	33,3
	>60	16	66,7

Dois cuidadores trabalham cobrindo folgas e férias do restante do grupo, são chamados pelo grupo de “coringas”, no entanto estes indivíduos (23 e 24) em seus discursos não se identificaram como tal. Quatro outros atuam como “líderes” (um por casa), função normatizada no SRT, em que o cuidador se responsabiliza pela administração das compras da casa e dos moradores, pelo livro caixa e livro de ocorrências, frequência ao atendimento médico, orientação aos outros cuidadores quanto a cuidados especiais e administração de medicamentos aos moradores, e pela comunicação de eventuais problemas ou necessidades da casa e dos moradores. Três cuidadores em suas falas identificaram-se como tais líderes (indivíduos 07, 09 e 15). Na avaliação da presença de estresse ou de diferenças importantes no perfil socioeconômico não foram levantadas diferenças relevantes para separar os líderes do restante para realização desta análise.

Economicamente, todos tem renda aproximada entre 2 e 2,5 salários mínimos, conforme apurado junto à PMA, sendo esse dado irrelevante para comparações dentro do grupo, por representar uma constante.

Referente ao tempo de contratação e à experiência anterior em saúde, 7 (29,2%) dos 13 CSM contratados há menos de um ano tem experiência anterior em saúde, enquanto entre os 13 que saíram apenas 4 (16,7%) tinham experiência anterior, o que denota que além de uma importante renovação do quadro de funcionários observou-se que a contratação de cuidadores com alguma experiência parece aumentar ao longo do tempo.

Os dados obtidos no levantamento sociodemográfico são resumidos e analisados na Tabela 1, e destacam-se as características de uma predominância feminina, de indivíduos casados ou em união estável e com segundo grau completo.

4.3 Presença de estresse entre os CSM

Seis indivíduos apresentaram diagnóstico de Stress na fase de alerta, sendo que três deles apresentam quantidade significativa de sintomas também da fase de exaustão.

Dos 24 indivíduos, 6 (25%) apresentaram diagnóstico positivo para estresse em fase de Resistência, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 Presença e Fases do Estresse entre os Cuidadores de Saúde Mental - Aracaju/SE - 2015

<i>Fases do Estresse</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Ausente</i>	18	75
<i>Fase de Alerta</i>	0	0
<i>Fase de Resistência</i>	6	25
<i>Fase de quase-exaustão</i>	0	0
<i>Fase de exaustão</i>	0	0
<i>Total</i>	24	100

O grupo estudado apresentou principalmente sintomas físicos, tanto em indivíduos com presença como com ausência de estresse segundo os critérios do ISSL, com forte correlação dos sintomas físicos da fase de Resistência e Exaustão com a presença de estresse, como pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3 Presença de sintomas físicos e psicológicos e correlação com a presença de Estresse entre os CSM de Aracaju/SE-2015

		Fase de alerta		Fase de resistência		Fase de Exaustão	
		n	%	n	%	n	%
<i>Sintomas Físicos Presentes</i>	Total	13	54,1	14	58,3	17	70,8
	C/estresse	5	20,8	6	25	6	25
	S/Estresse	8	33,3	8	33,3	11	45,8
<i>Ausentes</i>	Total	11	45,8	10	41,6	7	29,1
	C/estresse	1	4,1	0	0	0	0
	S/Estresse	10	41,6	10	41,6	7	29,1
<i>Sintomas Psicológicos Presentes</i>	Total	8	33,3	11	45,8	9	37,5
	C/estresse	5	20,8	5	20,8	5	20,8
	S/Estresse	3	12,5	6	25	4	16,6
<i>Ausentes</i>	Total	16	66,6	13	54,1	15	62,5
	C/estresse	1	4,1	1	4,1	1	4,1
	S/Estresse	15	62,5	12	50,	14	58,3

Tabela 4 Frequência dos sintomas físicos por fase do estresse nos CSM de Aracaju/SE - 2015

	Últimas 24hs (alerta)		Última semana (resistência/ quase exaustão)		Último mês (exaustão)	
	n	%	n	%	n	%
<i>Tensão muscular</i>	6	25				
<i>Boca seca</i>	4	16,6				
<i>Insônia</i>	4	16,6				
<i>Diarreia passageira</i>	2	8,3				
<i>Aperto da mandíbula/ranger de dentes</i>	2	8,3				
<i>Aumento da sudorese</i>	2	8,3				
<i>Mãos (pés) frios</i>	1	4,1				
<i>Hipertensão arterial</i>	1	4,1				
<i>Mudança de apetite</i>			6	25		
<i>Problemas com a memória</i>			6	25		
<i>Aparecimento de problemas dermatológicos</i>			5	20,8		
<i>Formigamento das extremidades</i>			5	20,8		
<i>Sensação de desgaste físico constante</i>			5	20,8		
<i>Aparecimento de úlcera</i>			3	12,5		
<i>Tontura/sensação de estar flutuando</i>			3	12,5		
<i>Cansaço constante</i>			3	12,5		
<i>Hipertensão arterial</i>			2	8,3		
<i>Tiques</i>					9	37,5
<i>Náuseas</i>					8	33,3
<i>Insônia</i>					8	33,3
<i>Hipertensão arterial continuada</i>					5	20,8
<i>Excesso de gases</i>					5	20,8
<i>Diarreia frequente</i>					4	16,6
<i>Problemas dermatológicos prolongados</i>					4	16,6
<i>Tontura frequente</i>					3	12,5
<i>Úlcera</i>					2	8,3
<i>Dificuldades sexuais</i>					2	8,3
<i>Mudança extrema de apetite</i>					1	4,1

Foi constatada a presença de estresse em fase de resistência em 25% (Tabela 2) da população estudada, com indícios de que outros indivíduos podem vir a ter a mesma situação no futuro, como a prevalência de sintomas físicos.

Os sintomas físicos mais frequentes da fase de exaustão como tiques, náuseas, insônia, hipertensão arterial continuada, excesso de gases e diarreia frequente (Tabela 4) podem ser também confundidos e relacionados como consequências de outras situações de saúde, antes de serem de alguma forma relacionados ao ambiente de trabalho, mas o contexto em que foram colhidos e sua prevalência dentro de um mesmo grupo reforçam a impressão de uma causa comum, ou de reações comuns dos componentes deste grupo a um fator estressante.

Os sintomas psicológicos estão relacionados na Tabela 5.

Tabela 5 Frequência dos sintomas psicológicos por fase do estresse nos CSM de Aracaju/SE - 2015

	Últimas 24hs (alerta)		Última semana (resistência/ quase exaustão)		Último mês (exaustão)	
	n	%	n	%	n	%
<i>Vontade súbita de iniciar novos projetos</i>	7	29,1				
<i>Aumento súbito de motivação</i>	1	4,1				
<i>Pensar constantemente num só assunto</i>			9	37,5		
<i>Sensibilidade emotiva excessiva</i>			4	16,6		
<i>Irritabilidade excessiva</i>			4	16,6		
<i>Diminuição de libido</i>			4	16,6		
<i>Dúvidas quanto a si próprio</i>			3	12,5		
<i>Cansaço excessivo</i>					4	16,6
<i>Hipersensibilidade emotiva</i>					4	16,6
<i>Vontade de fugir de tudo</i>					3	12,5
<i>Pensar/falar constantemente num só assunto</i>					2	12,5
<i>Angústia/ansiedade diária</i>					2	12,5
<i>Perda do senso de humor</i>					2	12,5
<i>Sensação de incompetência em todas as áreas</i>					1	4,1
<i>Apatia, depressão ou raiva prolongada</i>					1	4,1
<i>Irritabilidade sem causa aparente</i>					1	4,1

Tabela 6 Estresse, gênero e tempo de deslocamento ao trabalho na população de CSM, Aracaju/SE - 2015

		<i>C/Estresse</i>	<i>S/Estresse</i>	<i>Total</i>
<i>Gênero e Estresse na população de CSM</i>	Fem	5	11	16
	Masc	1	7	8
	Total	6	18	24
<i>Tempo de deslocamento ao trabalho e Estresse população de CSM</i>	<45	0	8	8
	46 - 90	5	10	15
	>91	1	0	1
	Total	6	18	24

Não foram encontradas inadequações na instalação das casas que abrigam os SRTs frente a legislação, mas a distância e o tempo de deslocamento do local de moradia representaram um fator estressante para alguns CSM.

Quanto às Representações Sociais do cuidador em saúde mental do Serviço Residencial Terapêutico de Aracaju estão no artigo submetido à revista “Trabalho, educação e saúde”, que é apresentado a seguir conforme as normas da referida publicação.

4.4 Artigo submetido para Publicação

Representações sociais dos cuidadores em saúde mental do Serviço Residencial Terapêutico e presença de estresse profissional em Aracaju-SE

Resumo

O Serviço Residencial Terapêutico é um substitutivo à internação em saúde mental destinado a atender pacientes oriundos de longos períodos de internação sem suporte social ou familiar para retornar à vida em sociedade, sendo fundamental a participação do Cuidador em Saúde Mental nesse processo. Este trabalho visa compreender como o cuidador representa seu papel, tipos e níveis de estresse relacionados à função. Foi aplicado um instrumento para avaliação dos níveis de estresse e realizadas entrevistas individuais com os 24 Cuidadores dos Serviços Residenciais Terapêuticos do Município de Aracaju/SE. Constatou-se que 25% dos cuidadores apresentaram estresse na fase de resistência predominando sintomas físicos. Através do Discurso do Sujeito Coletivo os Cuidadores representaram sua entrada para o serviço por indicação de amigos e que precisava do emprego; tiveram treinamento informal com funcionário experiente, mas o subgrupo com estresse relatou treinamento formal e prévio. Há rotina de horários rígidos composta de tarefas domésticas, transparecem sentimentos de desvalorização profissional, insegurança, agressão e despreparo para o trabalho. Considera-se que o cuidador está submetido a diversos estressores, se desvaloriza e se sente desvalorizado na sua função, com necessidade constante de readaptação, seguindo regras que lhe são impostas e ocultando o sofrimento e o estresse resultante desse esforço.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Cuidadores, Habitação; Estresse ocupacional; Reforma Psiquiátrica; Desinstitucionalização.

Abstract

The Residential Therapeutic Services is a substitute for inpatient mental health designed for patients from long hospitalization period without social or family support to return to social life, being fundamental the Caregiver Mental Health participation in this process. This study aims at understanding how the caregiver represents its role, types and levels of stress related to the function. An instrument to stress measurement was used as well as conducted individual interviews with 24 caregivers of Therapeutic Residential Services of the Municipality of Aracaju/SE. It was found that 25% of caregivers had stress in the resistance phase predominating physical symptoms. Through the Collective Subject Discourse the Caregivers represented their entry to the service at the suggestion of friends and needed for the job; they had informal training with experienced employee, but the stress subgroup reported formal and previous training. There is routine of rigid schedules composed of housework tasks, break through feelings of professional devaluation, insecurity, aggression and unprepared for the job. It is considered that the caregiver is subject to various stressors, depreciates itself and feels undervalued in its function, with constant need of rehabilitation following rules imposed on him and hiding the suffering and stress resulting from this effort.

Palabras-Clave: Salud mental; Vivenda; Cuidadores; Agotamiento Profesional, Desinstitucionalización.

Key words: Mental Health; Caregivers; Housing; Professional Burnout; Deinstitutionalization.

Introdução

Este trabalho visa compreender como o Cuidador em Saúde Mental (CSM) dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) representa seu papel e os tipos e níveis de estresse relacionados à função.

Os SRTs, como dispositivos da atual Política Nacional de Atenção à Saúde Mental, são serviços substitutivos em saúde mental responsáveis pelo acolhimento de egressos de longos períodos de internamento em hospitais do modelo manicomial, criados pela publicação da Portaria GM/MS n.º 106/2000 que é entendida como uma legislação crucial para a consolidação da substituição do modelo então vigente “pois possibilita desenvolver uma estrutura que contrapõe-se à tão propalada, e para alguns insubstituível, ‘hospitalidade’ do hospital psiquiátrico” (BRASIL, 2004a, p. 101-104; BRASIL, 2002, p. 94). Nestes serviços atua o CSM, função criada pela Portaria GM/MS nº 1.220/2000 (BRASIL, 2004a, p. 109-116). Tanto o SRT como a função do CSM eram à época de sua criação e até são hoje inéditas e exclusivas do cenário brasileiro.

Segundo o Ministério da Saúde o SRT constitui “alternativa de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos”, e pessoas oriundas de outros serviços de saúde que, por não contarem com suporte social adequado, podem necessitar de um espaço adequado para garantir seu direito de moradia (BRASIL, 2004b, p. 5).

Estimativa realizada em 2006 avaliou que seria necessária a criação de 2.552 unidades de SRTs acolhendo em média 6 moradores e uma demanda de 13.500 “pacientes-moradores” dos hospitais psiquiátricos – pacientes graves, com longos períodos de internamento e sem suporte familiar ou social para retorno à vida em sociedade (FURTADO, 2006). Segundo o

Ministério da Saúde, é baixa a cobertura de SRTs no Brasil, com apenas 625 unidades no país (BRASIL, 2012).

No Estado de Sergipe o número de vagas permanece o mesmo desde 2006: 20 módulos de SRTs em funcionamento, com 103 moradores (BRASIL, 2012, p. 16-17). Na capital existem quatro módulos em funcionamento descritos pela Prefeitura Municipal de Aracaju como casas tradicionais, mantidas pela municipalidade, com moradores oriundos de hospitais psiquiátricos, especialmente do Hospital Psiquiátrico Dr. Garcia Moreno, que foi definitivamente desativado em 2006 (WENDLING, 2011). A capacidade instalada não atende à demanda, como portadores de transtorno mental em situação de rua.

A atuação do CSM no SRT influencia a apropriação da casa por parte dos moradores e, conseqüentemente, o favorecimento de sua autonomia (WEYLER e FERNANDES, 2005), numa fragrant tentativa de romper com qualquer relação com o modelo de instituição psiquiátrica definido por Franco Basaglia (1994) – com características de controle, coerção punição e alienação – e de “instituição total” no sentido que Goofman (1999) atribui ao termo – estabelecimentos sociais com hierarquia fortemente definida, com tendência a um fechamento em relação à sociedade que lhe é exterior, com o intuito de isolar o interno da sociedade.

No entanto, para essa função inédita de cuidador de SRTs, não existe um novo profissional apto para atender todas as habilidades e competências demandadas pela referida função, havendo, para esta “nova função” o surgimento de denominações que rompem com especialismos, como “cuidadores, acompanhantes terapêuticos e técnicos de referência” (RAMMINGER e BRITO, 2008, p. 40).

Tal categoria de trabalho possui fronteiras difusas e ambíguas, uma vez que o cuidador é um profissional, mas possui um saber leigo” (BRUM, 2012). Formas de gestão, normatização e financiamento preconizadas pelo Ministério da Saúde podem levar a situações não previstas,

atendendo a singularidades de locais e indivíduos, conforme aponta Freire (2012), onde a micropolítica do trabalho das equipes de saúde que, nos seus modos de produção de cuidado, rompem com as normas impostas pelas portarias ministeriais. A necessidade de constante adaptação, de capacidades que vão além da formação básica do trabalhador representam possíveis fatores de estresse profissional:

Stress can be defined as a state of tension that causes a rupture in the internal balance of the body, i.e. a pathogenic strain state of the organism. The unbalance occurs when the person needs to respond to any demand that exceeds its adaptive capacity. (EVERLY, GEORGE e LATING, 2013)

Ultrapassada esta capacidade adaptativa, o organismo começa a apresentar sinais e sintomas de desgaste, e finalmente, adoece. Quando observada, a predominância de sintomas físicos do estresse está relacionada a uma mudança no padrão de adoecimento descrita por Lacaz (2003) onde o mal-estar difuso e queixas relacionadas a doenças crônicas se torna mais prevalente na população trabalhadora do que o se conhece por doenças relacionadas ao trabalho – DORT.

Segundo Dejours (2007) as relações entre trabalho e sofrimento são mascaradas por discursos, fachadas, divulgações de mídia, que em seu conjunto compõem “vitrinas”, representações idealizadas de forma a sugerir que inexistem qualquer desprazer ou sofrimento relacionado ao trabalho.

(...) por trás das vitrinas, há o sofrimento dos que temem não satisfazer, não estar à altura das imposições da organização do trabalho: imposições de horário, de ritmo, de formação, de informação, de aprendizagem, de nível de instrução e de diploma, de experiência, de rapidez de aquisição de conhecimentos teóricos e práticos e de

adaptação á “cultura” ou à ideologia da empresa, às exigências do mercado, às relações com os clientes, os particulares ou o público, etc. (DEJOURS, 2007, p. 28).

Em qualquer contexto de relação de trabalho os conceitos de autoridade e recompensa são interdependentes e formam o arcabouço regulatório das relações de trabalho. A autoridade é representada por uma ou mais pessoas que já pertencem e “falam” em nome da organização e a recompensa muitas vezes se resume ao salário combinado, o que termina para o trabalhador em uma dicotomia, entre a subordinar-se às regras da empresa e vivenciar as próprias emoções que nem sempre serão expressas de forma adequada, por não ter no meio uma via para tal expressão (KATZ e KAHN, 1976; RODRIGUES e FRANÇA, 2010). Essa perda de expressão da emoção representa também uma perda de autonomia, onde o indivíduo que se dedica a reproduzir um produto, ação ou comportamento, se sujeita ao silêncio, como forma de atenuar as dores e a fadiga deste labor (ARENDT, 1993, p. 248).

Se essas emoções são eventualmente expressas e suprimidas pelas figuras de autoridade, pode ocorrer outro tipo de agressão ao trabalhador, o assédio moral, no sentido em que a figura dominante cerca determinado espaço e exerce algum tipo de domínio, seja social, hierárquico ou territorial (PEDROSO et al., 2006). O assédio moral foi já observado como fator importante de estresse e adoecimento de trabalhadores de saúde em mais de uma instituição e instância (ANDRADE et al., 2015; PEDRO et al., 2008).

Essa atitude de anonimato organizacional, como forma de manter um equilíbrio psíquico do possível leva o risco de aproximar o trabalhador em um comportamento normopata, no sentido de assumir uma normalidade forçada, uma hipernormalidade, numa adaptação defensiva, pela indiferença para o mundo em torno e manutenção do mal (para si, para outrem) por omissão ou ação, pela aceitação dos estereótipos impostos ou propostos com uma abolição do pensar, pela abolição do julgamento e da capacidade de agir de acordo com tal (DEJOURS, 2007; MCDOUGALL, 1992). Dejours alerta que a adoção de um “comportamento defensivo

normopático”, se referindo a essa aceitação de normas organizacionais, externos, se dá mais pela defesa “**ao sofrimento causado pelo medo**, em resposta a um sofrimento causado pelo medo, em resposta a um risco proveniente do exterior” seria uma defesa contra a subjugação e exclusão social, do que uma personalidade normopática, no sentido psicopatológico (DEJOURS, 2007, p.115-116).

O Ministério da Saúde reforça e regulamenta a demanda de novas vagas para pessoas egressas de outros serviços que não apenas os leitos hospitalares fechados e, especialmente quanto à figura do elemento chave do cuidador. No artigo 2º da Portaria 3090 especifica-se uma nova demanda ao SRT:

Art. 2º: Os Serviços Residenciais Terapêuticos deverão acolher pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. (BRASIL, 2011).

Essa perspectiva de demanda pode implicar em preconceitos dos profissionais que trabalham indivíduos que além do transtorno mental carregam ainda o peso de serem egressos de um setor do sistema prisional – os “loucos infratores”, que tiveram suas medidas de segurança expedidas não tanto pelos delitos cometidos, mas por uma periculosidade presumida, “do que podem fazer, do que estão sujeitos a fazer, do que estão na iminência de fazer” (FOUCAULT, 1996). Há trabalhadores com suas próprias barreiras, simbólica e materiais, ao convívio social com o louco infrator, enquanto outros, mesmo apoiando a desinstitucionalização, não acreditam que ela possa ocorrer efetivamente, tanto pelo despreparo da sociedade ou pela descrença de que o local dos infratores seja fora dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (CETOLIN, 2011, p. 122).

Nas relações de trabalho conceitos de autoridade e recompensa são interdependentes e formam o arcabouço regulatório das relações de trabalho. A autoridade é representada por

pessoas que já pertencem e “falam” em nome da organização e a recompensa muitas vezes se resume ao salário combinado, o que termina para o trabalhador em uma dicotomia, entre a subordinar-se às regras da empresa e vivenciar as próprias emoções que nem sempre serão expressas de forma adequada, por não ter no meio uma via para tal expressão (KATZ e KAHN, 1976; RODRIGUES e FRANÇA, 2010). Se essas emoções são eventualmente expressas e suprimidas pelas figuras de autoridade, pode ocorrer outro tipo de agressão ao trabalhador, o assédio moral, no sentido em que a figura dominante cerca determinado espaço e exerce algum tipo de domínio, seja social, hierárquico ou territorial (PEDROSO *et al.*, 2006). O assédio moral foi já observado como fator importante de estresse e adoecimento de trabalhadores de saúde em mais de uma instituição e instância (ANDRADE *et al.*, 2015; PEDRO *et al.*, 2008).

Tal cenário desencadeia problemas constantes e cumulativos, pela recorrência do trabalhador ao mesmo ambiente e às mesmas fontes de sofrimento, gerando um círculo vicioso de adoecimento (SILVA e SILVA, 2015).

Método

Pesquisa quali-quantitativa, que utilizou entrevistas semiestruturadas gravadas com os CSM (sujeitos da pesquisa) para análises qualitativas conforme proposto por Turato (2003), posteriormente analisados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposto por Lefevre e Lefevre (2003), o que permitirá a construção de uma Representação Social do cuidador do SRT nos moldes propostos por Jodelet (1986) e Moscovici (2004). Para o levantamento do diagnóstico de estresse, foi aplicado o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP – ISSL (2014). As entrevistas ocorreram nos quatro SRTs existentes no Município de Aracaju/SE entre abril e junho de 2015. Cada unidade conta com, no mínimo, 5 cuidadores, um deles auxiliar de enfermagem (líder). No momento da coleta de dados eram 24 CSM, sendo que todos foram convidados e aceitaram participar após apresentação do Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido. Os CSM foram aleatoriamente numerados de 1 a 24 e assim referenciados (C1, C2, etc) durante a apresentação dos resultados.

As entrevistas foram transcritas e analisadas para elaboração do DSC em torno de Ideias Centrais categorizadas com auxílio do software QualiQuatiSoft® (SPI, 2015), permitindo a construção de uma Representação Social do CSM.

O ISSL foi analisado conforme proposto por Lipp (2014) e os dados tabulados no software SPSS® (IBM, 2008) para análise do diagnóstico de estresse.

Resultados

No grupo estudado há uma predominância feminina (66,6%), de indivíduos casados ou em união estável (66,6%) e com segundo grau completo (54,2%). 13 cuidadores (54,2%) trabalham há mesmo de um ano no SRT e igual número não tem nenhuma experiência anterior em saúde. Economicamente, todos tem renda aproximada entre 2 e 2,5 salários mínimos, sendo esse dado irrelevante para comparações dentro do grupo, por representar uma constante.

Dos 24 indivíduos, 6 (25%) apresentaram diagnóstico positivo para estresse em fase de Resistência, sendo que três deles apresentam quantidade significativa de sintomas também da fase de exaustão.

Houve predominância de sintomas físicos com forte correlação dos sintomas físicos na fase de Resistência (14 indivíduos, 58,3%) e Exaustão (17 indivíduos, 70,8%). No subgrupo sem estresse, 8 indivíduos (33,3%) apresentaram sintomas físicos de alerta e 11 (45,8%) apresentaram sintomas físicos de exaustão.

Tabela 1. Forma dos de ingresso dos Cuidadores de Saúde Mental no SRT- frequência dos discursos recolhidos (múltiplas respostas). Aracaju – 2015.

Ideias Centrais (categorias)		Frequências por subgrupo		
		Com Estresse	Sem Estresse	Total
1A	Entrei ou fiquei sabendo do trabalho através de um amigo / conhecido / parente que me indicou para o trabalho.	6	15	21
1B	Não foi uma escolha trabalhar no SRT, mas estava desempregado, era uma oportunidade.	5	10	14
1C	Foi uma escolha pessoal trabalhar no SRT	0	6	9
1D	Era um sonho trabalhar no SRT, porque tenho um parente próximo internado aqui	0	1	1
	Total por subgrupo	11	32	45

A Tabela 1 traz as Ideias Centrais dos discursos que expressam como o CSM entende que entrou para o SRT. As duas categorias mais prevalentes (1A e 1B com) e compõem a principal Representação Social desta questão.

A categoria 1C, que implica em uma escolha consciente pelo trabalho, tem alguma correlação com o subgrupo sem Estresse em relação às outras.

A categoria 1D, expressa pelo cuidador 9, é um caso especial, de um paciente que tinha um forte vínculo com familiar interessada em seu cuidado - o que formalmente o excluiria do SRT - mas a solução do caso acabou sendo a contratação do familiar como cuidador:

Eu tenho um irmão aqui, que reside na RT, que foi transferido do Garcia Moreno. As visitas eram frequentes, da família, através disso os funcionários, que viu o meu jeito de tratar eles, aí perguntou se eu não queria trabalhar com eles (C9).

Tabela 2. Treinamentos recebidos pelos Cuidadores de Saúde Mental no SRT (múltiplas respostas). Aracaju, 2015

Ideias Centrais (categorias)		Frequências por subgrupo		
		Com Estresse	Sem Estresse	Total
2A	Houve um treinamento formal prévio à contratação como cuidador.	5	1	6
2B	Não houve um treinamento prévio, mas há um processo de treinamento contínuo	2	1	3
2C	Tive um treinamento informal com funcionários mais experientes.	0	12	12
2D	Tive experiência anterior em outras instituições (manicômio / CAPS)	1	4	5
2E	Não tive nenhum treinamento, comecei a trabalhar logo que cheguei.	1	4	5
	Total por subgrupo	9	22	31

Quanto ao treinamento percebido pelo cuidador (Tabela 2), observamos alguma conexão entre um treinamento formalizado com o subgrupo que apresenta Estresse, com a categoria 2A, e entre o subgrupo sem Estresse e a categoria 2C. Exemplos:

2A: Eles ficava o tempo todo observando a gente, o comportamento da gente (C4)

Fiz o treinamento e vi que o tratamento era outro e eu ia entrar numa RT sabendo que era totalmente diferente (C20)

2B: Os cuidadores todos os meses tem treinamento (cuidador 11) Hoje a gente tem umas reuniões, por mês, para orientar a casa e ensinar os novatos (C23) Reuniões todo mês pra corrigir a gente (C18)

2C: O trabalho só foi assim, com os paciente mesmo (C03) Acho que tava precisada mais (C17)

Tabela 3. DSC - Rotina dos Cuidadores de Saúde Mental no SRT (múltiplas respostas). Aracaju, 2015.

Ideias Centrais (categorias)		Frequências por subgrupo		
		Com Estresse	Sem Estresse	Total
3A	Tenho uma rotina com horários rígidos quanto a medicação, alimentação e higiene	2	14	16
3B	Cumprimento e converso com os moradores em horários determinados	2	3	5
3C	Minha rotina tem tarefas domésticas básicas, como lavar, limpar, cozinhar e servir, dar a medicação que já está separada	5	6	11
3D	A rotina exige amor, paciência. Problemas eventuais são resolvidos com diálogo	1	2	3
3E	A rotina do líder exige o controle das compras, das contas, do acompanhamento ao atendimento médico, dos horários e da organização das tarefas dos outros cuidadores	1	2	3
3F	Minha interação com os moradores é livre e acompanha a disposição de cada um	1	3	4
	Total por subgrupo	12	28	40

A Tabela 3 mostra que há alguma relação entre cumprimento de uma agenda de horários e ausência de estresse nos discursos quando à rotina do cuidador, observar a categoria 3A.

Por outro lado, permeando as diversas categorias, há múltiplas referências a importância do trabalho doméstico e obediência a horários pré-determinados (categorias 3C, 3D e 3E), em detrimento ao trabalho individualizado com o morador, como os exemplos:

3C: Hora de comer, hora de banho, hora de remédio, a gente aprende fazendo (C7)

Os pacientes tem que obedecer os horário tudo, que é muito importante (C17)

3D: Acertar o horário para o resto da equipe não ficar sobrecarregado (C22)

3E: Que eu não sabia como era os horários do banho, essas coisas assim, café, remédio, tudo tem um horário, né? (C14).

Como a percepção desta cobrança ocorre em apenas dois dos cuidadores com estresse e é relacionada ao menos 17 vezes nos discursos dos cuidadores sem estresse, existe uma conexão entre o subgrupo sem estresse e a ideia de cumprimento de horários das tarefas.

Já o subgrupo com Estresse identifica-se mais com 3C, numa referência trabalhos domésticos mais básicos e sem rigidez de horários ou ordem nestas tarefas.

A Tabela 4 traz as representações do CSM sobre suas dificuldades e fatores estressantes no trabalho. A categoria 4A tem relação com o subgrupo sem estresse, enquanto 4E se relaciona com o subgrupo com estresse.

O teor dos discursos, considerando todas as categorias que representam alguma dificuldade enfrentada pelo cuidador, fornecem um panorama de possíveis fontes de estresse e até risco pessoal, por um lado, mas por outro evocam práticas coercivas, inadequadas, mais afeitas ao modelo de atendimento que o SRT tem por missão evitar:

4B: Ele me pediu cigarro e eu disse depois, e ele veio e me deu um chute, que eu caí (C4) Ele botou a mão na grade e eu disse “vai ser agora” aí segurei ele e peguei a faca (C2)

4D: Vamos dizer assim, qualquer coisa que eles fizesse ela tomava a comida dos menino e não dava, né? Eu liguei, ai eu falei bem assim, "Ói, ta acontecendo isso e isso". Ai a pessoa disse bem assim, "Vá cuida das suas coisa". Aí eu ia te força pra quem? Eu falá com quem mais? (C4)

4F: Quando G... Teve AVC, eu tava sozinha na casa, trocando as fraldas de T... porque assim eu querendo ajudar, o SAMU pra chegar era sete horas, e isso era umas cinco horas da tarde (C6)

4G: Ele é muito agressivo e não recebia ordem, ou melhor, comandos como “vá tomar banho” (C17)

Uma fragilidade da relação de trabalho enfrentada é representada pela categoria 4D, e pode representar um exemplo de assédio moral.

Tabela 4. DSC - Situações estressantes enfrentadas pelo Cuidador de Saúde Mental (múltiplas respostas). Aracaju, 2015.

Ideias Centrais (categorias)		Frequências por subgrupo		
		Com Estresse	Sem Estresse	Total
4A	Não tive dificuldades, sempre resolvi os problemas, ou tive pouca apenas no início, mas fui conhecendo cada um e hoje não tenho mais	1	13	14
4B	Tive que enfrentar risco físico (ou agressão) para mim ou para outro morador por parte de moradores em crise	2	5	7
4C	Tenho dificuldade em enfrentar agressões verbais dos moradores	1	2	3
4D	Testemunhei maus-tratos e/ou preconceito a moradores e não pude fazer nada porque temi perder o emprego	2	0	2
4E	Tenho dificuldades quando moradores feridos, com necessidades especiais ou com crise e não tem recursos ou atendimento especializado	4	2	6
4F	Tenho reações de medo/ constrangimento/ mal-estar com situações de crise ou com o comportamento de alguns moradores	2	1	3
4G	Tenho dificuldades de manejo dos moradores (horário de banho/ administração de medicamentos /acompanhar o morador fora de casa)	1	5	6
4H	Tive dificuldades em que não tenho experiência ou estudo para lidar com as necessidades da casa ou dos moradores	0	2	2
	Total por subgrupo	13	30	43

Os discursos gerados pela questão norteadora “O que representa para você ser um Cuidador no SRT?” e suas frequências constam da Tabela 5.

Ocorre relação entre a presença de estresse e a representação 5D em relação a outras categorias. Já a representação 5E está fracamente relacionada a ausência de estresse, em relação

a outras categorias. Como uma representação de todo o grupo dos CSM as categorias 5D, 5E e 5F se destacam, criando um discurso coletivo que se divide entre uma relação afetiva e uma relação de subsistência com o trabalho

Tabela 5. Representações sobre o significado de ser um Cuidador de Saúde Mental no SRT (múltiplas respostas). Aracaju, 2015.

Ideias Centrais (categorias)		Frequências por subgrupo		
		Com Estresse	Sem Estresse	Total
5A	Representa, amor, paixão, pois sou eu que tenho que cuidar deles	1	3	4
5B	É uma aprendizagem diária	0	4	4
5C	É uma superação dos seus limites, dos seus desejos, em prol do morador	0	4	4
5D	É um trabalho, é meu sustento	6	2	8
5E	É como uma família, a gente tem que cuidar e proteger	2	10	12
5F	Representa gostar do que faz, precisa gostar do que faz	1	8	9
	Total por subgrupo	10	31	41

Dos 11 cuidadores com experiência em saúde 7 entendem o morador como “Pessoas especiais/ tem deficiência mental/ tem dependências”, em relação as outras categorias, já a totalidade dos cuidadores sem experiência anterior em saúde representa o morador de forma infantilizada como “São como crianças”.

Foram também colhidos discursos do CSM sobre a opinião da família e amigos sobre o seu trabalho, com a ocorrência de múltiplas Representações. A representação social dessa percepção está dividida entre dois polos, e alguns indivíduos expressaram Ideias Centrais de polos diferentes em seus discursos. A maioria dos indivíduos (16) expressou que tem reconhecimento e apoio de sua família, em um momento, mas 5 destes também expressaram

que a família não valoriza seu trabalho e outros 5 que a família exprime preconceito e até pede para que deixem o trabalho.

O testemunho de atitudes preconceituosas explícitas ou veladas, como são antes expressões da percepção dos próprios indivíduos pesquisados, mais que a real opinião dos seus familiares:

Coragem pra vir cuidar de doido (C6). Como é que você trabalha com esse tipo de gente, cê é doido (C15). Se você olha pra eles eu acho que você não se torna doido (C20). Sinto sim esse preconceito com quem está na minha casa (C21).

A questão quanto ao acolhimento de egressos dos HCTPs teve necessidade de explicação para a maior parte dos cuidadores, pois desconheciam a legislação ou acreditavam que esta não estaria em vigor, e as Ideias Centrais dos discursos obtidos são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 Expectativas quanto a receber egressos de Hospitais de Custódia no SRT. Aracaju, 2015.

Ideias Centrais (categorias)		Frequências por subgrupo		
		Com Estresse	Sem Estresse	Total
6A	Não vejo problema, não muda nada	0	9	9
6B	Não vejo problemas, desde que abram mais SRTs para separar os casos	1	6	7
6C	Não seria a mesma coisa, eu teria receio de trabalhar	5	1	6
6D	Não vejo problemas desde que tenhamos orientação específica para cada caso	0	2	2
	Total por subgrupo	6	18	24

As respostas foram mais taxativas e não ocorreram múltiplas respostas. Aqui os discursos parecem mais “positivos” (6A, 6B e 6D) com o grupo sem estresse, para a soma das

categorias A e B, ao passo que há possível relacionamento da Ideia Central categorizada em 6C com o subgrupo com estresse. Os testemunhos desta categoria expressam insegurança e uma expectativa negativa:

6C: Aqui, por exemplo, a cozinha não tem porta, conseqüentemente a gente já ia ficar um pé atrás com isso (C15). Eu tinha medo se viesse alguém, desconhecido. Mas não veio e acho que nem vai vir, se vier, eu acho que eu saio (C7).

Discussão

A construção do DSC permitiu elaborar Representações Sociais deste grupo de CSM acerca de vários aspectos de seu trabalho e sua vida, trazendo informações relevantes sobre o cotidiano e funcionamento dos SRTs do que o que se previa nos objetivos iniciais da pesquisa como possíveis fatores estressores conforme percebidos pelos sujeitos. Os cruzamentos dos discursos em subgrupos dos que apresentavam ou não estresse, ora confirmam, ora se contrapõem aos objetivos e às normas técnico-administrativas que regem o funcionamento dos SRTs.

Coletivamente o CSM entende que entrou para o serviço através de algum tipo de indicação ou apadrinhamento e que esse conhecimento pessoal importou mais que sua formação ou experiência, exceto nos casos em que o contato que realizou a indicação era conhecido justamente de outro local de trabalho em saúde, como um Hospital Psiquiátrico (discursos 1A e 2D). Mesmo em exemplos onde são citados um processo seletivo ou uma avaliação curricular se destaca o conhecimento pessoal. Uma dupla dependência fica implícita nessa representação, a dependência do intermediador que indica o indivíduo para o emprego e a dependência financeira face ao desemprego anterior e ao desconhecimento frente ao novo trabalho. O compadrio tomando lugar do mérito tornam o trabalhador refém de uma rede de amizade e influência ao mesmo tempo em que desautorizam qualquer esforço de aperfeiçoamento

profissional, reproduzindo em pequena escala um fenômeno político-cultural observado em outras esferas de relação e poder, reforçando uma influente e indesejável representação do que vem a ser um servidor público (FERNANDES e FERREIRA, 2015; VENEU, 1990).

As influências de redes de poder dentro do serviço fragilizam a relação de trabalho, e mesmo que o trabalhador perceba ou deseje alguma mudança (Cf. 4D) acaba sendo velada ou até explicitamente coagido a se calar e se conformar com sua posição subalterna (DEJOURS, 2007; PEDROSO *et al.*, 2006).

Verificou-se que a informalidade e ausência de treinamento específico estão relacionadas com menor grau de estresse; já o treinamento formal, com seu aumento (ver Tabela 2). Infere-se que a percepção de um treinamento prévio e formal pode estar relacionada a cobranças (reais ou imaginárias) de superiores e colegas, decorrendo maior grau de expectativa, enquanto um treinamento informal que, mesmo dando a impressão de ser falho, proporciona um ambiente com menor grau de cobrança e responsabilidade sobre o trabalhador, o que é corroborado pela distribuição das categorias 2D e 2E, de sujeitos que não referenciaram nenhum treinamento.

A rigidez no cumprimento de tarefas como limpeza, preparo de refeições, horário fixo das medicações e banho dos moradores (Tabelas 3 e 4), mostra a preocupação do CSM na realização de atividades visíveis e tangíveis. Pensa-se que tal situação possa estar relacionada à cobrança do meio social representada pelos colegas e superiores, reais ou imaginárias, quanto a funções e desempenho, conforme sugerido em estudos anteriores (FURTADO, 2006).

O CSM representa o morador do SRT de uma forma infantilizada ou ainda como “especiais”, portadores de deficiência mental, o que é um caso diferente da maioria dos usuários do serviço, que são portadores de transtorno mental moderado a grave (BRASIL, 2011), o que

denota confusão ou desconhecimento de fato da real situação destes usuários, o que já foi notado também entre agentes comunitários (PEREIRA *et al.*, 2007).

Um dos objetivos das políticas públicas de saúde mental, da qual o SRT e o CSM são parte, é a reintegração do portador de transtorno mental à sociedade, derrubando preconceitos e construindo novas redes de relação (ARGILES, KANTORSKI, *et al.*, 2013; BRASIL, 2004b). Isso não pode ser alcançado plenamente se o agente mediador desta reintegração desconhece as políticas de reintegração para os moradores dos SRTs e não contextualiza seu papel.

Foi notável desconhecimento da Portaria nº 3090/2011, acerca do acolhimento de egressos de hospitais de custódia. As expressões de desconfiança e preconceito por parte do subgrupo com estresse ou o desejo da segregação, revelado em discursos sobre a necessidade da abertura de novas casas dedicadas a estes novos moradores (Tabela 6), mostram despreparo do CSM frente a novas situações e desafios, e até mesmo de temor pela própria integridade física.

Isso reflete uma sensação de impotência e fragilidade da relação trabalhista destes sujeitos, que dependem de grades de horários, identificação de medicamentos, de serviços médicos e complementares externos ao serviço, serviços de emergência sem acesso privilegiado, acolhimento em outras unidades alheias ao seu controle, transporte de moradores, etc. enquanto atendem usuários com transtorno mental grave e/ou dependência física que têm necessidades e riscos aumentados.

Considerações finais

Esta pesquisa permitiu construir uma Representação Social de como o CSM entende seu papel nos SRT de Aracaju-SE e como a presença de estresse pode ser exposta através estas Representações.

O SRT foi idealizado e implantado com a dupla função de acolher e reabilitar o egresso de longos internamentos ao convívio social e o CSM surge neste contexto como o principal mediador desse acolhimento e reabilitação. A forma como esse ator social interage com seu objeto e ambiente de trabalho, ou seja, o SRT e seus moradores, parece ter relacionamento com os objetivos finais do serviço.

Quanto à mensuração do estresse, consideramos importante a ocorrência de diagnósticos positivos em um quarto da população estudada, mesmo na ausência de outros estudos sobre estresse nesse meio específico, uma vez que a função do CSM parece relacionada ao conjunto dos CSM da unidade de trabalho e a interação entre esses indivíduos portadores de estresse pode representar um reforço a atitudes e comportamentos que agravam seus quadros.

A constatação de uma predominância de sintomas físicos entre os CSMs, tanto com diagnóstico como sem diagnóstico de estresse pode indicar tanto a presença de indivíduos que estejam sofrendo mudança ou agravamento de fase do estresse, e podem assim apresentar risco para desenvolvimento de doenças crônicas.

A orientação geral da contratação de pessoas alheias ao meio hospitalar como forma de evitar a reprodução de práticas manicomiais foi observada apenas parcialmente (45,8% dos CSM entrevistados tem experiência anterior em serviços de saúde) e os discursos colhidos demonstram que algumas práticas, como controle, coação e confinamento podem ainda estar ocorrendo, mesmo que de forma mais suave e velada do que se conhece do modelo de atendimento a que estavam anteriormente submetidos, o que não tira o mérito conquistado pelo serviço de retirar aqueles moradores do asilamento e permitir um grau de autonomia que, mesmo que ainda em construção, anteriormente seria inconcebível.

A imposição de regras e leis, como pode ser visto, necessariamente não muda, mesmo que em médio prazo, as expectativas, os preconceitos e o conjunto de conhecimentos e crenças

de uma população ou de um trabalhador, especialmente se existe expectativa de que esse corresponda de imediato às ideologias e expectativas daqueles que criaram tais regras e leis.

Nos testemunhos dos CSMs acerca de suas ações quotidianas transpareceram rotinas que se aproximam às de um trabalhador doméstico não especializado. O que mais se destaca é a falta de atividades direcionadas à atenção individualizada e à reabilitação social do morador, do usuário do SRT. Existe uma inversão, onde o morador não se apropria do espaço e sua reabilitação não é a finalidade do serviço, mas o meio pelo qual o CSM, seus superiores e o sistema de saúde cumprem suas funções. A individualidade da escolha do morador é substituída pela necessidade deste em obedecer às decisões de lideranças e necessidades do grupo.

O CSM, trabalhador oriundo de uma população heterogênea quanto à cultura, educação e experiência, que em seu ambiente familiar casa convive com o preconceito pelo que faz e com seu objeto de trabalho, movido pelo receio do desemprego, da não aceitação de seu papel de cuidador no seu meio, acaba por copiar discursos e repetir ações e frases observadas ou transmitidas com ou sem intenção (num treinamento ou na convivência diária com colegas e superiores), sem necessariamente entender ou acreditar naquilo, o que ficou patente nos discursos recolhidos. Acaba por ter ou uma atitude apática ou notadamente afetiva, onde a objetividade, a criatividade e a participação ativa são substituídos pelo cumprimento de horários e lista de tarefas repetitivas, “para que a equipe que chegar encontrar tudo certinho” (cuidador 19), procurando visibilidade e aceitação no meio de trabalho, procurando, num comportamento de defesa normopático, manter o emprego que teve o custo social do prestígio de uma indicação pessoal.

A necessidade de adaptação e readaptação constante, o jogar pelas regras, o trabalhar e não ser reconhecido pelo que faz por seus pares, superiores, amigos e parentes, em resumo, seu meio social, se constitui com o tempo em um estressor difuso, mas sempre presente, subjetivo,

que consome ao limite as resiliências, que termina por constituir uma “vitrina de Dejours”, ocultando o sofrimento do trabalhador que teme não agradar e se manifesta no indivíduo como um desgaste, um adoecimento.

¹ Este artigo apresenta resultados da pesquisa realizada para a Dissertação de Mestrado “Avaliação dos níveis de Estresse Laboral e Representações Sociais do Cuidador em Serviços Residenciais Terapêuticos em Aracaju – SE” apresentada em fevereiro de 2016, na Universidade Tiradentes-UNIT, por Alexandre Mansão dos Santos. Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Conselho de Ética e Pesquisa da Universidade Tiradentes (CEP/Unit) pelo parecer nº 1.047.683 de 30/04/2015.

Referências Bibliográficas

ABRAHAM, Y. X. Z. A. C. N. P. Multiparametric Analysis of Screening Data Growing Beyond the Single Dimension to Infinity and Beyond. **Journal of biomolecular screening**, 19, n. 5, 2014. 628-639. Disponível em: <<http://jbx.sagepub.com/content/19/5/628.full.pdf+html>>.

ABRIC, J. C. **Pratiques sociales et représentations**. 1ª. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2011. 396 p.

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 11, Jul/Set 1995. 491-495. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0102-311X1995000300024&pid=S0102-311X1995000300024&pdf_path=csp/v11n3/v11n3a11.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2013.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4ª Ed. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

AMORIM, A. K. D. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14, n. 1, Jan/Fev 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a25v14n1.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

ANDRADE, C. G. et al. Assédio moral na atenção básica segundo os profissionais de enfermagem. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, 13, n. supl. 1, fev 2015. 77-90. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00031>>. Acesso em: 25 jan. 2016.

ARGILES, C. T. L. et al. Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18, n. 7, jul. 2013. 2049-2058. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700020&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-81232013000700020>. Acesso em: 23 nov. 2014.

BASAGLIA, F. et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE (ORG), P. D. D. C. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. Cap. 1, p. 202.

BAUMAN, Z. **Ética pós-moderna**. Tradução de João Rezende Costa. 1. ed. São Paulo: Paulus, 1997.

BECKER, H. S. The nature of a profession. In: BECKER, H. S. **Sociological work: method and substance**. New Jersey: Transaction publishers, 1971.

BENAVENTE, S. B. T. et al. Influência de fatores de estresse e características sociodemográficas na qualidade do sono de estudantes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 48, n. 3, 2014. 514-520. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-514.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2015.

BLOOM, D. E. et al. The global economic burden of noncommunicable diseases. **Program on the Global Demography of Aging**, Geneva, Jan 2012. Disponível em: <http://www.hsph.harvard.edu/program-on-the-global-demography-of-aging/WorkingPapers/2012/PGDA_WP_87.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2016.

BRASIL. **LEI Nº 7.209, DE 11 DE JULHO DE 1984 - Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências**. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7209.htm>. Acesso em: 14 out. 2014.

_____. **Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988**. Brasília: [s.n.], 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

_____. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, coordenação de Saúde Mental, 1994.

_____. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª revisada. ed. Brasília: Editora MS, 2002. 166 p.

_____. **LEI No 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003.** Brasília: Presidência da República, Casa Civil, Gabinete do Ministro, 2003.

_____. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004.** 5ª. ed. Brasília: Editora MS, 2004a. 340 p.

_____. Portaria GM no 1.220, de 7 de novembro de 2000. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA-EXECUTIVA; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE **Legislação em saúde mental: 1990-2004.** 5ª. ed. Brasília: Editora MS, 2004a. p. 109-116.

_____. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem?** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. **Portaria nº 3.090, de 23 de Dezembro de 2011.** Brasília: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, 2011. Disponível em: <<http://www.tjsc.jus.br/institucional/proapi/portaria%203090%2023%20dezembro%202011.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2013.

_____. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica.** Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde. SAS/DAPES, 2011. 106 p.

_____. **Saúde Mental em Dados - 11.** Brasília: Ministério da Saúde, SAS/DAPES, ano VII, 2012. 28 p. Disponível em: <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Dados-da-rede-assistencial-brasileira-2012-Ministerio-da-Saude.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2015.

BRITES, J. Afeto e desigualdade: gênero, geração e classe entre empregadas domésticas e seus empregadores. **Cadernos Pagu**, Campinas, 29, Jul-Dez 2007. 91-109. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n29/a05n29.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

BRUM, L. D. R. V. **O Serviço Residencial Terapêutico em Questão.** Niterói: Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense para obtenção do Grau de mestre em Saúde Coletiva, 2012. 170 p. Disponível em: <www.uff.br/saudecoletiva/.livia%20di%20renna%20vianna%20brum.pdf>. Acesso em: 08 out. 2013.

CETOLIN, S. K. **Representações Sociais da loucura: um estudo com profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia-HCT/BA** [Dissertação]. Salvador: UFBA, 2011. 135 p. Disponível em: <http://www.pospsi.ufba.br/Simone_Cetolin.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2014. Dissertação (mestrado em Psicologia).

COELHO, M. A dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica e a Companhia Experimental Mu.dança. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 32, n. 78/79/80, Jan/Dez 2008.

92-98. Disponível em:
<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Condi%C3%A7%C3%B5es%20e%20Condicionantes%20de%20Vida%20e%20Sa%C3%BAdes%20Mental/Revista%20Sa%C3%BAdes%20em%20Debate_Sa%C3%BAdes%20mental_%20v.32_n%2078-79-80_jan_%20dez_2008.pdf>. Acesso em: 13 15 2013.

CONTI, M. A.; BERTOLIN, M. N. T.; PERES, S. V. P. A mídia e o corpo: o que o jovem tem a dizer? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Jul 2010. 2095-2103. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a23v15n4.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

CORREIA, L. C. Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito. **L'altro diritto - Centro di documentazione su carcere, devianza e marginalità**, Firenze, 01 fev. 2009. Disponível em: <<http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/latina/cerqueir/index.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

COSTA-ROSA, A. D.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 25, Mai/Ago 2001. 12-25. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudemental/conferenciasnacionaisdesaudemental.doc>>. Acesso em: 23 dez. 2013.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007. 160 p.

DELEUZE, G. **Foucault**. Tradução de Claudia Sant'Anna Martins. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: LetrasLivres : Editora Universidade de Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15170/1/LIVRO_CustodiaTratamentoPsiquiatrico.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2014.

EVERLY, G. S.; GEORGE, S.; LATING, J. M. **A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response**. 3ª. ed. New York: Springer-Verlag, 2013. 316 p.

FERNANDES, L. C.; FERREIRA, M. C. Qualidade de vida no trabalho e risco de adoecimento: estudo no poder judiciário brasileiro. **Psicologia USP**, São Paulo, Abr 2015. 296-306. Disponível em: <<file:///C:/Users/Alexandre/Downloads/102413-178822-1-PB.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2015.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petropolis: Vozes, 1987. 288 p.

_____. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 1996.

- _____. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- _____. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: EDITORA PERSPECTIVA S. A., 1978. 608 p.
- FREIRE, F. H. M. A. **Cartografia do financiamento em saúde mental: modelagens na Rede de Atenção Psicossocial na relação do cuidado à loucura**. Rio de Janeiro: Tese apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca para obtenção do grau de Doutor, 2012. 215 p. Disponível em: <<http://bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3356>>. Acesso em: 10 dez. 2013.
- FRIEDRICH, A. C. D.; MACEDO, ; REIS, A. H. Vulnerabilidade ao stress em adultos jovens. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, 15, n. 1, Mar 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572015000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2015.
- FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos Serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 11, n. 3, Set 2006. 785-795. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2014.
- FURTADO, J. P. et al. Modos de morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma avaliação interdisciplinar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Dez 2013. 3683-3693. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 fev. 2015.
- GOOFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1999.
- GRUNPETER, P. V.; COSTA, T. C. R.; MUSTAFÁ, M. A. M. **O movimento da luta antimanicomial no Brasil e os direitos humanos dos portadores de transtornos mentais**. Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia, 25 a 27 de abril de 2007, UFSC. Florianópolis: UFSC. 2007. p. 511-520.
- HAO, S. et al. Relationship between resilience, stress and burnout among civil servants in Beijing, China: Mediating and moderating effect analysis. **Personality and Individual Differences**, London, Set 2015. 65-71. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886915002263>>. Acesso em: 01 Set 2015.
- IBM. **SPSS Statistics 17.0**, 23 ago. 2008.
- JODELET, D. La representación social: fenómeno, concepto y teoría. In: JODELET, D. **Psicologia Social**. Barcelona: Paidós, 1986. p. 469-494.

_____. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (O.). **As Representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002. p. 17-44.

KATZ, D.; KAHN, R. **Psicologia Social das Organizações**. 2a. ed. São Paulo: Atlas, 1976.

KOFES, S. Experiências sociais, interpretações individuais: Histórias de vida, suas possibilidades e limites. **Cadernos Pagu**, Campinas, Jul-Dez 2007. 117-141. Disponível em: <<http://periodicos.bc.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1725>>. Acesso em: 1 dez. 2015.

LACAZ, F. A. C. L. Qualidade de vida no trabalho e saúde do trabalhador: uma visão crítica. In: GOLDENBERG, P. **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 413-429.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. 2ª. ed. Caxias do Sul: Educs, 2003. 132 p.

LIMA, C. M. P. D. A.; CARDOSO, M. G.; SANTOS, J. E. D. Projeto de construção de conhecimento dos cuidadores de um serviço Residencial Terapêutico: Valorizando a singularidade do cuidar nas Residências Terapêuticas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Menta**, Florianópolis, 2, n. 4-5, 2010. 107-122. Acesso em: 13 nov. 2014.

LIMA, S. S.; BRASIL, S. A. Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. **Phisys**, Rio de Janeiro, 24, n. 1, Março 2014. 67-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100067&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 dez. 2014.

LIPP, M. E. N. **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas: Papirus, 1997.

_____. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N. Manejo do estresse. In: RANGE, B. **Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas**. Campinas: Psy II, 1995. p. 279-292.

_____. O stress emocional e seu tratamento. In: (ORG), B. R. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 475-490.

LIPP, M. E. N.; ROCHA, J. C. **Stress, Hipertensão e Qualidade de Vida**. 2a. ed. Campinas: Papirus, 2000.

LIU, R. T.; ALLOY, L. B. Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. **Clinical psychology review**, 30, n. 5, 5 Jul 2010. 582-593. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735810000735>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

LUIZ, R. T. et al. Estado da arte sobre o Serviço Residencial Terapêutico no Brasil: um panorama exploratório. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, 11, n. 1, 2011. 131-140. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193819303010>>.

MACHADO, W. L. Dimensionalidade da escala de estresse percebido em uma amostra de professores. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, 27, n. 1, jan-mar 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722014000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 abr. 2015.

MALACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behavior**, Berkeley, 2, Abr 1981. 99-113. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/pdf>>. Acesso em: 02 out. 2015.

MCDUGALL, J. **Teatros do eu**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1992. 222 p.

MICROSOFT CORPORATION. **Microsoft Excel v.14.0.7153.5000 64 bits**, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14^a. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 2^a. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

ÖHMAN, L. et al. Longitudinal analysis of the relation between moderate long-term stress and health. **Stress and health**, New Jersey, 23, n. 2, abr 2007. 131-138. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1002/smi.1130>>.

OLIVEIRA, W. F. Algumas reflexões sobre as bases conceituais da Saúde Mental e a formação do profissional de Saúde Mental no contexto da promoção da saúde, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 38-48, Jan/Dez 2008. Disponível em: <http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Condi%C3%A7%C3%B5es%20e%20Condicionantes%20de%20Vida%20e%20Sa%C3%BAde/Sa%C3%BAde%20Mental/Revista%20Sa%C3%BAde%20em%20Debate_Sa%C3%BAde%20mental_%20v.32_n%2078-79-80_jan_%20dez_2008.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2013.

OMS. **A saúde mental pelo prisma da saúde pública. Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 1^a. ed. Genebra: OPAS/OMS, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2013.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29, n. 10, Out 2013. 1927-1953. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n10/a03v29n10.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2015.

PALOMBINI, A. D. L.; BARBOZA, R. P.; FICK, T. K. Cuidando do cuidador: da demanda de escuta a uma escrita de si. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, 13, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v13n2/07.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

PEDRO, M. M. et al. workplace mobbing and effects on worke's health. **The Spanish journal of psychology**, Murcia, 11, n. 1, mai 2008. 219-227. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1017/S1138741600004261>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

PEDROSO.V. et al. Aspectos conceituais de assédio moral: um estudo exploratório. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, 8, n. 33, out-dez 2006. 139-147. Disponível em: <http://www.org.br/portal.pag/doc.php?p_ndoc=222>. Acesso em: 25 jan. 2016.

PEREIRA, M. A. O. et al. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, 41, n. 4, Out 2007. 567-572. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/04.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU. Aracaju é a terceira melhor cidade do país em atenção psicossocial. **aracaju.se.gov.br**, Aracaju, 28 maio 2009. Disponível em: <<http://www.aracaju.se.gov.br/index.php?act=imprimir&codigo=37979>>. Acesso em: 29 nov. 2013.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. O trabalho em saúde mental: uma análise preliminarrelativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, maio 2008. 36-49. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v33n117/a05v33n117.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2014.

RAMMINGER, T.; NARDI, H. C. Modos de Subjetivação dos Trabalhadores de Saúde Mental em Tempos de Reforma Psiquiátrica. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17, n. 2, 2007. 265-287. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a04.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

RIBEIRO NETO, P. M.; AVELLAR, L. Z. Conhecendo os cuidadores de um serviço residencial terapêutico. **Mental**, Barbacena, 7, n. 13, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2013.

ROD, N. H. et al. Perceived stress as a risk factor for changes in health behaviour and cardiac risk profile: a longitudinal study. **Journal of Internal Medicine**, New Jersey, 266, n. 5, Nov 2009. 467-475. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2796.2009.02124.x>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

RODRIGUES, A. L.; FRANÇA, A. C. L. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática via estresse e trabalho. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. **Psicossomática hoje**. 2a. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2010.

SAARY, M. J. Radar plots: a useful way for presenting multivariate health care data. **Journal of clinical epidemiology**, 61, n. 4, Abr 2008. 311-317. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435607003320>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

SADIR, M. A.; BIGNOTTO, M. M.; LIPP, M. E. N. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Paidéia**, Ribeirão Preto, 20, n. 45, Jan-Abr 2010. 73-81. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n45/a10v20n45.pdf>>.

SANTOS, A. F. D. O.; CARDOSO, C. L. Profissionais de saúde mental: manifestação de stress e burnout. **Estudos de Psicologia**, Campinas, 27, n. 1, jan-mar 2010. 67-74. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n1/v27n1a08.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2015.

SANTOS, A. M. D.; VARGAS, M. M. Revisão bibliográfica sistemática acerca da produção científica sobre o Serviço Residencial Terapêutico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, Outubro 2014. 1. Disponível em: <<http://www.rbppsiquiatria.org.br/>>. Acesso em: 30 out. 2014.

SELYE, H. **Stress, a tensão da vida**. São Paulo: Ibrasa - Instituição Brasileira de Difusão Cultural, 1959.

SERGIPE. Atenção Psicossocial. **Portal da Saúde**, Aracaju, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.se.gov.br/index.php?act=interna&secao=151>>. Acesso em: 30 maio 2015.

SILVA, D. D. P. D.; SILVA, M. D. N. R. M. D. O. O trabalhador com estresse e intervenções para o cuidado em saúde. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, 13, n. supl. 1, 2015. 201-214. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00032>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

SILVA, M. B. E. Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental. **Phisys - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15, n. 1, Junho 2005. 127-150. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2015.

SPI, S. E. P. I. **QualiQuantSoft 1.3c build**, 2015.

THOITS, P. A. Stress and Health: Major Findings and Policy Implications. **Journal of Health and Social Behavior**, Albany, 51, n. 1, Nov 2010. S41-S53. Disponível em: <http://hsb.sagepub.com/content/51/1_suppl/S41.long>. Acesso em: 10 abr. 2015.

TRUZZI, A. et al. Burnout in familial caregivers of patients with dementia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 4, n. 34, Set 2012. 405-412. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v34n4/v34n4a07.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2015.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003. 685 p.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clinico-qualitativa: construçao teorico-epistemologica, discussao comparada e aplicacao nas areas da saude e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003. 685 p.

VENEU, M. G. Representations of the public servant. **Revista de Administração Pública**, Jan-Mar 1990. 5-16. Disponível em: <<http://search.proquest.com/openview/b00720bc9dde95f27456e55bfdc46202/1?pq-origsite=gscholar>>. Acesso em: 30 out. 2015.

WAGNER, W. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVICH, SANDRA **Textos em Representações Sociais**. 11ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. Cap. 5, p. 254.

WEBER, M. **Metodologia das Ciências Sociais (Parte 2)**. 2ª. ed. São Paulo/Campinas: Cortez/Editora da Unicamp, 1998.

WENDLING, M. M. Hospital Psiquiátrico Dr. Garcia Moreno – 1979(?)–2006. In: JACÓ-VILELA, A. M. **Dicionário Histórico de Instituições de Psicologia no Brasil**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Imago/Conselho Federal de Psicologia, 2011. p. 254.

WEYLER, A. R.; FERNANDES, M. I. A. Os caminhos das propostas de moradias para ex-pacientes psiquiátricos. **Vínculo.**, São Paulo, 2, n. 2, Dez 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-24902005000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 nov. 2014.

WHO. CONSTITUTION OF WHO. **Basic Documents**, Genebra, n. 47, 2009. 1-18.
Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44192/1/9789241650472_eng.pdf>.
Acesso em: 15 jan. 2015.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, p. 27-37, Jan/Dez 2008. ISSN 78/79/80. Disponível em: <http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Condi%C3%A7%C3%B5es%20e%20Condicionantes%20de%20Vida%20e%20Sa%C3%BAde/Sa%C3%BAde%20Mental/Revista%20Sa%C3%BAde%20em%20Debate_Sa%C3%BAde%20mental_%20v.32_n%2078-79-80_jan_%20dez_2008.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2013.

5 Considerações Finais

Esta pesquisa permitiu construir uma Representação Social de como o CSM entende seu papel nos SRT de Aracaju-SE e como a presença de estresse está associada a estas Representações.

Nas narrativas do cotidiano dos CSM surgiram múltiplas referências a situações que puderam ser identificadas como estressoras, ou seja, que exigiram do trabalhador esforço adaptativo que chegava ou ultrapassava sua resiliência individual. Estes resultados abrem a perspectiva para futuras abordagens de pesquisa sobre o estresse, trabalho e as políticas públicas em saúde mental e outras, que tem complexas interações que agem diretamente na saúde e no desempenho do trabalhador e do usuário do SUS.

Quanto à mensuração do estresse, consideramos importante a ocorrência de diagnósticos positivos em um quarto da população estudada, mesmo na ausência de outros estudos sobre estresse nesse meio específico, uma vez que a função do CSM está muito relacionada com o conjunto dos CSM da unidade de trabalho e a interação entre esses indivíduos portadores de estresse pode representar um reforço a atitudes e comportamentos que agravam seus quadros.

A constatação de uma predominância de sintomas físicos entre os CSMs, tanto com diagnóstico como sem diagnóstico de estresse pode indicar tanto a presença de indivíduos que estão sofrendo mudança ou agravamento de fase do estresse, como um risco aumentado para desenvolvimento de doenças crônicas.

O SRT foi idealizado e implantado com uma dupla função: acolher e reabilitar o egresso de longos internamentos ao convívio social e o CSM surge neste contexto como o principal mediador desse acolhimento e reabilitação. A maneira complexa de como esse ator social interage com seu objeto e ambiente de trabalho, ou seja, o SRT e seus moradores, interfere diretamente nos objetivos finais do serviço.

A orientação geral de autores e autoridades públicas da contratação de pessoas alheias ao meio hospitalar como forma de evitar a reprodução de práticas manicomiais foi observada apenas parcialmente (havendo inclusive um recente incremento de trabalhadores com alguma experiência anterior) e os discursos colhidos demonstram que algumas práticas, como controle, coação e confinamento podem ainda estar ocorrendo, mesmo que de forma mais suave e velada do que se conhece do modelo de atendimento a que estavam anteriormente submetidos, o que não tira o mérito conquistado pelo serviço de retirar aqueles moradores do asilamento e permitir um grau de autonomia que, mesmo que ainda em construção, seria antes inconcebível.

A imposição de normas, regras e leis, como visto, necessariamente não muda, mesmo que em médio prazo, as expectativas, os preconceitos e o conjunto de conhecimentos e crenças de uma população ou de um trabalhador, especialmente se existe expectativa de que esse corresponda de imediato às ideologias e expectativas daqueles que, distantes do campo onde o trabalho se realiza, criaram tais regras e leis.

Nos testemunhos dos CSMs acerca de suas ações quotidianas transpareceram rotinas que se aproximam às de um trabalhador doméstico não especializado. O que mais se destaca é a falta de atividades direcionadas à atenção individualizada e à reabilitação social do morador, do usuário do SRT. Existe uma inversão, onde o morador não se apropria do espaço e sua reabilitação não é a finalidade do serviço, mas o meio pelo qual o CSM, seus superiores e o sistema de saúde cumprem suas funções. A individualidade da escolha do morador é substituída pela necessidade deste em obedecer às decisões de lideranças e necessidades do grupo.

O CSM, trabalhador oriundo de uma população heterogênea quanto à cultura, educação e experiência, que em seu ambiente familiar casa convive com o preconceito pelo que faz e com seu objeto de trabalho, movido pelo receio do desemprego, da não aceitação de seu papel de cuidador no seu meio, acaba por copiar discursos e repetir ações e frases observadas ou transmitidas com ou sem intenção (num treinamento ou na convivência diária com colegas e superiores). Necessariamente não entende ou acredita naquilo, e isso ficou patente nos discursos recolhidos. Acaba por ter ou uma atitude apática ou notadamente afetiva, onde a objetividade, a criatividade e a participação ativa são substituídos pelo cumprimento de horários e lista de tarefas repetitivas, “para que a equipe que chegar encontrar tudo certinho” (Cuidador 19), procurando visibilidade e aceitação no meio de trabalho, procurando, num comportamento de defesa normopático, como proposto por Dejours, manter o emprego que teve um custo social, o custo do prestígio de uma indicação pessoal.

A necessidade de adaptação e readaptação constante, o jogar pelas regras, o trabalhar e não ser reconhecido pelo que faz por seus pares, superiores, amigos e parentes, em resumo, seu meio social, se constitui com o tempo em um estressor difuso, mas sempre presente, subjetivo, que consome ao limite as resiliências, que termina por constituir uma “vitrina de Dejours”, ocultando o sofrimento do trabalhador que teme não agradar e se manifesta no indivíduo como um desgaste, um adoecimento.

5 Referências

- ABRIC, J. C. **Pratiques sociales et représentations**. 1ª. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2011. 396 p.
- AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 11, Jul/Set 1995. 491-495. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0102-311X1995000300024&pid=S0102-311X1995000300024&pdf_path=csp/v11n3/v11n3a11.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2013.
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4ª Ed. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.
- ANDRADE, C. G. et al. Assédio moral na atenção básica segundo os profissionais de enfermagem. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, 13, n. supl. 1, fev 2015. 77-90. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00031>>. Acesso em: 25 jan. 2016.
- ARGILES, C. T. L. et al. Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18, n. 7, jul. 2013. 2049-2058. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700020&lng=en&tlng=pt>. 10.1590/S1413-81232013000700020>. Acesso em: 23 nov. 2014.
- BASAGLIA, F. et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE (ORG), P. D. D. C. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. Cap. 1, p. 202.
- BECKER, H. S. The nature of a profession. In: BECKER, H. S. **Sociological work: method and substance**. New Jersey: Transaction publishers, 1971.
- BENAVENTE, S. B. T. et al. Influência de fatores de estresse e características sociodemográficas na qualidade do sono de estudantes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 48, n. 3, 2014. 514-520. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-514.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2015.
- BLOOM, D.E. et al. The global economic burden of noncommunicable diseases. **Program on the Global Demography of Aging**, Geneva, Jan 2012. Disponível em: <http://www.hsph.harvard.edu/program-on-the-global-demography-of-aging/WorkingPapers/2012/PGDA_WP_87.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2016.
- BRASIL. **LEI Nº 7.209, DE 11 DE JULHO DE 1984 - Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências**. Brasília:

Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7209.htm>. Acesso em: 14 out. 2014.

_____. **Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988.** Brasília: [s.n.], 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

_____. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, coordenação de Saúde Mental, 1994.

_____. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002.** 3ª revisada. ed. Brasília: Editora MS, 2002. 166 p.

_____. **LEI No 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003.** Brasília: Presidência da República, Casa Civil, Gabinete do Ministro, 2003.

_____. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004.** 5ª. ed. Brasília: Editora MS, 2004a. 340p.

_____. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem?** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. **Portaria nº 3.090, de 23 de Dezembro de 2011.** Brasília: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, 2011. Disponível em: <<http://www.tjsc.jus.br/institucional/proapi/portaria%203090%2023%20dezembro%202011.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2013.

_____. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica.** Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde. SAS/DAPES, 2011. 106 p.

_____. **Saúde Mental em Dados - 11.** Brasília: Ministério da Saúde, SAS/DAPES, ano VII, 2012. 28 p. Disponível em: <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Dados-da-rede-assistencial-brasileira-2012-Ministerio-da-Saude.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2015.

BRUM, L. D. R. V. **O Serviço Residencial Terapêutico em Questão.** Niterói: Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense para obtenção do Grau de mestre em Saúde Coletiva, 2012. 170 p. Disponível em: <www.uff.br/saudecoletiva/.livia%20di%20renna%20vianna%20brum.pdf>. Acesso em: 08 out. 2013.

COELHO, M. A dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica e a Companhia Experimental Mu.dança. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 32, n. 78/79/80, Jan/Dez 2008. 92-98.

Disponível

em:

<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Condi%C3%A7%C3%B5es%20e%20Condicionantes%20de%20Vida%20e%20Sa%C3%BAde/Sa%C3%BAde%20Mental/Revista%20Sa%C3%BAde%20em%20Debate_Sa%C3%BAde%20mental_%20v.32_n%2078-79-80_jan_%20dez_2008.pdf>. Acesso em: 13 15 2013.

CONTI, M. A.; BERTOLIN, M. N. T.; PERES, S. V. P. A mídia e o corpo: o que o jovem tem a dizer? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Jul 2010. 2095-2103. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a23v15n4.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

CORREIA, L. C. Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito. **L'altro diritto - Centro di documentazione su carcere, devianza e marginalità**, Firenze, 01 fev. 2009. Disponível em: <<http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/latina/cerqueir/index.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

COSTA-ROSA, A. D.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 25, Mai/Ago 2001. 12-25. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudemental/conferenciasnacionaisdesaudemental.doc>>. Acesso em: 23 dez. 2013.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007. 160 p.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: LetrasLivres : Editora Universidade de Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15170/1/LIVRO_CustodiaTratamentoPsiquiatrico.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2014.

EVERLY, G. S.; GEORGE, S.; LATING, J. M. **A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response**. 3ª. ed. New York: Springer-Verlag, 2013. 316 p.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petropolis: Vozes, 1987. 288 p.

_____. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 1996.

_____. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: EDITORA PERSPECTIVA S. A., 1978. 608 p.

FREIRE, F. H. M. A. **Cartografia do financiamento em saúde mental: modelagens na Rede de Atenção Psicossocial na relação do cuidado à loucura**. Rio de Janeiro: Tese apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca para obtenção do grau de Doutor, 2012.

215 p. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3356>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

FRIEDRICH, A. C. D.; MACEDO, F.; REIS, A. H. Vulnerabilidade ao stress em adultos jovens. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, 15, n. 1, Mar 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572015000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2015.

GOOFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

GRUNPETER, P. V.; COSTA, T. C. R.; MUSTAFÁ, M. A. M. **O movimento da luta antimanicomial no Brasil e os direitos humanos dos portadores de transtornos mentais**. Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia, 25 a 27 de abril de 2007, UFSC. Florianópolis: UFSC. 2007. p. 511-520.

HAO, S. et al. Relationship between resilience, stress and burnout among civil servants in Beijing, China: Mediating and moderating effect analysis. **Personality and Individual Differences**, London, Set 2015. 65-71. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886915002263>>. Acesso em: 01 Set 2015.

IBM. **SPSS Statistics 17.0**, 23 ago. 2008.

JODELET, D. La representación social: fenómeno, concepto y teoría. In: JODELET, D. **Psicologia Social**. Barcelona: Paidós, 1986. p. 469-494.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (O.). **As Representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002. p. 17-44.

KATZ, D.; KAHN, R. **Psicologia Social das Organizações**. 2a. ed. São Paulo: Atlas, 1976.

LACAZ, F. A. C. L. Qualidade de vida no trabalho e saúde do trabalhador: uma visão crítica. In: GOLDENBERG, P. **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 413-429.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. 2ª. ed. Caxias do Sul: Educs, 2003. 132 p.

LIMA, C. M. P. D. A.; CARDOSO, M. G.; SANTOS, J. E. D. Projeto de construção de conhecimento dos cuidadores de um serviço Residencial Terapêutico: Valorizando a singularidade do cuidar nas Residências Terapêuticas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Menta**, Florianópolis, 2, n. 4-5, 2010. 107-122. Acesso em: 13 nov. 2014.

LIMA, S. S.; BRASIL, S. A. Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. **Phisys**, Rio de Janeiro,

24, n. 1, Março 2014. 67-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100067&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 dez. 2014.

LIPP, M. E. N. **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas: Papirus, 1997.

LIPP, M. E. N. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N. Manejo do estresse. In: RANGE, B. **Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas**. Campinas: Psy II, 1995. p. 279-292.

LIPP, M. E. N.; ROCHA, J. C. **Stress, Hipertensão e Qualidade de Vida**. 2a. ed. Campinas: Papirus, 2000.

LIU, R. T.; ALLOY, L. B. Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. **Clinical psychology review**, 30, n. 5, 5 Jul 2010. 582-593. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735810000735>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

MACHADO, W. L. Dimensionalidade da escala de estresse percebido em uma amostra de professores. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, 27, n. 1, jan-mar 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722014000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 abr. 2015.

MALACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behavior**, Berkeley, 2, Abr 1981. 99-113. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/pdf>>. Acesso em: 02 out. 2015.

MICROSOFT CORPORATION. **Microsoft Excel v.14.0.7153.5000 64 bits**, 2010.

MACDOUGALL, J. **Teatros do eu**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1992, 222p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 2ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

ÖHMAN, L. et al. Longitudinal analysis of the relation between moderate long-term stress and health. **Stress and health**, New Jersey, 23, n. 2, abr 2007. 131-138. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1002/smi.1130>>.

OLIVEIRA, W. F. Algumas reflexões sobre as bases conceituais da Saúde Mental e a formação do profissional de Saúde Mental no contexto da promoção da saúde, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 38-48, Jan/Dez 2008. Disponível em: <http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Condi%C3%A7%C3%B5es%20e%20Condicionantes%20de%20Vida%20e%20Sa%C3%BAde/Sa%C3%BAde%20Mental/Revista%20Sa%C3%BAde%20em%20Debate_Sa%C3%BAde%20mental_%20v.32_n%2078-79-80_jan_%20dez_2008.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2013.

OMS. **A saúde mental pelo prisma da saúde pública. Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 1ª. ed. Genebra: OPAS/OMS, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2013.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29, n. 10, Out 2013. 1927-1953. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n10/a03v29n10.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2015.

PEDRO, M. M. et al. workplace mobbing and effects on worke's health. **The Spanish journal of psychology**, Murcia, 11, n. 1, mai 2008. 219-227. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1017/S1138741600004261>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

PEDROSO.V. et al. Aspectos conceituais de assédio moral: um estudo exploratório. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, 8, n. 33, out-dez 2006. 139-147. Disponível em: <http://www.org.br/portal.pag/doc.php?p_ndoc=222>. Acesso em: 25 jan. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU. Aracaju é a terceira melhor cidade do país em atenção psicossocial. **aracaju.se.gov.br**, Aracaju, 28 maio 2009. Disponível em: <<http://www.aracaju.se.gov.br/index.php?act=imprimir&codigo=37979>>. Acesso em: 29 nov. 2013.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. O trabalho em saúde mental: uma análise preliminarrelativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, maio 2008. 36-49. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v33n117/a05v33n117.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2014.

RAMMINGER, T.; NARDI, H. C. Modos de Subjetivação dos Trabalhadores de Saúde Mental em Tempos de Reforma Psiquiátrica. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17, n. 2, 2007. 265-287. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a04.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

ROD, N. H. et al. Perceived stress as a risk factor for changes in health behaviour and cardiac risk profile: a longitudinal study. **Journal of Internal Medicine**, New Jersey, 266, n. 5, Nov

2009. 467-475. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2796.2009.02124.x>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

RODRIGUES, A. L.; FRANÇA, A. C. L. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática via estresse e trabalho. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. **Psicossomática hoje**. 2a. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2010.

SANTOS, A. F. D. O.; CARDOSO, C. L. Profissionais de saúde mental: manifestação de stress e burnout. **Estudos de Psicologia**, Campinas, 27, n. 1, jan-mar 2010. 67-74. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n1/v27n1a08.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2015.

SELYE, H. **Stress, a tensão da vida**. São Paulo: Ibrasa - Instituição Brasileira de Difusão Cultural, 1959.

SERGIPE. Atenção Psicossocial. **Portal da Saúde**, Aracaju, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.se.gov.br/index.php?act=interna&secao=151>>. Acesso em: 30 maio 2015.

SILVA, D. D. P. D.; SILVA, M. D. N. R. M. D. O. O trabalhador com estresse e intervenções para o cuidado em saúde. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, 13, n. supl. 1, 2015. 201-214. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00032>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

SPI, S. E. P. I. **QualiQuantSoft 1.3c build**, 2015.

THOITS, P. A. Stress and Health: Major Findings and Policy Implications. **Journal of Health and Social Behavior**, Albany, 51, n. 1, Nov 2010. S41-S53. Disponível em: <http://hsb.sagepub.com/content/51/1_suppl/S41.long>. Acesso em: 10 abr. 2015.

TRUZZI, A. et al. Burnout in familial caregivers of patients with dementia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 4, n. 34, Set 2012. 405-412. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v34n4/v34n4a07.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2015.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clinico-qualitativa: construçao teorico-epistemologica, discussao comparada e aplicacao nas areas da saude e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003. 685 p.

WAGNER, W. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVICH, SANDRA **Textos em Representações Sociais**. 11^a. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. Cap. 5, p. 254.

WEYLER, A. R.; FERNANDES, M. I. A. Os caminhos das propostas de moradias para ex-pacientes psiquiátricos. **Vínculo.**, São Paulo, 2, n. 2, Dez 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-24902005000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 nov. 2014.

WHO. CONSTITUTION OF WHO. **Basic Documents**, Genebra, n. 47, 2009. 1-18. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44192/1/9789241650472_eng.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2015.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, p. 27-37, Jan/Dez 2008. ISSN 78/79/80. Disponível em: <http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Condi%C3%A7%C3%B5es%20e%20Condicionantes%20de%20Vida%20e%20Sa%C3%BAde/Sa%C3%BAde%20Mental/Revista%20Sa%C3%BAde%20em%20Debate_Sa%C3%BAde%20mental_%20v.32_n%2078-79-80_jan_%20dez_2008.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2013.

APÊNDICE - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA PARA CUIDADORES EM SAÚDE MENTAL

- 1.Como entrou para o serviço? Foi uma escolha?
- 2.Descreva seu treinamento e formação
- 3.Teve experiência anterior com serviço de saúde?
- 4.Quais são suas atividades como um cuidador, como é o dia a dia no trabalho?
- 5.Descreva situações de dificuldade que você já enfrentou
- 6.Você se sente preparado?
- 7.O que representa para você ser um cuidador?
- 8.Você cuida de pessoas que são doentes? Como elas são? Você sente que pode melhorar a condição de vida dessas pessoas?
- 9.Você recomendaria para um filho/ sobrinho ser cuidador? Por quê?
- 10.Existiu alguma situação que representou um momento de estresse ou que não soubesse como fazer para lidar?
- 11.A legislação atual permite a transferência de egressos dos hospitais de custódia para o serviço? O que isso representa para você
- 12.Quais são os principais comentários de sua família e amigos sobre seu trabalho? Consideram um bom trabalho? Por quê?
- 13.Aponte aspectos positivos de ser um cuidador
- 14.Aponte aspectos negativos de ser um cuidador
- 15.Se você pudesse planejar o serviço de saúde mental como faria essa estrutura de Residência Terapêutica? Manteria a função de cuidador? Por quê?

Anexo 1 - Parecer consubstanciado do CEP/UNIT

UNIVERSIDADE TIRADENTES -
UNIT



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE STRESS LABORAL E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADOR EM SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Pesquisador: Marizete Maldonado Vargas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44304315.9.0000.5371

Instituição Proponente: INSTITUTO DE TECNOLOGIA E PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.047.683

Data da Relatoria: 30/04/2015

Apresentação do Projeto:

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) é um serviço substitutivo à internação em saúde mental destinado a atender pacientes oriundos de longos períodos de internação e que não tenham suporte social ou familiar para retornar à vida em sociedade. Neste serviço é fundamental a participação do cuidador em saúde mental, função exclusiva do SRT e inédita até sua criação. O objetivo deste trabalho é compreender como o cuidador representa seu papel e os tipos e níveis de stress que estariam relacionados à função. A metodologia será quali-quantitativa com levantamento sócio-demográfico, uso de instrumento específico para avaliação dos níveis de stress e entrevistas individuais com 24 cuidadores dos Serviços Residenciais Terapêuticos do Município de Aracaju. A análise dos dados se dará por meio de testes da estatística descritiva (como média, DP, análises bi-variadas entre características sócio-demográficas e níveis e tipos de stress e teste Quiquadrado para verificar as possíveis diferenças entre as principais variáveis do estudo. O tratamento qualitativo dos dados (entrevista) será feito por meio da análise do Discurso do Sujeito Coletivo. Espera-se sistematizar o conhecimento acerca do trabalho dos cuidadores, suas condições gerais de enfrentamento do stress e ambiente de trabalho e suas representações acerca do seu papel profissional.

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia **CEP:** 49.032-490
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br

Continuação do Parecer: 1.047.683

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar como o cuidador representa seu papel no SRT, os critérios que utiliza para o mesmo, condições de trabalho e níveis de stress.

Objetivo Secundário:

1. Identificar o cotidiano de trabalho do cuidador do SRT, a descrição das rotinas, dificuldades, satisfações, temores, ameaças, enfim, os elementos que permeiam sua relação com o trabalho; 2. Caracterizar os aspectos ambientais possivelmente relacionados com o stress dos cuidadores; 3. Caracterizar perfil sócio demográfico dos cuidadores e níveis de stress; 4. Analisar, por meio da apreensão das representações sociais do "ser cuidador" estruturado no ato de acolher o outro e dar-lhe autonomia, conforme previsto no modelo do programa do SUS para o SRT.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco existente consiste apenas em algum grau de constrangimento mínimo ao voluntário, mas a equipe de pesquisa, que contempla na presença de psiquiatra e psicólogo, poderá atender, tanto imediatamente como a posteriori, qualquer desconforto que venha ocorrer ou incomodar de alguma forma o voluntário. Também, o voluntário é devidamente informado da possibilidade de deixar a pesquisa, sem nenhum tipo de explicação de sua parte, bastando para isso comunicar a um componente da equipe de pesquisa.

Benefícios:

Individualmente os sujeitos da pesquisa serão avaliados quanto ao seu stress laboral, e caso desejem, poderão receber orientação e/ou aconselhamento individual específico para questões levantadas no tema da pesquisa. A possibilidade desse atendimento será viabilizada em momento e local fora do âmbito da coleta de dados. Mediante o fornecimento de um código de participação, de conhecimento apenas do entrevistador e do sujeito, este poderá solicitar uma devolutiva dos resultados da avaliação do stress e orientação, desde que forneça essa identificação exclusiva. Quando se analisa o stress e suas consequências, é necessário observar seus reflexos também no âmbito social, uma vez que uma comunidade estressada é mais frágil e pouco resiste às dificuldades do dia-a-dia (LIPP e MALAGRIS, 2001). Sendo assim, estudos dessa natureza são pertinentes e necessários uma vez que possibilitam a avaliação das diferenças existentes nessa síndrome que acomete os indivíduos em geral e especificamente os trabalhadores. Assim, a relevância da pesquisa para o Sistema Único de Saúde está em viabilizar tanto uma avaliação atual dos Serviços de Residência Terapêutica no contexto atual do cuidado em

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia CEP: 49.032-490
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

saúde mental; como atender à escassez de literatura específica na área, e especialmente que focalizem a estrutura e funcionamento destes serviços, o perfil do cuidador e sua representação frente a essa nova identidade profissional. Individualmente os sujeitos da pesquisa serão avaliados quanto ao seu stress laboral.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa se apresenta de forma adequada e consistente, desde os seus objetivos propostos, a fundamentação teórica preliminar, sua justificativa e relevância da investigação. A questão do estresse, sobretudo quando diz respeito aos profissionais da saúde, aqui no caso dos cuidadores residenciais, é sempre tema que precisa ser submetido à reflexões e avaliações para que a adequação decorrente reverta em benefício tanto para os profissionais quanto para os sujeitos cuidados. Portanto, trata-se de um estudo que é indicado e estimulado a ser desenvolvido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As documentações foram inseridas corretamente e encontram-se datadas e assinadas conforme as normas descritas na Resolução CNS nº 466/12. O instrumental para aquisição de informações está adequado e plenamente justificado em sua seleção. Os riscos são apresentados de forma a orientar os sujeitos da pesquisa sobre os possíveis desconfortos ou constrangimentos.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações para este projeto de pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS nº 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia CEP: 49.032-490
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

UNIVERSIDADE TIRADENTES -
UNIT



Continuação do Parecer: 1.047.683

relatórios parciais e final; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Para os projetos que receberem situação de parecer "PENDENTE", o pesquisador terá um prazo de 30 dias para proceder aos ajustes e reencaminhar os documentos para o CEP/Unit. Findo este prazo o projeto será arquivado pelo CEP/Unit, e desta forma o pesquisador deverá realizar um novo procedimento de submissão.

ARACAJU, 04 de Maio de 2015

Assinado por:
ADRIANA KARLA DE LIMA
(Coordenador)

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia CEP: 49.032-490
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

ANEXO 2 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

13/02/2016

Comunicação do periódico Trabalho, Educação e Saúde - alexandremansao@uol.com.br - UOL Mail



Comunicação do periódico Trabalho, Educação e Saúde

De: Comunicação do periódico Trabalho, Educação e Saúde
Para: alexandremansao@uol.com.br
Cópia:
Cópia oculta:
Assunto: Comunicação do periódico Trabalho, Educação e Saúde
Data: 13/02/2016 02:07

Prezado(a) Prof(a) ALEXANDRE MANSÃO DOS SANTOS

Informamos que o original intitulado: Estresse e representações sociais dos cuidadores do Serviço Residencial Terapêutico de Aracaju-SE foi recebido pela Coordenação Editorial da revista Trabalho, Educação e Saúde. Conforme exposto nas normas editoriais, os originais são primeiramente avaliados pelos editores, que julgam a adequação temática do texto à revista. Uma vez pertinente ao escopo da revista, o manuscrito será avaliado por até três pareceristas ad-hoc. Agradecemos o seu interesse em publicar em nossa revista. Atenciosamente,

Coordenação Editorial
Revista Trabalho, Educação e Saúde

Esta é uma mensagem automática do Sistema REVTES. Não é necessário resposta.
