A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL PARA A RESSIGNIFICAÇÃO DOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: RELATOS DE UMA ATIVIDADE FORMATIVA PARA CUIDADORES

Desiree Anne Emil[1]

RESUMO

No Brasil, a constituição de novos espaços para substituir a instituição do manicômio não basta para que a desinstitucionalização ocorra, pois a lógica manicomial pode acompanhar as relações estabelecidas nas novas Residências e as práticas antigas de cuidados podem transformar os Residenciais Terapêuticos (RTs) em mini hospícios. A partir desse contexto, o objetivo da pesquisa consiste em suscitar o debate sobre a contribuição do Serviço Social para a ressignificação dos Residenciais Terapêuticos (RT) por meio da narrativa de uma atividade formativa para cuidadores de RTs, construída a partir de observações e intervenções realizadas em uma Instituição da região metropolitana de Porto Alegre. A metodologia, de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso exploratório, buscou seus dados a partir de três fontes: a observação *in loco* na Instituição escolhida, questionário enviado aos cuidadores e aplicação de um projeto formativo. Dessa forma, a proposta formativa elaborada neste trabalho partiu de sugestões dos próprios cuidadores, os quais elencaram como temas mais relevantes: CID e manejo de crises, Rede Intersetorial/Socioassistencial (CAPS e UBS) e Administração de medicamentos como os primeiros na escala de importância. Os resultados mostraram que a formação continuada consiste em uma importante ferramenta do Serviço Social para a ressignificação dos RTs e a superação da lógica manicomial.

Palavras-chave: Assistente social. Lógica manicomial. Residenciais terapêuticos. Cuidadores. Formação continuada.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve origem a partir das vivências do processo de estágio supervisionado curricular obrigatório do Curso de Serviço Social da Universidade La Salle e ocorreu em um determinado Residencial Terapêutico, na cidade de Porto Alegre/RS. Foram observadas diferentes expressões da questão social e, a partir destas, identificamos que a principal demanda estava na fragilidade do processo de trabalho dos cuidadores do Residencial. Dessa forma, algumas hipóteses levantadas na construção da Análise Institucional vincularam esta fragilidade à rotatividade dos cuidadores, ao paradigma dominante na lógica manicomial e à ausência de uma política de educação permanente para cuidadores que atuam com a saúde mental.

Partindo das hipóteses identificadas, buscamos um tema para um projeto de intervenção que permitisse a inclusão dos trabalhadores do Residencial Terapêutico, implementando a política de educação continuada na proposta de qualificar o processo de trabalho dos cuidadores e, ao mesmo tempo, romper com paradigmas dominantes, na lógica manicomial, que estigmatizam os moradores e desconstroem qualquer processo emancipatório. Apresentar o tema que aborda a saúde mental é

[1] Discente do Curso de Serviço Social da Universidade La Salle - Unilasalle, matriculada na disciplina de Trabalho de Conclusão I, sob a orientação da Profa. Dra. Hildegard Susana Jung. E-mail: desiree.202111637@unilasalle.edu.br. Data de entrega: 21 nov. 2024.

desafiador no Brasil, pois é recente a discussão da reforma psiquiátrica e uma política de saúde humanizada. Podemos, de forma breve, descrever o início da política de saúde mental no Brasil.

No Brasil, a luta pela desinstitucionalização de doentes mentais graves e sua reintegração à comunidade iniciou com a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária, na década de 1970, e intensificou-se na década de 1980. Entretanto, consolidou-se apenas a partir de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios norteadores a universalidade, a integralidade e a equidade, que orientam a legislação e os programas para todas as esferas da saúde pública, inclusive a saúde mental (Rotelli, 1990).

Nesse momento, foram criados programas de desinstitucionalização, tais como o De Volta Para Casa, o Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos e o Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Os serviços de Residências Terapêuticas (RTs) e o trabalho dos cuidadores nessas RTs, objetos deste artigo, têm se expandido no Brasil, com regulamentação no ano 2000, com a Portaria (nº 106/2000). Em alguns estados brasileiros, o SRT ainda está em fase de criação e de implantação.

Contudo, a constituição de novos espaços para substituir a instituição do manicômio não basta para que a desinstitucionalização ocorra, pois a lógica manicomial pode acompanhar as relações estabelecidas nas novas Residências e as práticas antigas de cuidados podem transformar as RTs em mini-hospícios. Nesse sentido, são necessários estudos e reflexões a respeito desses novos espaços e de seu cotidiano. Rotelli (1990) afirma que a luta pela Reforma psiquiátrica sempre tentou derrubar a instituição da loucura, não somente a instituição manicômio, pois o que provoca o sofrimento sempre foi a "existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social".

A Reforma Psiquiátrica provocou várias questões, entre elas: o que fazer com todas as pessoas há tantos anos institucionalizadas e que já haviam perdido vínculos familiares? Como reinserir na cidade quem esteve tantos anos à margem dela? Como pensar em autonomia para quem vivia há tantos anos sob tutela? Essas discussões ganharam força a partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental, no ano de 1992. Posteriormente, houve um período que envolveu mudanças nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural, como aponta Amarante (2013).

Algumas experiências isoladas de novas moradias com projetos de reinserção de pacientes - como nas cidades de Campinas (SP), Ribeirão Preto (SP), Santos (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS) - serviram de referenciais para o processo de construção de políticas públicas de caráter nacional. Contudo, somente a partir da criação do SUS foi instituído o SRT no sistema brasileiro de saúde, sendo ele um dispositivo da rede que lida com a parte mais complexa da Reforma Psiquiátrica: a inserção, em residências e nos espaços sociais, de pessoas que estiveram, por anos, excluídas da cidade e trancafiadas nos manicômios (Santos, 2006).

A partir desse contexto, o objetivo da pesquisa consiste em suscitar o debate sobre a contribuição do Serviço Social para a ressignificação dos Residenciais

Terapêuticos (RT) por meio da narrativa de uma atividade formativa para cuidadores de RTs, construída a partir das observações e intervenções realizadas em uma Instituição da região metropolitana de Porto Alegre. A metodologia, de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso exploratório, buscou seus dados a partir de três fontes: a observação in loco na Instituição escolhida, questionário enviado aos cuidadores e aplicação de um projeto formativo.

No que diz respeito à estrutura do texto, após esta introdução consta o desenvolvimento, relacionando a temática à questão social e apresentando os dados, sua análise e considerações. Por fim, constam as referências que embasaram a escrita do trabalho.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 A questão social e as políticas relacionadas à saúde mental

No contexto da humanização da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) promoveu melhorias significativas nos atendimentos e serviços oferecidos à população, destacando a reforma psiquiátrica e os Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRT). O SRT, ou residência terapêutica, foi criado dentro do SUS com o objetivo de promover a reinserção social e recuperar a autonomia e cidadania de pessoas com sofrimento mental. Esse serviço oferece moradia para aqueles que passaram longos períodos em hospitais psiquiátricos e que, muitas vezes, não têm suporte social ou um lar para retornar (Portaria/GM nº 106, 2000). Muitas dessas pessoas carregam traumas profundos resultantes dos abusos enfrentados durante suas internações (Roza Junior e Loffredo, 2018).

Esse serviço está alinhado com a Lei nº 10.216 (2001), que assegura a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, além de promover a reestruturação dos serviços. O SRT faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que visa criar, ampliar e articular os serviços de saúde para indivíduos em sofrimento mental e que enfrentam problemas relacionados ao uso de substâncias (Portaria/GM nº 3.088, 2011).

As residências são classificadas em tipos I e II. As do tipo I atendem até oito pessoas, enquanto as do tipo II acolhem até dez, voltadas para indivíduos com maior grau de dependência, que requerem um suporte mais intensivo dos cuidadores (Portaria/GM nº 3.588, 2017). Cada módulo pode acomodar uma proporção de dez moradores para cinco cuidadores permanentes, com turnos de trabalho diurno e noturno, além de um técnico de enfermagem disponível diariamente (Portaria/GM nº 3.090, 2011).

Os cuidadores que atuam no SRT são responsáveis por implementar atividades de reabilitação psicossocial, organizadas em torno da moradia, incluindo autocuidado, atividades diárias, atendimentos ambulatoriais, gestão domiciliar, alfabetização, lazer e trabalhos assistidos, sempre com foco na reintegração social (Portaria/GM nº 1.220, 2000, p. 1). No entanto, embora a portaria nº 106/2000 regule o SRT e defina a função

de ‘cuidador em saúde’, não esclarece quem deve ser esse profissional nem quais são os requisitos de qualificação necessários (Ribeiro Neto e Avellar, 2009).

Nesse cenário, o funcionamento das residências terapêuticas enfrenta desafios relacionados à gestão, financiamento, perfil dos atendidos e a interação com outros setores e a comunidade (Furtado, 2006). Apesar disso, espera-se que os profissionais do SRT consigam lidar com crises dos moradores e prestem cuidados em um ambiente domiciliar (Ribeiro Neto e Avelar, 2009). Esses fatores tornam o gerenciamento mais complexo e dificultam um atendimento individualizado, impactando a qualidade do cuidado em saúde (Neves, Souza, Tavares e Vasconcelos, 2014) e contribuindo para a sobrecarga de trabalho dos profissionais (Libério, 2001).
A Educação em Saúde foi fundamentalmente uma iniciativa das elites políticas e econômicas, obviamente submissa aos seus interesses, pautada em comportamentos considerados apropriados e consequentemente esvaziada em favor da expansão médica individualizada.

Entretanto, com as novas formas de resistência na década de 1970, e o método da educação popular sistematizado por Paulo Freire, que norteava a relação entre os intelectuais e as classes populares, e desenvolvia sua concepção educativa numa perspectiva crítica e questionadora das relações de dominação, ao decorrer dos anos deixou de ser limitado à totalidade instituição/escola. Seu significado expandiu-se, e hoje, fala-se de educação em múltiplos ambientes – institucionalizados ou não, decorrendo assim de suas dimensões, fundamento para as demais áreas, como a saúde (Moreira et al, 2007). De acordo com Pereira e Lima (2008, p. 158),

> Na interface da educação e da saúde, constituída com base no pensamento crítico sobre a realidade, torna-se possível pensar educação em saúde como formas do homem reunir e dispor recursos para intervir e transformar as condições objetivas, visando a alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva.

Assim, ao relacionar educação e saúde pode-se conjecturar diretamente o vínculo entre profissionais e a população, e como os profissionais dispõem através de suas ações, maneiras de orientar os sujeitos à sua autonomia em face de compreensões de informações para a melhoria de vida. Portanto, constatou-se a importância do projeto tomando como referência a relevância e a necessidade de ações socioeducativas direcionados aos profissionais do SRT, a educação permanente em reabilitação psicossocial e sua importância para a formação continuada desses profissionais, ou seja, a necessidade de ações que possam aplicar metodologias capazes de mediar a construção de novos modos de cuidar em saúde mental como por exemplo, a participação em ações que abordem temas relacionados à atuação nas Residências Terapêuticas: relacionamento interpessoal, procedimentos na administração de medicamentos, legislação em saúde mental, acolhimento e acompanhamento dos moradores nas atividades de vida diária, de vida prática e nas situações de crise.

Os direitos à saúde no Brasil obtiveram suas regulamentações nos seguintes preceitos federais: Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Nogueira e Mioto (2008, p. 28) explicitam que:

> Como fruto das lutas populares e sindicais, a área da saúde foi a que mais obteve sucesso no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos sociais, fato refletido na Constituição de 1988. Com perfil bastante programático em diversos aspectos, a nova carta constitucional propôs um novo ordenamento ao setor saúde, propiciando um desenho particular em aspectos ético-políticos fundamentais. Universalizou-se o direito à saúde, apontando para a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. Abriram-se espaços para decisões políticas no campo sanitário compartilhadas com os usuários e para a gestão democrática dos serviços de saúde através da participação popular, possibilitando os controles sociais, por diferentes sujeitos coletivos, que interagem entre si e com o Estado. Esse avanço foi reiterado, em 1990, com a aprovação das leis 8080 e 8142.

Apesar do avanço em tela, a implantação do direito à saúde sofreu inúmeras interferências e conflitos em sua efetivação. Ainda em, 2018, via-se o sucateamento e a falta de investimentos/recursos para este setor. Por outro lado, a concretização da norma operacional básica de saúde, somente se materializou em 1996. Neste sentido, Nogueira e Mioto (2008 p. 32) confirmam:

> No período da implantação da proposta constitucional, da aprovação da legislação complementar e infraconstitucional, as forças conservadoras retornaram com vigor e retardaram a inclusão da saúde na agenda governamental. Cabe notar, ainda, que as inovações mais radicais relativas ao modelo de atenção proposto pela legislação do SUS somente tem seu início com a Norma Operacional Básica/96, em 1996.

O SUS é composto por ações e serviços de saúde, podendo ser realizados através de instituições públicas em todas as esferas de governo e por meio de entidades mantidas pelo poder público. Além disso, esse sistema é organizado de maneira regionalizada e hierarquizada, baseou-se em níveis de complexidade crescente, sendo única sua direção e executando-se por cada esfera de governo em consonância com as respectivas responsabilidades. Normatizou–se através dos seguintes mandamentos: Lei 8.080, Lei 8142 e da NOB/96 (que é o aperfeiçoamento das práticas emanadas na NOB/93).

Na concepção do SUS, a saúde compõe um estado completo de bem-estar, que perpassa a doença física, pois, para ter saúde é necessário que se tenha boas condições de higiene, saneamento básico, prevenção de doença no trabalho, controle epidemiológico, vigilância sanitária, lazer e entre outros fatores que proporcionam a saúde do ser humano. Isso demonstra que a missão do SUS não é somente prevenir doenças. Essa concepção de saúde refere-se às conquistas da seguridade social e ainda comprova a importância da intersetorialidade no desenvolvimento das ações no enfrentamento da questão social cotidiana.

Além disso, as constantes modificações ocasionadas pelo capitalismo na sociedade, transformou-se, na chamada nova roupagem da questão social, sendo

necessário que este trabalhador desvende as novas configurações, direcionando a sua atuação para esta nova configuração. É importante salientar que o constante aprimoramento profissional é de suma necessidade para o assistente social, para desvelar as questões sociais na contemporaneidade.

Dentro do cenário evidenciado, lançou-se o olhar para a política de saúde, um dos maiores campos empregadores de assistentes sociais. Um âmbito de atuação que é universal ao cidadão brasileiro e que sofreu permanentes investidas do neoliberalismo. Além disso, por se tratar de um dos tripés da seguridade social, faz-se necessário por parte dos profissionais inseridos neste campo de atuação, constante aperfeiçoamento profissional, principalmente no que tange a educação profissional em saúde. Tal atitude é primordial para os profissionais de saúde, pois ao compreenderem o SUS como Sistema único de Saúde, possibilitaram a viabilização de direitos aos usuários dos seus serviços. Conforme Iamamoto (2011, p.195-196):

> As estratégias para responder à questão social têm sido tensionadas por projetos político-institucionais distintos, que presidem a estruturação legal e a implementação das políticas sociais públicas desde o final dos anos 80, e que convivem em luta no seu interior. Vive-se uma tensão entre a defesa dos direitos sociais universais e a mercantilização e refilantropização do atendimento às necessidades sociais, com claras implicações nas condições e relações de trabalho do assistente social.

Desvelar as manifestações da questão social exige do profissional de serviço social uma mediação entre o projeto profissional e o projeto societário, e uma das formas de enfrentamento da questão social por meio de políticas sociais, exige a compreensão das lutas sociais. A este respeito, foi notória a necessidade do aprimoramento profissional do assistente social, sendo inclusive um dos princípios do código de ética profissional que explicita o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional, sendo este inclusive um dos motivos que o profissional inserido na saúde, por exemplo, deve realizar o aperfeiçoamento da educação profissional em saúde. Salientou-se ainda que por ser um profissional que busque a emancipação do ser social, através de técnicas educativas, como em sala de espera, o assistente social possa proporcionar aos usuários conhecimentos acerca da política de saúde.

Os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico começaram a ser implantados no País no final da década de 1980 e se consolidaram durante os anos de 1990, através de experiências como as moradias assistidas ou lares abrigados, que, posteriormente, vieram a ser denominadas, pela Portaria no 106/2000, de Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental (SRT), conferindo alternativas para os moradores dos hospitais psiquiátricos (Koda, 2003; Brasil, 2004).

A Portaria no 106/2000 institui o Serviço Residencial Terapêutico como moradias assistidas, inseridas de preferência na comunidade, com objetivos de reinserção social, resgate da cidadania e autonomia dos moradores de longa data dos hospitais psiquiátricos, que não possuam suporte social e vínculos familiares, ou que, por outra razão, necessitem do serviço. Conforme a Portaria, o SRT é um serviço com

característica de uma moradia ou casa, visando a inserção social de seus moradores, sendo uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada. Neste contexto, a pessoa há longo tempo internada em hospitais psiquiátricos desfrutará de alta hospitalar e da possibilidade de continuidade do cuidado no âmbito do SRT, que deverá estar integrado à rede articulada de serviços do SUS.

Em seu portal eletrônico[2], o Ministério da Saúde declara que um dos desafios para as políticas de saúde mental no País é consolidar e ampliar uma rede de atenção de base comunitária, visando a promoção da reintegração social e cidadania:

> Esta rede pode contar com ações de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatórios, bem como com Programa de Volta para Casa. Ela deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação.

A relação do Serviço Social e a Reforma psiquiátrica marca os movimentos democratizantes, com a descentralização do Estado a partir da Constituição Federal de 1988. Com os movimentos da Reforma Psiquiátrica sobre um olhar à pessoa com transtorno mental, fez-se o pensar da profissão em uma nova conceituação, inaugurando um novo modelo de atenção, não somente em diagnóstico científico patológico da medicina, mas com um olhar voltado ao sujeito, utilizando-se o termo reabilitação psicossocial (Rocha, 2012). De acordo com o autor,

> A construção de um modelo de atenção descentralizado, no qual o manicômio não é o dispositivo central da rede de serviços, demanda cada vez mais a necessidade de profissionais comprometidos com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, potencialmente capazes de contribuir para a materialização da política de saúde mental. Portanto, importa-nos que a reforma da psiquiatria significou a problematização social de saberes até então cristalizados, avançando na direção de reconhecimento da reabilitação social do indivíduo, promovendo uma atenção à saúde integralizada à seguridade social, buscando a efetivação da cidadania do doente mental e instrumentalizar a atenção psicossocial a este segmento (Rocha, 2012, p.40).

Na década de 1990, Vasconcelos (2000) afirma que entidades como a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde, promoveram uma forte mudança nas políticas de Saúde Mental Brasileira. Contudo, o Serviço Social Brasileiro e o campo da Saúde Mental, possibilitaram uma aproximação com os mesmos princípios positivos no centramento na abordagem psicossocial individual com cada usuário, que vinham em direção ao processo de reconceituação da profissão.

O movimento psiquiátrico se aproxima dos objetivos na reorganização das políticas públicas sociais junto do Processo de Reconceituação do Serviço Social caminhando num sentido único, no período dos anos de 1990, no que diz respeito

[2] Disponível em: http://www.saude.gov.br.

para a profissão de Assistente Social, um deslocamento para linha marxiana, em oposto dos ideais do profissional tradicional, materializando-se na construção do Projeto Ético-Político da profissão dos meados anos de 1970 e 1980 (Faleiros, 2011). Ainda, neste mesmo ano, de 1990, com os movimentos de lutas pela mobilização da promulgação de Lei do Sistema Único de Saúde, nº 8080/1990, ou seja, a Lei Orgânica Saúde (LOS), que detalha seus objetivos, diretrizes e competência a cada esfera de governo tanto, Federal, estadual e Municipal, atribuindo os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, é sancionada também a Lei nº 8.142/90 que trata da participação da população na gestão do SUS.

2.2 O Serviço Social e a educação em saúde

As ações a serem desenvolvidas pelo Serviço Social em face da Educação em Saúde devem ir além do caráter emergencial dos espaços institucionais. Sua atuação deve proporcionar uma direção educativa por meio de reflexão relacionada às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em amparo da garantia do direito à Saúde (CFESS, 2010).

> As ações socioeducativas e/ou educação em saúde não devem pautar-se pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas (CFESS, 2010, p. 55).

Nesse prisma, o entendimento sobre Educação em Saúde ergue-se sobre a orientação e a participação dos usuários a fim de explanar sua concepção para sujeitos de ação política e coletiva, confinando antigas normas e hábitos assistencialistas e segregadoras que ao longo dos anos foram reproduzidas (Vasconcelos, 2008). Nesse contexto é importante o trabalho profissional do assistente social no que tange à Educação em Saúde, entendendo-o enquanto um profissional da saúde que atua nas relações sociais entre os sujeitos e no seu cotidiano, através de uma ação socioeducativa que objetiva desenvolver educação permanente em saúde, a fim de socializar e democratizar informações.

O ato da Educação em Saúde pode contribuir para o profissional de Serviço Social articular as diversas mediações e contradições que surgem no cotidiano dos espaços sócio-ocupacionais, potencializando outras formas de condução das dimensões metodológicas e políticas que transformem a realidade. Nesse sentido, o assistente social deve conhecer a realidade do usuário e priorizar ações educativas coletivas que apostem na emancipação humana. Evidencia-se, portanto, o caráter essencialmente político do exercício profissional do Serviço Social. Assinala-se a relevância do desenvolvimento de ações mediadoras pedagógicas, ético-políticas que contribuam para formação da sensibilidade crítica dos usuários. A prática profissional do assistente social possui dimensão socioeducativa e fomenta a operacionalização

do projeto ético-político da profissão, o que pode viabilizar meios de construir a transformação social no cotidiano dos usuários (Vasconcelos, 2000).

O desafio do assistente social junto às ações socioeducativas e à Educação em Saúde, consiste, entre outras ações, no auxílio à qualificação profissional dos trabalhadores e no acompanhamento aos moradores de residenciais terapêuticos objetivando a emancipação e o bem-estar da pessoa com transtorno mental. Verifica-se a importância das ações socioeducativas que o Assistente Social constrói e efetiva junto aos trabalhadores da saúde em articulação com a rede, espaços que garantam a participação democrática diante das informações e que adotem ciência a respeito dos demais subsídios e processos, proporcionando o acesso ao conhecimento e aos saberes oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral. Conforme Vasconcelos,

> Não pode deixar de ser lembrada a importância do acoplamento de ensino e pesquisa aos novos serviços. A presença dos estudantes significa um elemento de “sangue novo”, “ventilação” e de “crítica” constante do serviço, pois os trabalhadores regulares tendem a ir naturalmente institucionalizando sua prática de forma rotineira. Além disso, a pesquisa traz sempre os componentes de avaliação, de sistematização e de propagação das novas experiências. A divulgação de trabalhos sobre essas práticas inovadoras em revistas científicas e na mídia convencional é fundamental para a sua legitimação e difusão mais amplas (Vasconcelos, 2000, p. 62).

Assim, os trabalhadores não podem ser considerados os únicos responsáveis pelo andamento e pela eficácia do serviço, mas sim peças importantes no processo da substituição do manicômio por dispositivos que realmente não reproduzam práticas manicomiais. Mas quem são os trabalhadores das residências terapêuticas? Eles estão preparados para as novas exigências que se fazem no cotidiano do serviço e na atenção à saúde mental? Como descrevem suas funções e quais suas concepções sobre seu trabalho?

Não foram encontradas referências na Portaria no 106/2000 sobre o trabalhador da casa e seu grau de qualificação. Ela apenas discorre sobre a equipe técnica do serviço ambulatorial de referência e que cabe ao SRT garantir assistência, suporte e promover a reinserção das pessoas com transtornos mentais com grave dependência institucional à vida comunitária.

2.3 O campo empírico: os cuidadores e suas perspectivas

Atualmente a equipe do residencial pesquisado é composta por 01 Coordenadora e também Assistente Social, 01 estagiária de Serviço Social, 01 técnica de enfermagem, 01 enfermeira, 10 cuidadoras, 01 cozinheira, 01 acompanhante ocupacional e 01 auxiliar de serviços gerais.

Para identificação das demandas observadas durante a experiência de estágio, a observação participante foi importantíssima, pois a escuta, instrumento indispensável em ambiente terapêutico é essencial no processo de observação, e vai além de ouvir, está além do sentido da audição, pois estão envolvidos a atenção a

percepção, a presença e a empatia (Jacques, 1998). Para realizar uma escuta, é preciso estar completamente presente e comprometido com o outro. A escuta empática busca desvelar a essência do que é relatado, tanto por quem escuta, quanto por quem relata e independe de idade ou condição cognitiva, levando em conta os saberes inerentes ao viver de cada sujeito.

A observação sem escuta se torna arcaica, pois somente quando utilizada em conjunto com a escuta é que a observação vai permitir a assimilação e acomodação dos conteúdos, ou seja, o aprendizado (Jacques, 1998). Segundo Portes e Portes (2016), a observação, enquanto instrumento profissional é algo que ultrapassa o simples “ver ou olhar”, ocorrendo por meio de um planejamento, de uma ação refletida e com finalidades definidas, e está presente nos demais instrumentos, operacionalizando em conjunto. As autoras esclarecem, ainda, que a observação proporciona:

> [...] a articulação entre o dizível e o indizível, viabilizando assim um olhar atento, cuidadoso, ético, comprometido, acolhedor. Observar, portanto, é interagir, pois tanto o profissional quanto o usuário produzem inferências sobre as situações que vivenciam e isso implica uma interação (Portes; Portes, 2016, p. 71).

O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo as seguintes questões norteadoras: Já trabalhou anteriormente em outros espaços de saúde mental? Quais conhecimentos gostaria ou acha que deveria obter, para realizar melhor seu trabalho? Para caracterizar melhor os participantes da pesquisa também foram coletados dados, tais como: sexo, idade, escolaridade, tempo de atuação no SRT e escolaridade. As entrevistas foram previamente marcadas por contato telefônico, realizadas nas SRTs, gravadas com autorização de cada participante e com duração de 30 minutos por cuidador. No ambiente estavam os moradores interagindo com os cuidadores, e houve interferências consideráveis, em alguns momentos foram necessárias algumas pausas.

Também foi realizado diário de campo, no qual foram anotadas percepções e as reações dos participantes durante a entrevista, para melhor subsidiar a análise dos dados. A entrevista é de suma relevância para a profissão, pois, desde a sua institucionalização, em 1930, vem sendo utilizada nas mais distintas áreas de atuação profissional. A busca por informações anteriores é importante também para fortalecer vínculos entre o entrevistado e o entrevistador, pois demonstra interesse e respeito pela situação vivenciada, além de não revitimizar o entrevistado. A entrevista implica em uma relação direta entre o assistente social e o usuário de seus serviços, e, desse modo, não é um momento isento de sentimentos, de contradições, de expectativas. Ela tem uma finalidade, um objetivo delimitado, podendo intervir, assim, diretamente nas relações sociais. Conforme Favero:

> Ao se realizar uma entrevista, parte-se de um objetivo profissional e se almeja uma finalidade. Sempre que possível, o primeiro passo para desenvolvê-la é munir-se das informações referentes a antecedentes da situação a ser estudada, para obter elementos que possibilitem o avanço do diálogo,

> evitando que o usuário seja obrigado a repetir informações que já constam de um prontuário ou auto processual (Favero, 2009, p. 873).

Já os questionários são os instrumentos mais conhecidos para a coleta de dados. De acordo com Gray (2012, p. 274), “[...] questionários são ferramentas de pesquisa por meio das quais as pessoas devem responder ao mesmo conjunto de perguntas em uma ordem predeterminada”

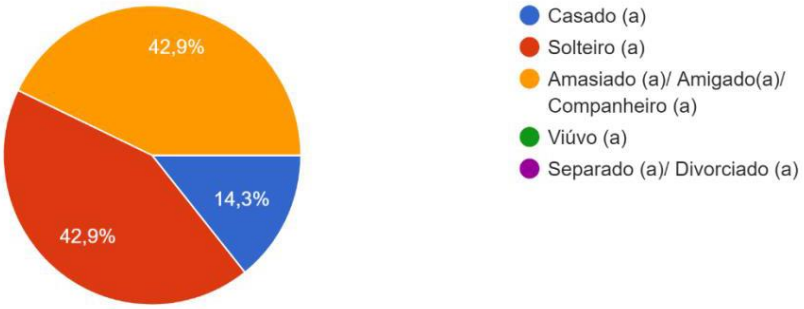
Em todas as pesquisas, os instrumentos constituem uma parte fundamental da coleta de dados, uma vez que eles registram as informações que embasam o estudo. Os dados podem ser coletados de fontes primárias — o que significa que são coletados diretamente dos sujeitos da pesquisa — e de fontes secundárias, quando os dados já estão sistematizados e podem servir para o esclarecimento do problema de pesquisa. Segundo Farias Filho (2015, p. 115):

> A escolha do instrumento de coleta de dados dependerá dos objetivos que se pretende alcançar com a pesquisa, das questões de pesquisa previamente elaboradas, do perfil dos pesquisados, das características da pesquisa e do objeto a ser estudado e, por fim, do método e da técnica mais adequados para o uso do instrumento.

Como participantes do estudo participaram cuidadores, homens e mulheres, que trabalham apenas em um determinado Residencial, porém repensamos e a participação foi ampliada aos demais residenciais da instituição, totalizando 4 residenciais e 7 cuidadores entrevistados. A pesquisa foi realizada por amostragem. Como critério de inclusão foram inseridos aqueles cuidadores que trabalhavam, mediante carteira assinada, há no mínimo um mês no SRT.

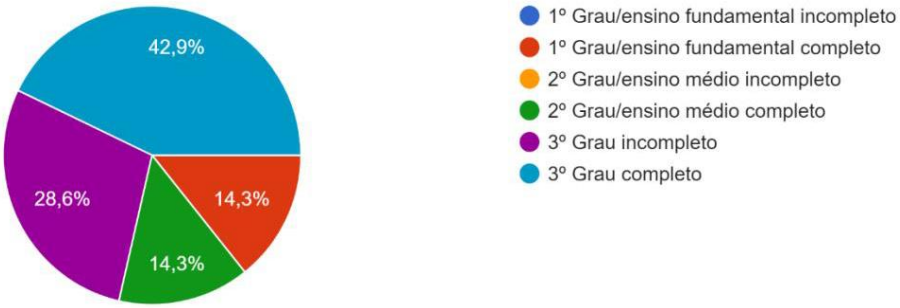
Conforme demonstram os gráficos das figuras 1 e 2, que seguem, sobre o perfil dos cuidadores, em sua maioria, estes vivem com um companheiro(a) e possuem escolaridade de nível superior completo. Na sequência está a Figura 02, que apresenta o gráfico com a escolaridade dos participantes. Como se pode observar, a maioria (42,9%) possui nível superior completo. Há também uma parcela de cuidadores com o Ensino Superior incompleto (28,6%), além de cuidadores com nível Médio (14,3%) e Ensino Fundamental (14,3%).

Figura 01: Gráfico com a situação civil dos participantes da pesquisa



Fonte: dados da pesquisa (2024).

Figura 02: Gráfico com a escolaridade dos participantes da pesquisa



Fonte: dados da pesquisa (2024).

Com relação às perguntas e respostas dos participantes, elaboramos o Quadro 01, na sequência, que apresenta o panorama geral para posterior análise.

Quadro 01: Perguntas e Respostas na entrevista com cuidadores

Persona	**Tem alguma dificuldade na realização do seu trabalho? Qual?**	**Quais conhecimentos gostaria ou acha que deveria obter para realizar melhor seu trabalho?**	**Em uma escala de importância, sendo 1 mais importante e 4 menos importante, como classificaria os temas?**
Cuidador 1	Não.	Manejo de Crises.	1.Administração de medicamentos; 2. Rede Intersetorial e Socioassistencial (CAPS e UBS). 3.Política de Saúde mental e reforma psiquiátrica; 4. CID e manejo de crises.
Cuidador 2	Manejo de Crises.	Manejo de Crises.	1.Administração de medicamentos; 2.Política de Saúde mental e reforma psiquiátrica; 3. CID e manejo de crises; 4. Rede Intersetorial e Socioassistencial (CAPS e UBS).
Cuidador 3	Manejo de Crises.	CID.	1.Administração de medicamentos; 2.Política de Saúde mental e reforma psiquiátrica; 3. CID e manejo de crises; 4. Rede Intersetorial e Socioassistencial (CAPS e UBS).
Cuidador 4	Não.	Nenhum.	1.Administração de medicamentos; 2. Rede Intersetorial e Socioassistencial (CAPS e UBS). 3.Política de Saúde mental e reforma psiquiátrica; 4. CID e manejo de crises.
Cuidador 5	Rotina com moradores e limites em	CID e manejo de dependentes químicos.	1.Administração de medicamentos; 2.Política de Saúde mental e reforma psiquiátrica; 3. CID e manejo de crises;

	relação a laços afetivos.		4. Rede Intersetorial e Socioassistencial (CAPS e UBS).
Cuidador 6	Não.	Manejo em saídas externas e preconceito da sociedade.	1.CID e manejo de crises; 2.Administração de medicamentos; 3.Política de Saúde mental e reforma psiquiátrica; 4.Rede Intersetorial e Socioassistencial (CAPS e UBS).
Cuidador 7	Manejo de crises.	Responsabilidades e obrigações dos cuidadores.	1.CID e manejo de crises; 2. Política de Saúde mental e reforma psiquiátrica; 3. Rede Intersetorial e Socioassistencial (CAPS e UBS). 4. Administração de medicamentos;

Fonte: Dados da pesquisa, 2024

Como podemos perceber, os participantes da pesquisa responderam às perguntas da entrevista e elencaram os quatro assuntos mais importantes: CID e manejo de crises, Rede Intersetorial/Socioassistencial (CAPS E UBS), Políticas de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica e Administração de medicamentos como os primeiros na escala de importância. Portanto, os primeiros assuntos da capacitação foram definidos pelos próprios profissionais.

Para falar a respeito dos temas foram convidados profissionais da área da saúde que participaram como palestrantes voluntários. Os primeiros palestrantes convidados foram: Anderson Borges Ferreira, enfermeiro em saúde mental do CAPS adulto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Paula Fillipon, enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Dra Fernanda Baezza médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

2.4 O projeto formativo aplicado

A intervenção ocorreu em duas datas, no mês de julho de 2024 e em dois turnos para contemplar todos os plantões dos cuidadores. Dessa forma, a formação da manhã foi replicada à tarde, já que se tratava de outro público. Teve-se o cuidado de encontrar a cedência de uma sala confortável, de uma associação que fica próximo ao local. Na primeira data, no turno da manhã, estiveram presentes 17 cuidadores e, no turno tarde, 12. No segundo dia, no turno manhã, compareceram 16 cuidadores e, no turno tarde, 24, totalizando 69 participantes. Tanto os palestrantes, quanto os cuidadores, receberam certificado de participação.

Relembrando, os temas apontados como de maior relevância pelos cuidadores foram Classificação Internacional de Doenças (CID) e manejo de crises, Rede Intersetorial/Socioassistencial (CAPS e UBS), Política de Saúde Mental e reforma psiquiátrica e Administração de medicamentos. Dessa forma, no primeiro encontro, o enfermeiro convidado abordou os assuntos da Rede Intersetorial Socioassistencial desde o processo de desinstitucionalização e reforma psiquiátrica até os atendimentos em liberdade que acontecem atualmente junto às redes (CAPS, UBS e SRTs). Neste sentido, como explica Amarante (2013), o Serviço Social tem um papel fundamental

no sentido de mediar o retorno à vida comunitária e garantir o acesso a direitos básicos como moradia, trabalho e assistência. Além disso, a reforma psiquiátrica no Brasil promoveu a transformação do modelo de atenção à saúde mental.

Os cuidadores também assistiram ao filme *Nise - O coração da loucura*, para compreender melhor a realidade dos manicômios de outras épocas e ao final foi realizada uma reflexão com todos os cuidadores sobre o tema. Sobre o papel do assistente social na saúde mental, com foco na intervenção social e na defesa de direitos no contexto da desinstitucionalização, Pires e Silva (2019) salientam que a rede intersetorial contribui não apenas para o atendimento direto ao sujeito em sofrimento psíquico, mas também para a construção de uma rede de proteção social que promove o acesso a direitos, autonomia e cidadania, consolidando os avanços trazidos pela reforma psiquiátrica.

No segundo dia, a enfermeira convidada abordou assuntos referentes à Classificação Internacional de Doenças (CID), manejo de crises e administração de medicamentos, possibilitando esclarecer muitas dúvidas que os cuidadores levantaram. De acordo com o Ministério da Saúde brasileiro [3], a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, frequentemente designada pela sigla CID (em inglês: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* - ICD) fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. Reverbel (1996) salienta a importância de restabelecer a relação dos indivíduos institucionalizados com o seu próprio corpo, razão pela qual os cuidadores precisam estar muito atentos a todos os sinais, sintomas e, inclusive, preparados para agir assertivamente em situações de crise.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A profissão de cuidador em saúde das RTs é complexa e está ligada diretamente a todo o projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O local de trabalho desses profissionais é uma casa que é, ao mesmo tempo, um espaço terapêutico. Para funcionar como espaço terapêutico tem de ser vivenciada como residência para aqueles que ficaram tanto tempo isolados em hospitais psiquiátricos. São os cuidadores em saúde que lidam com o dia a dia das residências, tendo sido constatado que esses profissionais aceitam a função nas RTs sem conhecer o trabalho que desenvolvem e como seria o cotidiano nas residências. Também possuem pouco conhecimento a respeito do processo de desinstitucionalização e o processo de contratação se dá a partir de indicações de outras pessoas, sem nenhum processo de seleção formal.

Outro ponto observado é que os cuidadores desenvolvem seu trabalho a partir de suas vivências cotidianas, intuições, improviso e criatividade. Ao lidarem com situações que geram angústia, acabam por reproduzir, em vários momentos, a lógica

[3] Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/mxcid10lm.htm Acesso em 14.10.2024.

manicomial, com uma série de posturas e olhares em que o morador é objetificado e sua identidade passa a ser atribuída somente a partir de sua categorização como doente mental.

Dessa maneira, a formação continuada com caráter reflexivo, enquanto espaço de escuta e de partilha torna-se fundamental, especialmente quando as demandas formativas partem dos próprios participantes, como ocorreu na experiência narrada no presente texto. Neste ponto, o assistente social tem a capacidade de colaborar, pois trata-se de um profissional que interage e realiza e ponte com outras áreas do conhecimento, como psicologia, enfermagem, e terapia ocupacional, para garantir que os cuidadores recebam uma formação integrada. Isso possibilita que os cuidados oferecidos aos residentes sejam multidimensionais, contemplando tanto as necessidades clínicas quanto sociais e emocionais.

Portanto, o assistente social não só contribui com a qualificação técnica dos cuidadores, mas também atua na formação ética e social, garantindo que os princípios da Política de Saúde Mental e do Sistema Único de Saúde (SUS) sejam respeitados e que o cuidado seja sempre voltado à dignidade e ao bem-estar dos residentes. Sua atuação é fundamental para garantir que os cuidadores estejam preparados para oferecer um cuidado qualificado, humanizado e respeitoso, sempre considerando os direitos humanos e sociais dos residentes.

REFERÊNCIAS

Amarante, P. **Loucos pela vida**: trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil (2ª ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz. 2013.

BRASIL. **Portaria/GM n° 106** – De 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando: a necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

BRASIL. **Portaria/GM no 1.220,** de 7 de novembro de 2000. Criação do serviço residencial terapêutico em Saúde Mental, da atividade profissional cuidador em saúde, o grupo de procedimentos, Acompanhamento de Pacientes e o subgrupo Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos, o procedimento Residência Terapêutica em Saúde Mental, dentre outros.

BRASIL. **Portaria/GM n. 3088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

BRASIL. **Portaria/GM nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2017 Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

BRASIL. **Portaria/GM nº 3.090**, de 23 de dezembro de 2011 Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

BRASIL. **Lei 10.216/01** – De 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. BRASIL. Lei 8080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Lei Federal Nº 8.142/90**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Brasília,1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 10 nov. 2023. BRASIL. Lei nº 9.720/1998. Dá nova redação a dispositivos da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, e dá outras providências.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do SUS: NOB-SUS 01/96**, nov. 1996.

BRASIL. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. **Residências Terapêuticas:** o que são, para que servem. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, 2010.

CONSTITUIÇÃO (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

Diário Oficial da União. **Lei nº 8.080**, de 19 de Setembro de 1990. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em 10 nov. 2023.

FALEIROS. V.P. **O que Serviço Social quer Dizer**. Revista Serviço Social e Sociedade, n. 108, p. 748-761, out/dez. 2011.

JACQUES, M. G. C. et al. Psicologia social contemporânea. Petrópolis: Vozes, 1998.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2011.

KODA, Mirna. **A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial.** In: AMARANTE, Paulo. (Org). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 67-87.

Libério, M. (2001). **Avaliação da qualidade de serviços de saúde mental.** Saúde em Foco, 21(1), 61-77. 2001.

MOREIRA, Maria Inês Badaró; ANDRADE, Ângela Nobre. **Habitar a cidade**: análise de serviço residencial terapêutico. Psicologia e Sociedade, n. 3, v. 19, p. 46-54, 2007, Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.>. Acesso em: 3 Nov. 2023.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. *In*: MOTA, Ana Elisabete, et al. Saúde e Serviço Social: formação e trabalho profissional. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Organização Pan-Americana de Saúde**, 2006.

PIRES, Adevilson Carlos; DA SILVA, Fátima Noely. O SUAS-Sistema Único de Assistência Social enquanto espaço socio-ocupacional do serviço social brasileiro. **Humanidades em Perspectivas**, v. 7, n. 3, 2019.

REVERBEL, Carmem Maria Fernandes. Desinstitucionalização: a construção da cidadania e a produção de singularidade. Psicologia - Ciência e Profissão, n. 16, p. 4-11, 1996. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/fGngdVsc4QbXfWpLTL8hMYr/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 14.10.2024.

ROCHA, Brizabel Muller. Política de Segurança Alimentar Nutricional e sua Inserção ao Sistema Único de Assistência Social: Serviço Social. São Paulo: Paco Editorial, 2012.

ROZA JÚNIOR, José Alberto; LOFFREDO, Ana Maria. Residências Terapêuticas e a cidade: enfrentamentos de normas sociais vigentes. **Saúde em Debate** , v. 42, p. 287-295, 2018.

ROTELLI, Franco et al. **Desinstitucionalização:** uma outra via. São Paulo: HUCITEC, 1990.

SANTOS, K. W. A. (2006). **A experiência de um Serviço Residencial Terapêutico para adolescentes autistas e psicóticos.** Cadernos IPUB, 22, 163-178.

UNIVERSIDADE La Salle. Manual para apresentação de projetos de pesquisa da Universidade. 2. ed. Canoas, 2019. [elaboração Cristiane Pozzebom, Samarone Guedes Silveira, Melissa Rodrigues Martins]. Disponível em: http://unilasalle.edu.br/canoas/servicos/biblioteca. Acesso em: 16 nov. 2023

VASCONCELOS, A. M. **Serviço Social e práticas democráticas na saúde**. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. p. 242-272.