UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

CAROLINA JESSICA DA SILVA SALADO

O PROCESSO DE TRABALHO DE CUIDADORES EM SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: REVISÃO DE ESCOPO

SÃO PAULO 2019

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

CAROLINA JESSICA DA SILVA SALADO

O PROCESSO DE TRABALHO DE CUIDADORES EM SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: REVISÃO DE ESCOPO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Cuidado em Saúde

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr^a. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo

> SÃO PAULO 2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura:	Data: / /	

Catalogação na Publicação (CIP)

Salado, Carolina Jessica da Silva

O processo de trabalho de cuidadores em serviços residenciais terapêuticos: revisão de escopo / Carolina Jessica da Silva Salado. São Paulo, 2019.

64 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Serviços comunitários de saúde mental. 2. Cuidadores. 3. Processo de trabalho. I. Título.

Nome: Carolina Jessica da Silva Sala	ado
Título: O processo de trabalho de cui	idadores em serviços residenciais terapêuticos:
revisão de escopo	
Dissertação apresentada à Escola de para obtenção do título de Mestre em	Enfermagem da Universidade de São Paulo Ciências da Saúde.
Aprovado em / /	
BANCA	EXAMINADORA
Prof. Dr.	Instituição:
Julgamento:	_Assinatura:
Prof. Dr.	_Instituição:
Julgamento:	_Assinatura:
Prof. Dr	_Instituição:
Julgamento:	_Assinatura:

DEDICATÓRIA

À minha querida e amada avó Maria Luiza que muito cedo através do seu amor, dedicação, carinho e afeto me estruturou possibilitando que eu pudesse chegar a mais essa conquista,

Aos meus irmãos Kelly, Karina e Kelvin pela a amizade e compreensão de sempre,

A todos que através do trabalho dedicam-se a conquista de uma sociedade mais justa, igualitária e livre.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a minha querida avó que não mediu esforços em me proporcionar meios de crescimento e desenvolvimento possibilitando conquistas. Gratidão por todo incentivo, carinho e afeto.

Agradeço aos meus irmãos pela amizade e pelo respeito aos meus tempos e processos.

Aos meus pais gradeço pelo carinho e incentivo sempre.

O meu agradecimento especial a Professora Márcia pela amizade, confiança, parceria, companhia e por acreditar no meu potencial.

À Professora Sônia que abriu as portas da EEUSP acreditando no meu potencial e me guiando nos caminhos iniciais de aprendizado.

Agradeço ao meu amigo Allan, pela parceria, companhia e disponibilidade em me ajudar no percurso desse trabalho.

Às amigas Gabriela, Fernanda e Thais pela irmandade e parceria de sempre.

A Lanne e Bianca pelas risadas e parceria no trabalho e na vida.

Aos amigos e colegas do GEAD e GEnPSM, em especial Ricardo, Leticia, Gabi, Julia, Mônica, Lais, Lara, Crhis, Anaísa e Jussara pela disponibilidade, contribuição e parceira no decorrer desse percurso de estudos.

Às amigas e colegas de SRT, CAPS Itaim Bibi e ASF em especial Carol Ballan, Bete Meola, Telma e Rosangela Ogawa, Beatriz e Zé pelas trocas, oportunidades de aprendizados e crescimento.

O meu agradecimento especial a todas as amigas e colegas da equipe de cuidadores do SRT Itaim Bibi, Simone, Erica, Lucia, Deide, Deise, Adriana entre outros que me ensinaram e contribuíram para as vivências que resultaram esse trabalho.

E, por fim o meu agradecimento mais do que especial a todos os moradores do SRT Itaim Bibi e também de todos os outros SRT, principalmente Butantã e Perdizes, que com suas presenças doces e afetivos contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional.

"O que verdadeiramente somos é aquilo que o impossível cria em nós."

Clarice Lispector

Salado, CJS. O processo de trabalho de cuidadores em serviços residenciais terapêuticos: revisão de escopo [Dissertação]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019. 64p.

RESUMO

Esta é uma revisão sistemática de escopo sobre o processo de trabalho de cuidadores em Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil ou serviços similares em outros países. O objetivo foi verificar o estado da arte e identificar elementos relacionados ao processo de trabalho dos cuidadores nesses serviços. Este método sintetiza e resume o conhecimento sobre o tema, com rigor metodológico. A pergunta de pesquisa é "O que tem sido produzido sobre o trabalho de cuidadores em Serviços Residenciais Terapêuticos?". Os elementos da estratégia PICO foram adaptados para os elementos PCC (População, Conceito e Contexto), sendo P: Cuidadores; C: Trabalho; C: Serviço Residencial Terapêutico, utilizados para busca nas bases de dados PUBMED, LILACS/BVS e Google Acadêmico. As três categorias de análise propostas com base na Teoria de Processo de Trabalho em Saúde de Mendes e Gonçalves são: Objeto, Instrumento e Finalidade, e foram analisados 10 artigos internacionais e nacionais, com foco no processo de trabalho dos cuidadores, além de temas como problemática e/ou Facilitador do processo de trabalho. Os dados foram categorizados e apresentados em quadros. A partir de elementos da literatura, foi possível realizar análises e reflexões sobre o trabalho dos cuidadores nos Serviços Residenciais Terapêuticos. Este estudo destaca a importância da análise dos processos de trabalho em serviços comunitários de saúde mental e, principalmente, dos cuidadores de serviços residenciais dado o importante papel para a desinstitucionalização e terapêuticos, estabelecimento de ações de inclusão social e garantia de direitos para as pessoas com transtornos mentais graves.

Descritores: Cuidadores. Trabalho. Serviço Residencial Terapêutico.

Salado, CJS. The work process of caregivers in residential therapeutic services: scope review [Dissertation]. São Paulo (SP), Brazil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019. 64p.

ABSTRACT

This is a systematic scope review on the work process of caregivers in Therapeutic Home Services in Brazil or similar services in other countries. The objective was to verify the state of the art and elements related to the work process of caregivers in these services. This method synthesizes and summarizes the knowledge on the subject, with methodological rigor. The research question is "What has been produced about the work of caregivers in Therapeutic Residential Services?". The elements of the PICO strategy were adapted to the PCC (Population, Concept and Context) elements, where P: Caregivers; C: Work; C: Therapeutic Residential Service, at PUBMED, LILACS / VHL and Google Scholar databases. The three analysis categories proposed based on Mendes and Gonçalves 'Health Work Process Theory are: Object, Instrument and Purpose, and 10 international and national articles were analyzed, focusing on the caregivers' work process, as well as topics such as: challenges or Facilitator of the work process. Data was categorized and presented in tables. It was possible to analyze and reflect about the work of caregivers in SRT. This study highlights the importance of the analysis of work processes in community mental health services and, especially, of caregivers of SRTs, given the important role for deinstitutionalizing and establishing social inclusion actions and guaranteeing rights for people with severe mental disorders.

Key words: Caregivers. Work. Therapeutic Residential Service.

LISTA DE SIGLAS

SRT Serviços Residenciais Terapêuticos

CAPS Centros de Atenção Psicossocial

CECCO Centros de Convivências

PVC Programa de Volta para Casa

TMG Transtornos mentais graves

MTSM Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

SP São Paulo

RT Residência Terapêutica

SUS Sistema Único de Saúde

JBI The Joanna Briggs Institute

PCC População/ Conceito/Contexto

PICO População/Intervenção/Comparador/Resultado

RP Reabilitação Psicossocial

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 -	Descritores pesquisados relacionados ao PCC
Quadro 2 -	Estratégias de busca
Quadro 3 -	Artigos incluídos após a leitura dos títulos e resumos
Quadro 4 -	Artigos excluídos após leitura completa
Quadro 5 -	Finalidades na perspectiva da RP sem instrumentos identificados
Figura 1 -	Fluxograma do processo da revisão adaptado da declaração

SUMÁRIO

APR	RESENTAÇÃO	13
1. IN	ITRODUÇÃO	16
2. Al	PORTE TEÓRICO	
	2.1. A desinstitucionalização e as políticas de saúde mental no brasil	21
	2.2. O contexto dos serviços residenciais terapêuticos no brasil e no mundo	25
	2.3. O serviço residencial terapêutico: uma casa- serviço, um serviço- casa e os cuidadores	26
3. O	BJETIVOS	
	3.1. Geral	31
	3.2. Específicos	31
4. M	ÉTODO	32
	4.1. Escolha dos descritores e base de dados	33
	4.2. Estratégias de busca.	34
	4.3. Critérios de inclusão	36
5. RI	ESULTADOS	38
	5.1. Artigos selecionados/ elegíveis	38
6. DI	ISCUSSÃO	43
7. C	ONSIDERAÇÕES FINAIS	56
8. RI	EFERÊNCIAS	59
9. Al	NEXOS	65
	Anexo 9.1 - Instrumento de extração de dados	65
	Anexo 9.2 - Resultados da extração de dados	66
	Anexo 9.3 – Tabulação dos dados	90
	Anexo 9.4 – Protocolo da revisão de escopo.	95

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pelo cuidado em Saúde Mental deu-se logo nos primeiros anos do meu curso de graduação em Terapia Ocupacional, o que desde lá direcionou todo meu percurso profissional para essa área.

Durante o meu percurso teórico e prático, fui entendendo e identificando que o trabalho na saúde mental é caracterizado por diferentes paradigmas e concepções, influenciado principalmente pelo entendimento social e cultural sobre a loucura.

Ao fazer um resgate histórico sobre os paradigmas em saúde mental, é possível identificar a influência de concepções mágico-religiosa; desequilíbrio dos processos naturais; religiosa, moral e biológica-médica¹. Essas concepções influenciaram diretamente as tecnologias de cuidado em saúde mental, caracterizando os modelos assistenciais ofertados as pessoas com transtornos mentais ao longo da história de diferentes sociedades.

Além da influência das concepções sobre o sofrimento mental, faz-se importante citar que o modelo assistencial em saúde mental é resultado de politicas sociais predominantes em um determinado momento histórico- político. Entende-se que Políticas Sociais é um conjunto de intenções e gestos que traduzem os interesses do Estado para assegurar a reprodução das relações sociais com base na divisão da sociedade em classes sociais².

Por um longo período a sociedade foi marcada pela exclusão de grupos sociais, tendo como justificativa as normas estabelecidos pelos grupos sociais dominantes. Deficientes, prostitutas, ladrões, desempregados, loucos e outros foram separados da sociedade para que a ordem social fosse estabelecida e mantida, surgindo assim às instituições asilares, que foram ao longo do processo histórico se reestruturando e se modificando.

Dentro de todo esse panorama surgem assim as instituições psiquiátricas, conhecidos como manicômios, que por um longo período caracterizaram o modelo assistencial em saúde mental no Brasil e em outros países ao redor do mundo.

A evolução histórico-social com relação às lutas de classes e por direitos sociais e humanos, assim como a evolução da concepção do processo saúde e

doença, influenciou também as propostas do modelo de assistência em saúde mental.

Em diversos países da Europa e nos Estados Unidos inicia-se um processo de mudança de paradigma na concepção do transtorno mental. Conhecidos como *Movimentos de Reforma Psiquiátrica*, propunham, sobretudo entre outros objetivos, a democratização das relações entre profissionais e pacientes e o deslocamento da assistência do manicômio para serviços na comunidade^{3.}

No Brasil, a democratização do país no fim da década de 1980, a criação do Sistema Único de Saúde e a movimentação da luta de profissionais e familiares de pessoas com transtornos mentais, conhecido como Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, traz ao país novas propostas e perspectivas de assistência às pessoas com transtornos mentais por meio da criação de políticas públicas de saúde que instaura serviços de saúde mental abertos, territoriais e diversos, com paradigma de base psicossocial e que propõem uma mudança radical nas relações sociedade/louco/loucura pela inclusão social do louco; culminando assim o início do movimento da *Reforma Psiquiátrica Brasileira*.

O marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira é o projeto de Lei Nº 3.657, criado pelo Deputado Paulo Delgado em 1989, que propõem a construção de uma política equânime, inclusiva, extra-hospitalar e de base comunitária. Este projeto é consolidado 12 anos depois, com a aprovação da Lei nº 10.216 em 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental no Brasil⁴.

A Lei nº 10.216 oficializou o processo de implementação de políticas públicas em saúde mental direcionando a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos para uma rede chamada substitutiva⁵.

Conhecidos como serviços ou políticas substitutivas, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivências (CECCO), os leitos em Hospitais Gerais, o Programa de Volta para Casa (PVC), entre outros; trabalham para a desinstitucionalização, reinserção e autonomia de portadores de transtornos mentais graves, assim como para a construção de um novo olhar e de um novo lugar social para essas pessoas⁶.

Com a experiência de trabalho na gestão de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), inspirada pelo compromisso ético e político com a redução da segregação e com a reinserção social de pessoas portadoras de transtornos mentais, me motivei na realização desta pesquisa por perceber que as ações e os processos estabelecidos nesse serviço são aspectos importantes para a efetivação da desinstitucionalização e não só da desospitalização de pessoas com transtornos mentais graves.

Considerando que, no contexto dessa pesquisa, boa parte das ações e processos estabelecidos num SRT são desempenhados por cuidadores, podemos supor que a atuação desses profissionais é um elemento importante a ser identificado na análise e/ou avaliação do trabalho realizado neste serviço.

Portanto, este estudo tem como foco os cuidadores que atuam em SRT ou serviços semelhantes em outros locais do mundo, identificando elementos relacionados ao trabalho destes profissionais nestes equipamentos, propondo-se a realização de uma revisão sistemática de escopo no intuito de verificar o estado da arte em relação a essa temática.

1. INTRODUÇÃO

Introduzo esta pesquisa trazendo uma breve contextualização histórica sobre a institucionalização da loucura na sociedade e por consequência do sujeito que materializa esse fenômeno, ou seja, o louco, posteriormente reconhecidas como pessoas com transtornos mentais graves (TMG).

Foucault, nas suas obras, apresenta uma tese geral de que, "[...] 'a loucura não é um fato da natureza', mas da civilização [...]" sendo possível identificar no decorrer dos séculos diferentes concepções de loucura dadas pelas sociedades.

Na Grécia Antiga a loucura era entendida como benção divina, na Idade Média como possessão demoníaca, até que no final do Século XVIII foi apreendida como objeto da psiquiatria, ou seja, como doença mental⁸.

A fim de se entender o processo de institucionalização da loucura, um aspecto importante a se destacar nesse processo histórico é a necessidade da sociedade, por volta do século XVII, em criar grandes instituições de internação ficando esse período conhecido como da "grande internação".

Com o argumento da valorização da razão, proposto pelo racionalismo cartesiano defendido por Descartes; às mudanças ocorridas pelo crescimento das cidades; o poder das relações políticas da época e o desenvolvimento da industrialização; essas instituições foram chamadas de Hospitais Gerais, definidos como um estabelecimento destinado aos pobres "de todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade de nascimento, e seja qual for sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis".

Assim, em 1656 em Paris, foi fundado o primeiro Hospital Geral, uma estrutura monárquica, burguesa e religiosa que funcionava como verdadeiros cárceres que aprisionavam não só os loucos, mas uma série de indivíduos, portadores de doenças venéreas, mendigos, vagabundos, libertinos, bandidos, eclesiásticos em infração, enfim, todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, demonstravam fonte de desordem e desorganização moral⁸.

Essas instituições eram de natureza religiosa com significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais, tendo a cumplicidade entre o poder burguês e a Igreja e com um interesse em comum: o domínio da pobreza.

A instituição do internamento nasceu de uma inquietação com a pobreza, que se introduz como a primeira experiência de circunscrição da loucura e dos loucos em espaços fechados, como algo que não estava de acordo com a vida, com a natureza real e verdadeira dos homens⁹.

Na metade do século XVII, protestos dos internos não loucos (os mendigos, as prostitutas, os endividados, os libertinos,...) reivindicando sua sanidade comparada à animalidade do louco e a loucura e o surgimento de crises políticas, tanto com relação aos custos dessas instituições como pelo interesse na mão de obra dos internados com o advento da Revolução Industrial, o internamento é visto como um erro econômico. Em suma: as formas de assistência da época são vistas como uma causa do empobrecimento⁹.

Todos os grupos que conviviam com os loucos no período do grande internamento, vão sendo restituídos à liberdade, com exceção dos loucos que passam a ocupar um novo espaço de reclusão isoladamente, isto é, individualizados e abertos para o conhecimento médico. Esse novo espaço, onde passa a habitar a loucura, é o asilo. Nele se constituirá o saber, a prática, além do próprio objeto da psiquiatria: a doença mental¹⁰.

Nesse período a intervenção médica no espaço hospitalar que antes era apenas eventual passa a ser regular e constante. O hospital torna-se pela primeira vez não apenas um lugar aonde se vai para morrer, mas um lugar de propósito de cura, a partir da sua própria construção de um saber original sobre as doenças ⁹.

Quando o internamento tornou-se medida de caráter médico, os principais protagonistas do movimento de reforma dos asilos foram Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Chigaruggi na Itália, Todd nos Estados Unidos, que passaram a cuidar do louco sobre a perspectiva da psiquiatria. Alegadamente centrado em bases humanitárias o movimento generalizou-se com o nome de tratamento moral¹¹.

O tratamento moral é a utilização conveniente da disciplina, onde todos os aspectos que compõem a instituição asilar concorrem para este fim¹².

O primeiro e mais fundamental princípio terapêutico do Tratamento Moral é o isolamento do mundo exterior, com o entendimento que se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las.

À medida que o isolamento vai se consolidando como princípio de tratamento a noção de periculosidade foi sendo atribuída ao louco e legitimada pela instituição asilar¹³. Esta construção pineliana não está superada até os dias atuais⁹.

A articulação de três dimensões constitui a síntese alienista: a classificação do espaço institucional, o arranjo nosográfico das doenças mentais e a imposição de uma relação específica de poder entre o médico e doente, ou seja, um poder, um saber e um lugar para o seu exercício, o hospital¹⁴.

A partir dos debates trazidos pela Revolução Francesa a respeito dos direitos humanos, sociais e políticos muitos dos contemporâneos de Pinel observaram que o isolamento e os princípios do tratamento moral eram paradoxos aos ideais libertários da Revolução Francesa. O tratamento moral e sua fundamentação alienista começam a receber críticas e ser alvo de questionamentos.

Além disso, a enorme dificuldade em estabelecer os limites entre o normal e o anormal, entre a loucura e a sanidade, provocaram uma superlotação dos hospitais, que nesse momento já eram reconhecidamente nomeados como hospitais psiquiátricos. As constantes denúncias de violências contra os pacientes internados; a evidente função social cumprida pelos hospícios na segregação de segmentos marginalizados da população fez com que a credibilidade dos hospitais psiquiátricos e da psiquiatria tradicional chegasse aos mais baixos níveis¹⁵.

Um novo campo de conhecimento na psiquiatria surge para dar novos rumos à concepção da loucura. A teoria sobre o inconsciente desenvolvida por Freud, conhecida como psicanálise, tornou a doença mental uma patologia do psiquismo. A psicanálise originou diversas teorias psicoterapêuticas que se seguiram¹⁴.

Em meados da década de 1940, a necessidade da reparação dos efeitos devastadores deixados pela segunda guerra mundial, estabelece como papel do Estado a responsabilização por direitos antes não reconhecidos, sendo a saúde então assumida como direito, propiciando uma transformação na teoria e práticas

psiquiátrica, sendo propostas reformulações na assistência ao portador de transtorno mental³.¹⁴

A psiquiatria entra como um campo a ser repensado que não traz no primeiro momento a necessidade de rever a concepção de loucura, mas as práticas institucionais voltadas para a mesma, sendo esse momento o que alguns teóricos denominam como reformas psiguiátricas¹³.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica Brasileira inspirou-se na experiência Italiana liderada pelo médico Franco Basaglia (1924-1980) que ocupou lugar de destaque na luta contra a violação dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

O movimento da *Psiquiatria Democrática Italiana* fazia críticas e denunciava os estabelecimentos psiquiátricos propondo a reversão dos hospitais psiquiátricos por dispositivos/serviços inseridos na comunidade e articulados com a sociedade, com o intuito de alcançar a reinserção socioeconômica-cultural das pessoas com transtorno mental e de reestruturar as práticas de cuidados despendidas¹⁶.

Tendo a experiência italiana privilegiado os eixos da desinstitucionalização e reabilitação psicossocial esses aspectos influenciaram significativamente a construção das politicas de saúde mental no Brasil, assim como os estudos desenvolvidos¹³.

A escolha deste estudo refere-se a importância da continuidade e do fortalecimento das ações de desinstitucionalização para a superação total das instituições psiquiátricas e suas lógicas de funcionamento, ou seja, de mudança da condição da pessoa com transtorno mental grave de um sujeito de não-direitos e de excluído para a transformação em um cidadão de direitos e com poder contratual.

Segundo as estimativas do primeiro censo psicossocial realizado no Estado de São Paulo no ano de 2008 existiam aproximadamente 6349 pessoas internadas, dos quais a maioria estava em condição de partir para a ressocialização ¹⁷ morando em Residências Terapêuticas (RT) e seguindo o tratamento, quando necessário, nas Redes de Atenção Psicossocial (RAPS).

De 2008 a 2014, houve pouco avanço nessa questão: o censo de 2014 mostrou que ainda havia 4.439 pacientes morando nesses hospitais. Esse número

atual de moradores sinaliza as resistências e dificuldades em cumprir o que está assegurado por lei desde 2001 e preconizado pela política de saúde mental com relação à desinstitucionalização^{18.}

Assim, os dados do censo demonstram que há ainda muitas pessoas institucionalizadas e que possivelmente poderiam ser beneficiadas de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico entre eles os SRT, evidenciando deste modo a necessidade do aumento e implantação desse serviço e a necessidade de estudos sobre esse dispositivo.

2. APORTE TEÓRICO

2.1. A desinstitucionalização e as políticas de saúde mental no Brasil

O processo de desinstitucionalização refere-se principalmente à importância de se construir e inventar novas perspectivas e subjetividades para os sujeitos com transtorno mental, que por séculos e por ordens sociais vigentes, carregaram o estigma da doença mental, reduzidos a diagnósticos e prognósticos médicos psiquiátricos.

Ou seja, às estratégias estabelecidas nos processos de desinstitucionalização devem antes de tudo "colocar em discussão os conceitos de loucura, periculosidade, anormalidade, desvio e outros tantos, sobre os quais a psiquiatria construiu seu mandato terapêutico, legitimando e autorizando determinada ação institucional violenta e tutelar sobre os sujeitos assim classificados, e, na medida, ainda, em que renuncia a esse mesmo mandato, abrese uma nova perspectiva de relação ética entre os homens e as instituições" 19.

O que demarca os projetos da reforma psiquiátrica são as formas do lidar prático e teórico da desinstitucionalização, caracterizando três tendências relacionadas a esse processo¹⁹.

A primeira delas refere-se à desinstitucionalização como desospitalização, surgida nos Estados Unidos da América em decorrência do Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy, configurando-se uma das primeiras propostas de desinstitucionalização. Esse modelo conhecido como Psiquiatria Preventiva, propõe planos de prevenção de internações, diminuição do tempo de internação e promoção de altas hospitalares procurando alternativas na comunidade, porém não estabelece uma quebra com paradigma psiquiátrico tradicional. Aqui as estratégias de desinstitucionalização pressupõem que a reforma implica na correta aplicação dos saberes e das técnicas psiquiátricas, ou mesmo seu simples rearranjo e condução administrativa, sendo que a causa da falência do sistema manicomial não estaria na psiquiatria, mas sim, na má aplicação desta¹⁹.

A segunda tendência refere-se à desinstitucionalização como desassistência, ou seja, o abandono dos doentes à própria sorte, permitindo a desresponsabilização do estado sobre o cuidado com as pessoas com transtorno

mental grave em contrapartida a responsabilização exclusiva dos familiares. Nesse ponto de vista colocam-se todos aqueles que se opõem a desinstitucionalização: segmentos conservadores que resistem a toda e qualquer proposta de ampliação dos direitos e igualdade dos grupos minoritários seja por credo, raça, cor, doença ou condição social¹⁹.

Finalmente a terceira tendência entende a desinstitucionalização como desconstrução, tendo como proposta a negação da instituição psiquiátrica enquanto saber e poder²⁰. A experiência de Basaglia em Gorízia demonstrou a importância de se estabelecer outra relação com a loucura que não aquela da psiquiatria tradicional, propondo colocar a doença mental entre parênteses, para assim poder lidar e perceber o sujeito singularmente em sua experiência-sofrimento²⁰.

Colocar a doença mental entre parênteses não se refere à negação da loucura ou do sofrimento mental, mas sim a ruptura com o saber psiquiátrico enquanto obstáculo para a desinstitucionalização e a possibilidade de construção de outra relação da sociedade para com as pessoas com transtorno metal grave²⁰.

Esta ideia é referenciada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, que visa à reconstrução da concepção de loucura, enfocando a questão do sofrimento psíquico e repensando as formas de cuidado. A proposta é um redirecionamento do modelo assistencial, antes centrado no hospital psiquiátrico, para uma atenção integrada, em rede, baseada no território e também provocando transformações nas dimensões culturais e legais. Em outras palavras, ela visa sustentar as pessoas com suas diferenças na sociedade.

Um dos marcos para as discussões sobre a desinstitucionalização e as políticas de direitos das pessoas com transtorno mental grave no Brasil se dá no clima das mobilizações de organizações sociais e civis contra a ditadura militar no fim da década de 1970.

Surgi nessa época o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que se tornou naquele momento o mais importante ator de renovação no campo da saúde mental, estabelecendo uma agenda de discussão para o setor, introduzindo no âmbito das políticas públicas a estratégia da desinstitucionalização²⁰.

No II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental realizado em Bauru em 1987 surge o lema "Por uma sociedade sem manicômio" com o intuito de aproximar da sociedade a discussão sobre a problemática dos manicômios e expressar uma ruptura, tanto epistemológica, quanto estratégica, para a superação radical do modelo psiquiátrico tradicional²⁰.

Em meio a todo esse contexto um marco importante para o início das políticas de desinstitucionalização no Brasil foi à intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos-SP. A intervenção possibilitou colocar em prática o desmonte radical do aparato institucional manicomial, com a consequente implantação de uma rede territorial de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo psiquiátrico tradicional, além de uma série de outras experiências culturais e sociais desenvolvidas nesta experiência²⁰.

Principalmente pela vivência real da substituição do hospital psiquiátrico por uma rede territorial de serviços e ações culturais, mostrada pela experiência santista, surgi em 1989 o Projeto de Lei nº 3.657/89 do Deputado Paulo Delgado, que se tornaria o centro dos debates em torno da reforma psiquiátrica nos próximos sete anos²⁰.

A aprovação do projeto de lei do Deputado Paulo Delgado se deu pela publicação da Lei Federal n° 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispões sobre a proteção e os direitos de pessoas com transtorno mental, redirecionando legalmente o modelo assistencial em saúde mental para uma rede comunitária de atenção psicossocial⁵.

Em documento o Ministério da Saúde refere dois momentos simultâneos e paralelos na reforma psiquiátrica brasileira: a criação e a implantação de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva; e a monitorização e a redução progressiva e programada de leitos psiquiátricos existentes²¹.

Com a publicação de diversas portarias foi possível legitimar e fortalecer gradualmente as políticas de desinstitucionalização no cenário brasileiro.

Assim, diversas portarias que visam à mudança do tratamento de portadores de transtornos mentais do modelo hospitalocêntrico para uma rede de serviços comunitários e territoriais foram promulgadas, entre elas: Portaria Nº 336 de 19 de Fevereiro de 2002, que orienta o funcionamento, a organização e os

procedimentos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); a Portaria Nº 106 de 11 de Fevereiro de 2000, que institui os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); a Portaria GM 2068/2004, que institui o incentivo financeiro aos municípios para a implantação das residências; e as Portarias Nº 52 e 53/2004, que estabelecem um programa de redução progressiva de leitos psiquiátricos no Brasil^{22.}

Temos duas importantes portarias que abordam mais especificamente os processos de desinstitucionalização, sendo elas:

- 1. Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial e aborda na matriz diagnóstica da rede de atenção psicossocial o eixo VI que se refere as "Estratégias de Desinstitucionalização" citando como ponto de atenção o SRT e o PVC²³:
- 2. Portaria Nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014 que cria o "Programa de Desinstitucionalização" como integrante ao componente "Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS" e institui o respectivo incentivo financeiro para essa ação. Além disso, cria Equipes de Desinstitucionalização que devem apoiar os profissionais dos hospitais psiquiátricos na viabilização do projeto de desinstitucionalização²⁴;

O componente "Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial" é constituído por iniciativas que visam garantir às pessoas com transtorno mental institucionalizadas o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando-se sua progressiva inclusão social.

A portaria Nº 2.840 ao criar o "Programa de Desinstitucionalização" tem como objetivo apoiar e desenvolver ações de desinstitucionalização por meio de estratégias de reabilitação psicossocial no território das pessoas desinstitucionalizadas, favorecendo-se os percursos de produção de autonomia e da contratualidade social, de forma a garantir seus direitos e a efetiva participação e inclusão social, fortalecendo a Rede de Atenção Psicossocial.

Esta portaria cita o SRT como um recurso e/ou um ponto de atenção para acolhimento, cuidado e reabilitação psicossocial de pessoas institucionalizadas, visando a desinstitucionalização.

Dentro deste contexto, para a efetivação do processo de desinstitucionalização e não só de desospitalização, principalmente para a consolidação da substituição total dos leitos em hospitais psiquiátricos e a concretização da utopia de uma sociedade sem manicômios, os Serviços Residenciais Terapêuticos possuem um papel fundamental²⁵.

2.2. O contexto dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil e o exemplo canadense

No Brasil e em outros países do mundo existem diferentes experiências em relação ao funcionamento e organização dos SRT, variando na composição do corpo institucional, no número de moradores e na organização das demandas de cuidado.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos no decorrer de sua história foram conceituados de várias formas.

No início com a denominação de Lares Abrigados tinham como objetivo a retirada dos usuários das enfermarias e a finalidade de propiciar a participação dos mesmos na gestão de sua vida e na circulação no espaço público e urbano. No Brasil, os primeiros lares abrigados se concentraram em São Paulo e Rio Grande do Sul. Em sua definição não se caracterizavam como local ou lugar de atendimento, assim, deveria estar ligados à rede de atenção local e o atendimento ser realizado fora de seu lar.

Estudo aponta que as dificuldades e as necessidades dos serviços de saúde e da população com relação à moradia exigiram a implantação de variadas modalidades de SRT, ampliando as possibilidades do aspecto do morar além do que seria preconizado na legislação vigente²⁶.

No capítulo²⁷ "Problemas de uma casa chamada serviço..." os autores citam, por exemplo, a experiência Canadense de desinstitucionalização que a partir da década de 1960 propõem diversas modalidades de moradia para pessoas com transtornos mentais graves.

Inicialmente criam-se pequenos pavilhões e as chamadas "famílias de acolhimento", que eram constituídas basicamente por casais, que remunerados pelo Estado, se dispunham a receber até nove egressos.

Posteriormente, mobilizados pela Reabilitação na valorização das habilidades e autonomia, são criadas diferentes modalidades, mais ou menos estruturadas, para os diferentes graus de capacidade e autonomia: pequenos pavilhões, família de acolhimento, casa de transição, apartamentos supervisionados, apartamentos satélites, e finalmente alojamentos autônomos.

A partir dos anos 2000, inicia-se um movimento para o acesso a moradia como direito fundamental, apontando a necessidade de convergência do acompanhamento e suporte variável, no plano individual, com ações intersetoriais visando o acesso a moradias comuns, no plano estrutural ²⁷. Assim sendo, o acesso à moradia (com acompanhamento modulado e flexível) passa a ser entendido como o exercício pleno de cidadania, deixando de ser um meio para tornar-se um projeto de sociedade nesse país.

2.3. O Serviço Residencial Terapêutico: uma casa-serviço, um serviçocasa e os cuidadores

A Portaria Nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000²², posteriormente alterada pela Portaria Nº 3090, de 23 de dezembro de 2011²⁸, define os SRT como "moradias ou casas inseridas 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". A definição de longa permanência é trazida por ambas as portarias e considera internação de longa permanência 2 anos ou mais, ininterruptos.

Assim os SRT, constituem-se como uma alternativa de moradia para as pessoas que passaram longos anos morando entre os muros dos hospitais, não só psiquiátricos, mas também de custódia, por não encontrarem serviços na comunidade que sustentassem as suas particularidades e singularidades de saúde e de vida, tendo como objetivo a reintegração dessas pessoas a comunidade, buscando à sua inserção na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade²⁹.

As Portarias supracitadas definem o SRT estabelecendo alguns aspectos importantes como a localização; a vinculação com o serviço de saúde mental do território (CAPS); os tipos de SRT I e II, as respectivas quantidades de moradores e composição da equipe mínima; assim como, o financiamento para a sua implantação pelos municípios.

A exigência com relação ao espaço físico é a localização fora do hospital psiquiátrico. Os SRT tipo I e II se diferenciam na composição do número de moradores, no grau de dependência relacionada às suas condições gerais de saúde e a composição da equipe. O SRT tipo I deve ser composto por no máximo por 8 moradores e o do tipo II no máximo por 10 moradores, que apresentem condição física de maior dependência.

A Portaria nº 1.220/MS²² traz a definição de procedimentos/atividades na RT como um "conjunto de atividades de reabilitação psicossocial que tenham como eixo organizador a moradia, tais como: autocuidado, atividades da vida diária, frequência a atendimento em serviço ambulatorial, gestão domiciliar, alfabetização, lazer e trabalhos assistidos, na perspectiva de reintegração social". Apesar do direcionamento da portaria, as ações no SRT não se resumem a esses elementos citados.

O SRT sendo entendido como um serviço de moradia deve ser interpretado e organizado a partir da perspectiva da constituição de um lar. O lar é o local mais importante para o desenvolvimento e a constituição do sujeito. A sua finalidade é decisiva na formação da subjetividade, sendo o polo integrador de vivências, pensamentos, lembranças e sonhos. Sem esses elementos o indivíduo se torna disperso^{31, 32}.

Principalmente pela sua proposta híbrida entre serviço e casa, as ações e instrumentos utilizados nos SRT não se dão por uma abordagem prescritiva, sendo estes estabelecidos a partir da análise das situações cotidianas que vão se dando a partir do viver na cidade e nas relações estabelecidas nos coletivos aos quais os moradores estão inseridos, começando pelo o grupo da casa/SRT, os locais de tratamento, a escola, a academia, a igreja, o comércio, etc. As ações no SRT devem proporcionar aos moradores condições de negociações que possibilitem a construção de formas de inserção no tecido social ³⁶.

Considerando a perspectiva da Reabilitação Psicossocial, os SRT devem se constituir como um espaço de pertencimento, onde as ações precisam considerar as necessidades, particularidades e preferências de seus moradores. A equipe deste serviço-casa, dessa casa-serviço, deve estar sensível às demandas de cada um dos moradores, estabelecendo ações que considere a singularidade dos indivíduos e não apenas projetos baseados no coletivo de moradores³⁰. O cuidado na RT deve considerar a importância da construção de projetos de vida significativos e singulares para cada usuário².

A implantação de diversas ações, portarias e estratégias para a mudança definitiva no modelo de Saúde Mental brasileiro, a partir da Reforma Psiquiátrica, tem envolvido a participação de vários grupos de profissionais, de áreas diferentes, e não apenas da saúde, entre eles o grupo singular de novos trabalhadores cuidadores³⁴.

A Portaria Nº 1220 de 7 de novembro de 2000 cria a atividade do profissional Cuidador em Saúde²². A Portaria Nº 3090 indica a equipe mínima de profissionais para cada tipo de SRT, sendo a tipo I a principio um cuidador, devendo considerar-se o número e nível de autonomia dos moradores; e do tipo II, para cada grupo de dez moradores, cinco cuidadores em regime de escala e um técnico de enfermagem diário²⁸.

Ao buscarmos nas legislações uma definição das características do trabalho do cuidador nos SRT, pouco se encontra. As Portarias criaram os Serviços Residenciais Terapêuticos como modalidade assistencial sem precisar, no entanto, como seria feito o trabalho. Sobre o cuidador, existe apenas uma vaga citação referindo que "o cuidador tem uma tarefa importante na moradia"²², trazendo implícito o acompanhamento de moradores pelo cuidador, mas nada define sobre qual sua tarefa mais "importante" nem caracteriza o profissional que a concretiza³³.

As equipes de cuidadores apresentam-se assim como um dos principais agentes de ações no SRT. Considerando o SRT como um importante serviço do eixo da desinstitucionalização e não só de desospitalização e todo o desafio presente nas ações de inclusão social de pessoas com TMG identifica-se a importância do trabalho dos cuidadores para o alcance dos objetivos desse serviço

exercendo uma função de elo entre a equipe de profissionais da rede do SUS, a cidade e os moradores das RT⁴³.

A equipe de cuidadores deve ocupa um lugar de mediação entre o mundo subjetivo e o social, sustentando as inserções e intervindo nos acontecimentos relacionados aos aspectos biopsicossociais dos moradores, proporcionando um cuidado integral. O Cuidador é um profissional importante, pois sua atuação é fator operante no serviço, causando impactos importantes no projeto do SRT³⁰.

A partir desta perspectiva, a assistência prestada pelos Cuidadores vai além das atividades de auxiliar em tarefas domésticas, ajudar no pagamento de contas, na administração do próprio dinheiro, etc., requerendo desses profissionais o desenvolvimento de formas ampliadas e criativas de cuidar, convocando-os a pensar e a operar sobre suas ações considerando toda a complexidade, singularidade e particularidades que estão envolvidas nesse trabalho. Eles devem dosar quanto do cuidado deve ser oferecido, a fim de estimular a autonomia do usuário²⁹.

Reflexões sobre as razões da limitada expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos, aponta como possíveis entraves do processo de expansão questões de ordem política, de gestão e de *"know- how"* por partes das equipes para sustentar o acompanhamento dos moradores das Residências³⁴.

Na dissertação intitulada "O saber e a prática das cuidadoras no contexto da Residência Terapêutica", identifica a partir da análise de conteúdo de entrevistas com as cuidadoras, três categorias a respeito do saber e das suas práticas no trabalho na RT: Governança da Residência Terapêutica; Maternagem; O saber/fazer das cuidadoras³⁵.

A terceira categoria, O saber /fazer, diz respeito à formação do cuidador de RT. Identificou-se que a maioria das cuidadoras tem pouca escolaridade, não tem nenhuma formação e nem experiência na área de saúde. Sendo assim, operam a partir de um saber leigo e orientam inicialmente em sua prática apenas pelos seus sentimentos, senso comum e experiência de vida, sem contar com um saber técnico e teórico.

O aspecto "leigo", a não especialização técnica dos cuidadores, é uma tentativa de evitar a patologização dos comportamentos dos moradores, buscando um olhar "não técnico" sobre a população desse serviço. Desta forma, os

Cuidadores "sabem que não sabem", o que permite a construção coletiva de possibilidades de lidar com a particularidade de cada morador³⁶.

No entanto, no artigo "Reabilitação psicossocial de moradores de um serviço residencial terapêutico³⁷ o autor identifica no cotidiano da casa práticas asilares desempenhadas pelos cuidadores, e que o fato de os profissionais não terem uma formação técnica com o objetivo de proteger os moradores dessas práticas tradicionalmente instituída, não afastou o senso comum predominante na sociedade sobre o louco e a loucura.

Percebe-se assim que é imprescindível discutir o nível de atenção dispensada aos cuidadores de SRT sendo necessário maior conhecimento das praticas desempenhadas por esses trabalhadores.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Analisar o estado atual dos estudos sobre o trabalho de cuidadores em Serviços Residenciais Terapêuticos.

3.2. Específicos

- Identificar nos estudos processos de trabalho dos cuidadores
- Mapear e listar conceitos apresentadas pelos estudos referentes a serviços residenciais e processo de trabalho de cuidadores nesse contexto;
- Identificar as lacunas existentes a respeito do tema.

4. MÉTODO

Esta pesquisa refere-se a uma revisão sistemática de escopo a respeito do processo de trabalho de cuidadores em Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil ou serviços similares em outras localidades do mundo.

Uma revisão sistemática visa sintetizar e resumir o conhecimento existente e tenta descobrir "todas" as evidências relevantes para uma pergunta, recuperando materiais nacionais e internacionais e sintetizando os resultados desta pesquisa em evidências, para informar práticas e políticas³⁸.

A expansão da prática baseada em evidência refere-se a sua capacidade de aumentar seu escopo em relação aos estudos primários a serem mapeados, pelo seu rigor, e a utilização de novas abordagens para sumarizar de maneira mais efetiva as evidências encontradas ³⁹.

O estudo de escopo (scoping study ou scoping review) é um método entre muitos que podem ser usados para revisão da literatura e que se apresenta como uma técnica para "mapear" a literatura relevante de um determinado campo de interesse³⁹.

Os estudos de escopo têm como objetivos mapear os principais conceitos que apoiam determinada área de conhecimento, examinar a extensão, alcance e natureza da investigação, sumarizar e divulgar os dados da investigação e identificar as lacunas de pesquisas existentes ⁴⁰.

Para garantir a qualidade e o rigor da revisão, a pesquisa deve seguir um processo estruturado que exige métodos rigorosos para garantir que os resultados sejam confiáveis e significativos para os usuários finais. Os métodos são seguidos para minimizar o risco de erro e viés durante o processo de revisão³⁸.

O manual The Joanna Briggs Institute (JBI) refere que as etapas necessárias em uma revisão sistemática de qualquer tipo de evidência devem incluir ^{38.}

- 1. Formulação de uma pergunta de revisão
- 2. Definição de critérios de inclusão e exclusão
- 3. Localização de estudos através da pesquisa
- 4. Seleção de estudos para inclusão

- 5. Avaliação da qualidade dos estudos
- 6. Extração de dados
- 7. Analise e sintetize dos estudos relevantes
- 8. Apresentação e interpretação dos resultados através da construção de um quadro para garantir de forma clara as evidências encontradas.

Todas as revisões sistemáticas, incluindo a de escopo, começam com o desenvolvimento de um protocolo a *priori* com critérios de inclusão e exclusão que se relacionam claramente com os objetivos e as questões de revisão⁴¹.

Para garantir a precisão e o estabelecimento de um protocolo propõe-se nesta pesquisa uma adaptação dos elementos da estratégia PICO (População, Intervenção, Comparador e Resultado) para os elementos PCC (População, Conceito e Contexto) que possibilita critérios de inclusão correspondentemente menos restritivo, objetivando uma análise de maior alcance, com um "escopo" mais amplo ⁴¹.

Assim, considerando os elementos P- população, C - conceito e C - Contexto, nesta pesquisa entende-se como População: Cuidadores; Conceito: Trabalho; Contexto: Serviço Residencial Terapêutico.

Assim, a pergunta desta revisão é: O que tem sido produzido sobre o trabalho de cuidadores em Serviços Residenciais Terapêuticos?

4.1. Escolha dos descritores e base de dados

A partir dos elementos da estratégia PCC e a pergunta da pesquisa estabeleceu-se a busca pelos descritores de assunto. O descritor de assuntos é um termo específico em cada base de dados e representa o principal assunto da pesquisa na qual o artigo foi indexado ⁴².

AS bases de dados escolhidas para localização de estudos foram a PUBMED, LILACS/BVS e google acadêmico. O manual JBI indica a utilização de pelo menos dois bancos de dados online apropriados relevantes para o tópico⁴¹.

Os critérios de escolha das bases de dados se deram por as duas primeiras estarem incluídas entre as bases essenciais recomendas em manuais de pesquisa de escopo⁴², sendo a primeira uma importante base de dados internacional

e a segunda por ser uma referência na literatura nacional e na América Latina. A escolha pelo Google Acadêmico se deu com o objetivo da ampliação da busca de artigos nacionais.

Os descritores pesquisados e estabelecidos foram os MeSH terms na PUBMED e DECs terms na LILACS/ BVS. No quadro abaixo (Quadro 1) são apresentados os descritores encontrados com referência ao PCC:

	População	Conceito	Contexto
	Cuidador	Trabalho	Serviço Residencial Terapêutico
PUBMED (MeSH Terms)	Caregivers OR Carer OR Health Personnel	Health Workforce OR Health Occupations Manpower OR Health Manpower	Residential Facilities OR Assisted Living Facilities OR Assisted Living Facility OR Group Home OR Halfway Houses OR Community Mental Health Services
LILACS BVS (DECs Terms)	Cuidadores OR Caregivers OR Cuidadores Categorias: M01.085 OR M01.526.485.200 OR N02.360.200	Trabalho OR Mão de Obra em Saúde OR Health Workforce OR Fuerza Laboral en Salud Categorias: N02.350 OR N04.452.525.500 OR N05.300.420.400 OR SH1.030.020.020 OR SP1.011.117.133 OR VS3.004	Serviço residencial Terapêutico OR Serviços de Saúde Mental OR Mental Health Services OR Servicios de Salud Mental Categorias: F04.408 OR N02.421.461 OR SP2.031.267 OR N02

Quadro 1 – Descritores pesquisados relacionados ao PCC

4.2. Estratégias de busca

O quadro a seguir (Quadro 2), apresenta as estratégias de busca de forma detalhada.

Base	Combinação	Resultado
Pesquisa 1 PUBMED PCC (Mesh Terms)	((("caregivers"[MeSH Terms] OR "caregivers"[All Fields]) OR ("caregivers"[MeSH Terms] OR "caregivers"[All Fields] OR "carer"[All Fields]) OR "Health Personnel"[All Fields]) AND ("Health Workforce"[All Fields] OR ("health workforce"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "workforce"[All Fields]) OR "health workforce"[All Fields] OR ("health"[All Fields] AND "occupations"[All Fields] AND "manpower"[All Fields])) OR"Health Manpower"[All Fields])) AND ("Residential Facilities"[All Fields] OR "Assisted Living Facilities"[All Fields] OR "Assisted Living Facility"[All Fields] OR "Group Home"[All Fields] OR "Halfway Houses"[All Fields])	287
Pesquisa 2 PUBMED PCC (Mesh Terms) + Deinstitutionalization	((("caregivers"[MeSH Terms] OR "caregivers"[All Fields]) OR ("caregivers"[MeSH Terms] OR "caregivers"[All Fields] OR "carer"[All Fields]) OR (("health personnel"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "personnel"[All Fields]) OR "health personnel"[All Fields]) AND ("health workforce"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "workforce"[All Fields]) OR "health workforce"[All Fields])) OR ("health workforce"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "workforce"[All Fields]) OR "health workforce"[All Fields] OR ("health"[All Fields]) AND "occupations"[All Fields] AND "manpower"[All Fields])) OR "Health Manpower"[All Fields]) AND ("Residential Facilities"[All Fields] OR "Assisted Living Facilities"[All Fields] OR "Assisted Living Facility"[All Fields] OR "Group Home"[All Fields] OR "Halfway Houses"[All Fields])) AND ("deinstitutionalization"[MeSH Terms] OR "deinstitutionalization"[All Fields]))	53
Pesquisa 3 LILACS / BVS	tw:((tw:(cuidadores)) AND (tw:(trabalho)) AND (tw:(serviço residencial terapeutico)))	44
(DECs Terms)		

Base	Combinação	Resultado
Pesquisa 4	tw:((tw:(cuidadores OR m01.085 OR m01.526.485.200	60
LILACS / BVS	OR n02.360.200)) AND (tw:(trabalho OR n02.350 OR	
(DECs Terms)	n04.452.525.500 OR n05.300.420.400)) AND	
+ Categorias	(tw:(serviço residencial terapeutico OR f04.408 OR	
	n02.421.461 OR sp2.031.267)))	
Pesquisa 5	tw:((tw:(cuidadores)) AND (tw:(trabalho)) AND	5
LILACS / BVS	(tw:(serviço residencial terapeutico)) AND	
+ Desinstitucionalização	(tw:(desinstitucionalização)))	
Pesquisa 6	tw:((tw:(cuidadores OR caregivers OR cuidadores)) AND	2
LILACS / BVS	(tw:(trabalho OR work OR mão de obra em saúde OR	
(DECs Terms)	health workforce OR fuerza laboral en salud)) AND	
Português /	(tw:(serviço residencial terapeutico OR serviços de	
Inglês/ Espanhol	saúde mental OR mental health services OR servicios de	
	salud mental)))	
Pesquisa 7	cuidador and trabalho and residencia terapeutica	8.910
Google Acadêmico		
(2014-2019)		

Quadro 2 - Estratégias de busca

Com os descritores estabelecidos, foi realizado o levantamento dos artigos a partir da combinação dos descritores pesquisados e operadores booleanos. Optou-se por usar a palavra desinstitucionalização / deinstitutionalization com o objetivo de ampliar a possibilidade de busca relacionada aos contextos das SRT.

Para a pesquisa no Google Acadêmico, com o objetivo de viabilização do trabalho, optou-se como filtro de pesquisa os últimos cinco anos (2014 – 2019) de publicação.

4.3. Critérios de inclusão

Após a pesquisa dos artigos nas bases de dados foi realizada uma primeira seleção dos estudos com a leitura dos títulos e resumos considerando para inclusão os seguintes critérios:

- 1. Abordar os elementos estabelecidos na estratégia do PCC:
 - População: Cuidadores;
 - Conceito: Trabalho
 - Contextos: Serviço Residencial Terapêutico ou serviços similares de moradia ou cuidados de longa permanência para pessoas adultas com transtornos mentais ou deficiência mental;
- 2. Foco no campo da saúde mental/psiquiatria ou deficiência mental. A opção por incluirmos a deficiência mental se deu por esse público estar significativamente presente no contexto atual das SRT, principalmente por que devido à ausência de politicas públicas específicas, esse público sofreu grande impacto com a institucionalização em hospitais psiquiátricos ao longo da história.
- Na pesquisa do Google acadêmico foram usados como critério de inclusão à presença de pelos menos dois elementos do PCC (Cuidador, Trabalho e Serviço Residencial Terapêutico) mais objetivamente no título do trabalho.
- Quanto à escolha do período/ano de produção foram colocados como critério de inclusão no PUBMED artigos a partir do ano 2000 e Google Acadêmico a partir de 2014 até 2019, ou seja, o período de 2014 -2019.

Nas situações de dúvida os artigos foram mantidos para a fase seguinte, que envolveu a leitura na integra de todos os artigos selecionados por dois revisores independentes para: 1- confirmar a pertinência à pergunta de revisão e, em caso positivo, 2 – Extrair os dados de interesse.

5. RESULTADOS

5.1. Artigos selecionados/ elegíveis

Após leitura de títulos e resumo, considerando os critérios de inclusão e a retirada de artigos duplicados, o número de estudos pesquisados e incluídos também estão apresentados no quadro abaixo (Quadro 3):

PUBMED	
Pesquisa 1	15
Pesquisa 2	2
LILACS / BVS	
Pesquisa 3	5
Pesquisa 4	6
Pesquisa 5	2
Pesquisa 6	0
Google Acadêmico	
Pesquisa 7	16
Total	46
Duplicados	– 9
Referências selecionadas	37

Quadro 3 – Artigos incluídos após a leitura dos títulos e resumos

Das 37 referências relacionadas, 12 foram inicialmente excluídas sem a leitura completa, sendo duas por ausência de resumo e texto completo, duas por ausência de texto completo e oito delas por opção dessa pesquisa em realizar a extração de dados e categorização de conceitos apenas por tipos de estudos em formato de artigos.

Essa escolha se fez necessária principalmente considerando que o resultado de pesquisa no google trouxe estudos que, apesar de contemplarem os critérios estabelecidos de seleção para leitura completa, apresentavam-se em

formato de dissertação, monografia, trabalho de conclusão de curso ou capítulo de livro.

Apresenta-se abaixo a figura (1) do Fluxograma do processo da revisão adaptado da declaração PRISMA⁴¹:

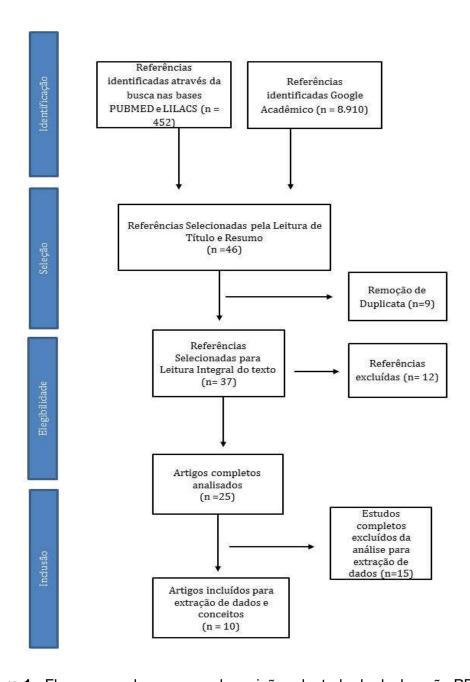


Figura 1 - Fluxograma do processo da revisão adaptado da declaração PRISMA

Conforme ilustrado no fluxograma, após a leitura integral dos 25 artigos selecionados, foram excluídos 15 artigos considerados não elegíveis para a extração de dados, por não contemplarem a pergunta da revisão e o PCC.

Segue abaixo quadro com os nomes dos artigos excluídos:

1	Moral People or Moral Projects? Worker Altruism in Youth Residential Treatment.
2	Perspectives from practice: complexities of personal care workers.
3	Are healthcare aides underused in long-term care? A cross-sectional study on continuing care facilities in Canada.
4	Job satisfaction and intention to stay within community and residential aged care employees.
5	Residential aged care for people with intellectual disability: a matter of perspective.
6	Differences in assisted living staff perceptions, experiences, and attitudes.
7	The effects of restorative care training on caregiver job satisfaction.
8	Client-centered design of residential addiction and mental health care facilities: staff perceptions of their work environment.
9	Lifting the 'violence veil': examining working conditions in long-term care facilities using iterative mixed methods.
10	Foundation work in long-term care.
11	Involving carers in mental health service development.
12	Frontline care in Irish intellectual disability services: the contribution of nurses and non- nurse care staff.
13	As novas práticas em saúde mental e o trabalho no serviço residencial terapêutico / New practices in mental health and work in therapeutic residential service
14	O processo de trabalho dos cuidadores de saúde que atuam em residências terapêuticas
15	Projeto de construção de conhecimento dos cuidadores de um serviço residencial terapêutico: valorizando a singularidade do cuidar nas residências terapêuticas

Quadro 4 - Artigos excluídos após leitura completa

A respeito dos 15 artigos excluídos:

- Em seis dos artigos o contexto referia-se a instituições e cuidadores para idosos (4,5,6,7,9 e10);
- Em um artigo o conceito abordado era a regulamentação de cuidadores para atendimento domiciliar e em instituições também para cuidados de idosos (3);
- Em um artigo o conceito referia-se ao trabalho com o espaço físico/arquitetônico do serviço e não com os cuidadores (8);
- Em dois artigos tratavam de cuidadores domiciliares em contextos mais amplos e não institucionais com a especificidades relacionadas a contextos de serviços (2 e 11);
- Em um artigo o contexto era de serviços para crianças e jovens (1);
- Em um artigo tinha como foco a comparação entre os cuidados prestados por profissionais da enfermagem X profissionais nãoenfermeiros em contextos de serviços domiciliares para deficientes mentais(12);
- Em um artigo os cuidadores tinham formação de enfermeiros e o foco desta pesquisa são cuidadores sem formação técnica (13);
- Em um artigo referia-se a uma experiência de curso para cuidadores trazendo concepções pré-estabelecidas sobre o trabalho dos cuidadores e não uma expressão desses para com o trabalho (15).
- Em um artigo trata de processo de trabalho porém através de uma abordagem reflexiva do conceito e não pratica, no sentido de trazer elementos da vivência dos cuidadores, para analise de dados (14).

Assim foram incluídos para a extração de dados e conceitos 10 artigos finais, conforme ilustrado no fluxograma do processo da revisão adaptado da declaração PRISMA⁴¹ (figura 1).

Um instrumento de extração de dados foi criado, onde foram incluídos informações como Título, Ano, País, Metodologia, Método, Base de Dados, Tipo de estudo, Descritores, Objetivo do Estudo, População, Conceito e Contexto (anexo 9.1).

Além desses dados, esse instrumento direcionou para a identificação de conceitos relacionados ao trabalho dos cuidadores extraídos a partir da leitura dos artigos. Foram estabelecidos as categorias Objeto, Instrumento, Finalidade, Facilitador ou Problemática.

As categorias Objeto, Instrumento e Finalidade referem-se a uma teoria de processo de trabalho que será apresentada a seguir na discussão e as categorias Facilitador ou Problemática, referem-se à identificação de potencialidades ou impasses a respeito do trabalho dos cuidadores e, consequentemente, na qualidade dos cuidados prestado aos moradores no que diz respeito ao foco da Reabilitação Psicossocial.

Os resultados da extração de dados com a categorização dos conceitos encontrados apresentam-se no anexo 9.2.

6. DISCUSSÃO

Todo processo de trabalho consiste numa atividade que o homem opera a transformação em qualquer objeto, sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim ⁵².

Partindo dessa perspectiva Marxista e da investigação empírica das dimensões sócio-históricas das práticas de saúde, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1946-1996), professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e um dos teóricos que participou da construção do campo da Saúde Coletiva brasileira nos anos 1970-1990⁵³, desenvolveu sua Teoria de Processo de trabalho que identificava as seguintes categorias: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes, e destaca que esses elementos precisam ser examinados de forma articulada e não em separado, pois somente na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho específico⁵⁴.

O objeto refere-se aquilo sobre o qual incide a força, a atenção, a ação do trabalhador; sendo importante destacar que o objeto de trabalho não é um objeto natural, não existe por si só, mas é recortado por um olhar que contém um projeto de transformação, com uma finalidade. A finalidade contempla, portanto em sua essência uma intencionalidade, que é por sua vez direcionada por uma perspectiva, um objetivo, uma finalidade, um projeto⁵⁴.

O objeto e a finalidade estão associados e serão executados por um determinado agente, sobre um determinado objeto.

Nessa pesquisa o agente de ação refere-se aos cuidadores e os objetos tudo aquilo sobre qual devem agir para que o SRT cumpra sua função como serviço comunitário de saúde mental, que tem como papel a desinstitucionalização de pessoas com TMG e como perspectiva teórica de funcionamento a Reforma Psiquiatria e a Reabilitação Psicossocial.

Começaremos a discussão dessa pesquisa inicialmente analisando dados relacionados ao campo do objeto, onde identificamos basicamente três características as quais os objetos achados nos artigos podem ser categorizados:

(1) A que diz respeito ao objeto enquanto seres humanos tanto individuais (morador, cuidador) quanto coletivos (comunidade, família).

Em primeiro lugar aparece o morador que esta entre os elementos mais identificados como objeto de trabalho. A família e a comunidade também aparecem como objeto de trabalho (anexo 9.3). Também são identificadas referências a pessoas com transtornos mentais, pessoas psiquiátricas, pessoas dependentes, morador infantilizado, entre outras referências que caracterizam o objeto através da perspectiva psiquiátrica, de doença ou de incapacidade, sendo essa situação categorizada na análise dos dados como problemática, pois coloca o morador no lugar de doente, virando o sintoma e o quadro psiquiátrico o objeto de trabalho.

(2) Objetos que dizem respeito ao campo das relações ou subjetividades, como por exemplo, brigas e delírios, crise, situações de conflito, ressocialização, preferências e desejos, entre outras.

Um dos aspectos de atenção nesse campo refere-se à crise e as situações de conflito enquanto objeto de trabalho. A pesquisa mostra que as situações de crise aparecem como problemática no trabalho dos cuidadores⁴³ gerando paralisação, medos, angústias e preocupações e o CAPS aparece como instrumento de apoio.

Por outro lado identifica-se na pesquisa que a crise também aparece como facilitador onde os cuidadores afirmam que lidar com os momentos de crises e resolver questões de conflitos dentro das RT faz com que se sintam preparados para a função.

(3) Objeto do campo do concreto-material ou cuidado com o corpo: Atividades Domésticas, espaço físico da casa, higiene pessoal, medicação, procedimentos de saúde, alimentação, cigarro, Verba, controle de suprimentos entre outros.

Identificou-se a problemática trazida por cuidadores a respeito do processo de trabalho estar muito relacionado aos afazeres domésticos, referindo que essas atividades se sobressaem à dinâmica assistencial de reabilitação psicossocial no dia a dia dos SRT⁵⁰.

A terceirização da alimentação e de outros afazeres domésticos é apontada como uma realidade⁴⁵ e um desejo dos cuidadores em alguns artigos.

Com relação a esse aspecto não podemos deixar de considerar sobre o risco de uma fragmentação do trabalho e a "impessoalidade" que essa ação pode trazer ao contexto das residências. A terceirização traz junto com ela a fragmentação e a impessoalidade em relação a tarefa terceirizada. Essa conduta dentro do espaço cotidiano de uma casa nos faz sentir certos ares da institucionalização de um espaço que deve fazer todo o esforço em se configurar com um lar, correndo o risco de uma aproximação com o funcionamento de um "mini-hospital", sendo nessa análise categorizada como uma problemática.

O uso das atividades da casa ao mesmo tempo foi apontado como instrumento para a finalidade de propiciar a participação dos moradores na rotina da casa possibilitando assim a busca pela autonomia⁵⁰.

Um dos artigos traz como solução para essa questão a ação da coordenação de um dos serviços sobre a organização de um plano de atuação para os cuidadores, com revezamento diário, de modo que dois profissionais permaneçam, por turno de sua jornada, simultaneamente, em cada residência, para que um deles possa responsabilizar-se pelo cuidado à casa e, particularmente, aos moradores que auxiliam nas tarefas domésticas, e o outro possa priorizar o cuidado aos outros moradores, através de passeios, conversas, jogos e outras atividades de recreação e lazer³³.

O instrumento de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua ação sobre esse objeto⁵².

Assim como os objetos, os instrumentos de trabalho não são naturais, mas constituem-se historicamente pelos sujeitos que intervém sobre o objeto, sendo, portanto, influenciado por circunstâncias culturais, sociais, ambientais, materiais, físicas, subjetivas, entre outros.

Mendes e Gonçalves⁵⁴ caracteriza os instrumentos em materiais e não – materiais, sendo os primeiros os recursos concretos, como equipamentos, materiais, instalações, e até por que não dizermos corpos; e os segundos, práticas intelectuais envolvidas no trabalho.

Muitos elementos identificados nos dados da pesquisa apontam que a presença de instrumentos não –materiais é marcante no trabalho dos cuidadores na SRT entre eles o vínculo, a criatividade, a confiança, a relação de respeito, empatia e afeto, entre outros (anexo 9.3).

Sendo os instrumentos não-materiais saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais⁵⁴, identificamos a problemática envolvida na continuidade como instrumento, identificada na Analise 4. Na afirmação "Eu trabalho com o colega hoje, se ele não dá continuidade ao trabalho, influi, nunca vai pra frente, o morador está querendo que aquele colega continue aquele trabalho [...] [C1]." ⁴⁸, entendende-se o cuidador como o agente do processo de trabalho sobre o objeto (morador), o instrumento não-material (continuidade) vai garantir a articulação dos arranjos necessários para o trabalho continuar sendo conduzido. Assim, se o cuidador não se apropriar do instrumento não-material, a problemática se faz existente, como o próprio cuidador refere: "trabalho, influi, nunca vai pra frente...".

Os instrumentos não – materiais, podem ser pensados a partir de uma perspectiva de situações, estratégias e formas usadas por um determinado agente, para a transformação de um objeto, para um determinado fim (finalidade).

O trabalho em equipe identificado como instrumento na Análise 8 (anexo 9.2) exemplifica essa afirmação. A partir do conceito "A reabilitação psicossocial de pacientes com doença mental grave implica resultados mais duradouros do que imediatos e os profissionais precisam trabalhar em equipe.", foi identificado como objeto os pacientes com doença grave, como finalidade a Reabilitação Psicossocial e como instrumento o trabalho em equipe. Sendo o trabalho em equipe uma estratégia, pode-se entender a usa característica de instrumento de trabalho não-material.

Por meio da presença e ação do agente do trabalho, torna-se possível no processo de trabalho a dinâmica entre objeto, instrumentos e atividade ⁵⁴.

Com relação a esse aspecto, na realidade do SRT, vemos que o próprio cuidador (agente) pode ser interpretado muitas vezes como instrumento do trabalho, como podemos constatar na análise 7 (anexo 9.2) em que o artigo aponta que o "cuidador facilita muitas atividades da vida diária (AVD), incluindo cuidados de saúde

bucal, para pessoas dependentes", sendo aqui identificado que o próprio cuidador apresenta-se com o instrumento, para que a finalidade seja alcançada ou seja, viabilizam que as pessoas dependentes consigam fazer as suas AVDs.

Assim sendo, "o agente pode ser interpretado, ele próprio, como instrumento do trabalho e, imediatamente sujeito da ação, na medida em que traz para dentro do processo de trabalho, além do projeto prévio e sua finalidade, outros projetos de caráter coletivo e pessoal, dentro de um certo campo de possíveis ⁵⁴."

Na perspectiva de pensarmos o trabalho dos cuidadores sobre a perspectiva dos instrumentos e da dinâmica dos três elementos, objeto/instrumento/finalidade, é essencial abordar a ausência da identificação de instrumentos em alguns processos. Em todas as categoriais existem alguma ausência de elementos, porém chama atenção que a categoria instrumentos é a que apresenta mais ausências.

A tabulação do anexo 9.3 mostra diversos processos onde o objeto e a finalidade foram identificados, porém os instrumentos não. Entre eles destaco as seguintes finalidades: lazer e socialização; lidar com a incapacidade; situações de crise, brigas e conflitos; tornar a residência um lar; mudança do modelo de tutela para autonomia; sociedade aprender a conviver com os residentes; atenção a singularidade; participação na rotina da casa; construções de novas formas de viver; vinculação com a família; integração e atuação na sociedade; ressocialização; sentir-se em casa; interlocução do morador com o meio social e atividades cotidianas; inserção no mundo do trabalho; morar sozinho, cuidar da casa; alimentação; apoio na tomada de decisões, definição de metas, solução de problemas.

Os elementos apontados foram escolhidos considerando que, do ponto de vista da pesquisadora, são as finalidades que envolvem maior complexidade com relação ao trabalho no contexto das SRT.

Dois aspectos chamam a atenção no que diz respeito à ausência de instrumentos. O primeiro deles refere-se ao fato de que muitos elementos estão relacionados ao manejo de conflitos e crise e se apresentam como elemento problemático para o trabalho dos cuidadores, como já apresentado nessa discussão ao se destacar as situações de crise enquanto objeto de trabalho.

Do ponto de vista dos instrumentos identifica-se na pesquisa que muitas vezes os cuidadores manejam as crises a partir da experiência empírica⁴³, das suas capacidades próprias e intuição⁴⁷. Aparece como instrumento de manejo com a crise o trabalho do cuidador em ajudar os moradores a reconciliar os cuidados de que necessitam com seus desejos e necessidades percebidas⁴⁷.

O Segundo aspecto refere-se que muitos dos elementos apontados dizem respeito às diretrizes da Reabilitação Psicossocial e da Reforma Psiquiátrica, sendo as finalidades apontadas pontos chave para o processo de desinstitucionalização e inclusão social, o que indica a necessidade da criação de novas tecnologias/instrumentos no campo da saúde mental, principalmente na perspectiva do trabalho do SRT.

Com relação aos processos que não foram identificados instrumentos, muitos deles foram identificados nessa pesquisa como elementos de problemáticas no trabalho dos cuidadores. Além das situações relacionadas à crise como já apontado, temos, por exemplo, a afirmação trazida por um cuidador na Análise 5 (anexo 9.2): "Dificuldade com o entrosamento da família dos usuários... dificuldade de inserir essa família no processo de reinserção social deles. (P., 2)".

Considerar a falta de instrumento nos processos de trabalho e a dimensão da problemática que eles apresentam, deixa um indicativo da importância de se pensar em instrumentos que possam ajudar a sair de questões problemáticas encontradas no trabalho do SRT.

A partir do levantamento dos dados foi identificado que em muitos dos processos, os instrumentos, as finalidades e ate mesmo os objetos se caracterizam pelos mesmos elementos. Identificamos essa característica principalmente nos processos relacionadas a procedimentos de saúde como, verificação de pressão e dextro; atividades domésticas; controle de insumos, entre outros.

No que concerne à análise das finalidades do trabalho dos cuidadores identificadas na pesquisa, dois aspectos se fazem importante destacar.

Primeiro, que o trabalho em saúde constitui-se como uma ação complexa, envolvendo articulação de diferentes processos, no qual cada profissional com sua ação parcelar possui objeto próprio, saberes e instrumentos específicos⁵⁵.

Segundo é de enfatizar que em todo o trabalho a finalidade carrega em si uma intencionalidade. A esse respeito Marx⁵⁶ refere que o que difere o trabalho do homem ao do animal é a intencionalidade, a sua capacidade criativa, conforme afirma na expressão citada abaixo:

"uma aranha desempenha operações que se parecem com a de um tecelão, e a abelha envergonha muitos arquitetos na construção de seu cortiço. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor das abelhas é o que o arquiteto figura na mente sua construção antes de transforma-la em realidade. No fim do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera, ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem que subordinar sua vontade".

Esses dois aspectos demonstram a importância da clareza do referencial teórico sobre o qual a finalidade do trabalho do SRT se embasa.

Considerando os aspectos relativos ao morar e ao viver, o SRT parte do referencial ampliado de cotidiano, considerando o indivíduo a partir da sua complexidade, por isso apresentam um projeto terapêutico e ações fundamentados nos princípios da Reabilitação Psicossocial.

Apesar de não dar uma definição clara para a Reabilitação Psicossocial, o italiano Benedetto Saraceno⁵⁸, nos da uma compreensão do que seria a Reabilitação no trabalho com pessoas com transtornos mentais graves, a partir do olhar psicossocial, trazendo os seguintes conceitos:

- Reabilitação;
- Variáveis: Sujeitos, Contextos, serviços e recursos;
- Contratualidade;
- Eixos: moradia/habitat, trocas sociais/rede social, trabalho/ produção e troca de mercadorias e valores;
- Autonomia:
- Cidadania.

Ao analisarmos de maneira geral as finalidades identificadas nos dados de pesquisa (anexo 9.3) identificamos muitos elementos que se caracterizam dentro dos conceitos trazidos por Saraceno a respeito da Reabilitação Psicossocial, o que nos favorece supor que, de maneira geral, os cuidadores nas realidades das pesquisas entendem a finalidade do seu trabalho.

Por outro lado se faz importante salientar que a reabilitação não é a substituição da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos, ou seja, só no interior da dinâmica das trocas é que se cria um efeito "habilitador" ⁵⁸.

Assim, considerando essa afirmação, pode-se problematizar que a consciência do cuidador sobre a necessidade de Reabilitação dos moradores não garante a ação, demandando para a sua efetivação a utilização de estratégias, recursos, cenários, atores que possam possibilitar a concretização dessa ação.

Essa perspectiva aponta, por exemplo, sobre a importância de além de identificarmos na pesquisa a finalidade do trabalho, também nós atentarmos sobre a percepção dos cuidadores sobre os outros elementos do processo de trabalho como, sobre qual objeto esta sendo pensada a ação e principalmente quais instrumentos estão sendo usados e se estão disponíveis para o estabelecimento dessa ação.

Aqui retomamos o aspecto já apontado nessa discussão sobre as finalidades que não tiveram instrumentos identificados, sendo agora algumas delas identificadas na perspectiva dos conceitos da Reabilitação Psicossocial conforme mostra o quadro abaixo (Quadro 5):

Finalidades identificadas sem instrumento	Conceito Reabilitação Psicossocial Saraceno
Lazer e socialização	Reabilitação Eixo: trocas sociais/ rede social
Tornar a residência um lar	Eixo: Moradia/Habitar
Mudança do modelo de tutela para autonomia	Reabilitação Contratualidade Autonomia Cidadania
Sociedade aprender a conviver com os residentes	Variáveis: Sujeitos, Contextos, serviços e recursos Eixos: trocas sociais/rede social

Finalidades identificadas sem instrumento	Conceito Reabilitação Psicossocial Saraceno
Atenção a singularidade	Reabilitação Cidadania
Participação na rotina da casa	Eixo: moradia/habitat
Construções de novas formas de viver	Reabilitação Autonomia Cidadania Contratualidade
Vinculação com a família	Reabilitação Variáveis: Sujeitos, Contextos, serviços e recursos
Atuação na sociedade	Variáveis: Sujeitos, Contextos, serviços e recursos Contratualidade Autonomia Cidadania
Inserção no mundo do trabalho	Contratualidade Autonomia Cidadania Eixo: trabalho/produção e troca de materiais e valores
Morar sozinho	Reabilitação Contratualidade Autonomia

Quadro 5: Finalidades na perspectiva da RP sem instrumentos identificados

Um caminho para a elaboração de instrumentos de trabalho no SRT referese a abertura de espaços de negociação para a pessoa com transtorno mental, para sua família, para a comunidade e para o serviço que a acompanha⁵⁷.

A "abertura de espaços de negociação" esta intimamente ligada à possibilidade de "abertura dos espaços de relação", e vice-versa. Assim, a partir do direito ativo ao exercício do negócio, na oportunidade de trocas materiais, é que o sujeito é colocado na condição de exercitar o direito à relação. Saraceno, defini a criação e multiplicação das oportunidades das trocas materiais e afetivas como o tecido de uma "rede de negociação", ou seja, as redes de negociação, na medida

52

em que são articuladas e flexíveis, aumentam a participação e a contratualidade real

dos sujeitos vulneráveis de uma sociedade⁵⁸.

Na análise 3 (anexo 9.2), podemos identificar três situações que nos

ajudará a trazer pontos importantes considerando o que já discutimos ate aqui sobre

o processo de trabalho dos cuidadores e outras reflexões:

(1) Reconhece-se e identifica-se que o seu trabalho (cuidador) no SRT

consiste em favorecer a circulação dos moradores e priorização em frequentarem os

dispositivos oferecidos pelo lugar. Aqui fica clara a presença de todos os elementos

necessários:

Objeto: moradores

• Instrumento: dispositivos oferecidos pelo lugar

Finalidade: circulação dos moradores

Os cuidadores além de trazerem claramente todos os elementos do

processo de trabalho trazem também as finalidades e conceitos da Reabilitação

psicossocial. Ao estabelecerem suas ações utilizando como dispositivo os locais

oferecidos na sociedade possibilitam que os moradores exercitem a cidadania e o

poder contratual em dois dos três cenários/eixos estabelecidos por Saraceno a

respeito da Reabilitação Psicossocial sendo eles: o habitat e a rede social. Como

afirma Saraceno:

"É dentro destes cenários que temos o desenrolar das cenas, das histórias,

dos efeitos de todos os elementos: dinheiro, afetos, poderes, símbolos, etc.

cada um com seu poder de aquisição neste mundo onde, às vezes, somos

mais hábeis, mais habilitados ou menos habilitados. E há, também, a

"desabilidade" por falta de poder contratual. E é ai que precisamos ser

reabilitados, porém, não todos." 57.

(2) Apresenta-se o consenso de que não é o morador que precisa aprender

a viver em comunidade, mas esta é que não está preparada para conviver com os

residentes do SRT.

Objeto: Comunidade

Finalidade: Sociedade aprender conviver com os residentes do SRT

Aqui como já referido encontramos a ausência do instrumento. Um aspecto importante de abordamos nesse exemplo refere-se ao fato de que objeto de trabalho dos cuidadores apresenta uma grande complexidade indo desde os afazeres domésticos até a comunidade.

Sendo a comunidade o objeto podemos entender a dificuldade em se encontrar instrumentos de trabalho para o processo. Outra reflexão é que apesar da ausência de instrumento o conceito pode ser entendido como facilitador pois mostra que os cuidadores estão sensíveis a necessidade da mudança da sociedade com relação a loucura e o lugar social da pessoa com TMG.

- (3) Relata-se que em situações de conflitos entre comerciantes e moradores, os cuidadores fizeram restrições sobre as saídas de moradores à rua como forma de resolução do embate até para resguardar a integridade destes.
 - Objeto: situações de conflitos
 - Instrumento: restrições sobre as saídas de moradores à rua
 - Finalidade: resolução do embate até para resguardar a integridade do morador

Aqui identificamos o resultado de certo espiral de processos. Diante do limite percebido na sua função de cuidador em lidar com um objeto tão complexo como a comunidade (visto no exemplo anterior) e ainda a falta de instrumentos para se lidar com o objeto, a ação é transferida para outro objeto, agora a resolução de conflitos. Como instrumento para lidar com o objeto mais emergencial (conflito) estabelece-se como instrumento da ação a restrição na saída do morador.

Agora nesse processo o conceito apresenta-se como problemática, pois os mesmos cuidadores que entendiam a importância da sociedade em aprender a lidar com o morador, vendo a limitação da sua ação diante do objeto de trabalho (conflito), estabelece como instrumento uma estratégia de ação coerciva para com os moradores.

Esse exemplo aponta para a importância de se dar atenção aos limites do cuidador, como maneira de ajudar a não se reproduz instrumentos manicomiais no

trabalho no SRT. Identificou-se nos dados analisados que o acompanhamento das ações dos cuidadores, feito pela supervisão, promove a diretriz desse trabalho. Podemos entender assim que o recurso do supervisor serve então como apoio e suporte para os cuidadores, ajudando-os a criar ferramentas de trabalho que favorecem tanto a cuidado ofertado aos moradores, quanto à sensação de desamparo que muitas vezes esses profissionais passam.

O aspecto do sofrimento psíquico dos cuidadores e identificado como uma problemática na análise dos dados, onde os cuidadores pela dinâmica do trabalho, sofrem de uma ampla gama de comportamentos e atitudes dos moradores, como sintomas positivos, agressão física e verbal. Essas situações de stress podem ser muito graves, difíceis de resolver e duradouras, e os cuidadores podem ficar desapontados, insatisfeitos, frustrados e desanimados e até experimentar o esgotamento⁴⁷. Muitas vezes a relação terapêutica ou o clima emocional entre um profissional e um cliente possa estar associado ao esgotamento⁴⁷.

Através da análise dos dados é possível perceber que muitas vezes os cuidadores escolhem os instrumentos a partir dos seus próprios valores e experiências pessoais como podemos identificar também da análise 9 (anexo 9.2) onde afirma-se que os cuidadores recorrem a seus próprios valores e padrões de comportamento para lidar com as questões diárias dos residentes⁴⁶.

Nesse sentido podemos trazer a discussão sobre a necessidade de formação, capacitação e educação continuada para esses trabalhadores.

Nos dados levantados essa questão não apresenta consensos entre os cuidadores e pesquisadores, aparecendo ora como algo importante ora como não importante.

Cuidadores referem não apresentarem formação especifica para o trabalho como cuidador e não veem esse quesito como importante, valorizando o aprendizado empírico para manejo de situações⁴³. Consideraram que não tiveram preparação para esse trabalho, mas apesar disto se sentem preparados para o serviço⁴³. Por outro lado referem se beneficiar do apoio e suporte de colegas mais experientes muitas vezes configurando-se como conversas informais no trabalho ou fora dele⁴³.

Dados levantados do resultado da pesquisa trazem que quando o saber técnico não é adequado ao trabalho, ações potencialmente voltadas para o autoconhecimento, conhecimento, subjetivação, reabilitação dos moradores, podem resvalar para o assistencialismo³³.

Verificam-se também afirmações de que o cuidado concebido como trabalho de equipe, para ser realizado, depende de atributos pessoais do cuidador, o que se revela na vinculação entre a confiança na pessoa do cuidador e o estabelecimento do vínculo necessário ao cuidado, assim como na priorização de qualidades pessoais e relações diretas, em sobreposição às relações mediadas por trabalho e competência técnica. Com relação a esse aspecto em diversos elementos trazidos a respeito do trabalho associa-se o trabalho a aspectos altruístas do cuidador como, por exemplo, a associação do trabalho "ao cuidado, o carinho e a paciência" 33.

Dados da pesquisa apontam a capacitação e treinamento como elemento facilitador no fortalecimento do trabalho de cuidadores sendo "identificado mudanças positivas no desempenho da equipe depois que a equipe recebeu treinamento que utilizou várias técnicas instrucionais" 46.

Considerando todos os argumentos, os dados levantados e as analises dos artigos a proposta de capacitação e a educação continuada apresenta-se com um potente recurso de fortalecimento e alinhamento do trabalho de cuidadores de SRT.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão dessa pesquisa refere-se à importância de, principalmente na perspectiva da gestão, estarmos atentos à importância que os processos de trabalho têm para a qualidade do funcionamento de serviços ou qualquer outro local que tenha como prerrogativa um trabalho. Do ponto de vista do SRT, considerando os desafios, a complexidade, as especificidades e as subjetividades envolvidas e que caracterizam esse serviço à reflexão sobre os processos de trabalho é fundamental.

Assim no contexto do SRT, o principal agente do trabalho é o cuidador, que como todo o agente carrega consigo vivências, experiências, habilidades, dificuldades, necessidades entre outras características humanas.

O cuidador concentrará sua ação sobre o objeto de trabalho, utilizando instrumentos para alcançar um determinado fim, e aqui se apresenta o desafio do trabalhador cuidador.

Como demonstrou essa pesquisa, os objetos, os instrumentos e a finalidade do trabalho desse profissional, até por se caracterizar pelo trabalho em saúde, apresenta esses elementos em constantemente transformação. Ao considerarmos, por exemplo, que o objeto de trabalho do cuidador relaciona-se desde a ação mais individual com o morador no dia a dia da casa até as resoluções de conflitos com a comunidade, entendemos o desafio inserido nesse trabalho.

Alguns aspectos encontrados nos artigos caracterizam ainda mais o desafio envolvido no trabalho de cuidadores na realidade dos SRT e serviços similares no mundo. Primeiramente o número baixo de pesquisa que abordem os serviços de moradia para pessoas com transtornos mentais. Sobre esse aspecto um dado importante identificado refere-se ao fato de que 17 trabalhos brasileiros encontrados na fase pré – analise, oito não apresentavam-se em forma de artigo. Esse dado aponta a importância dos pesquisadores brasileiros publicarem suas pesquisas na área para assim contribuirmos com nossa experiência com os profissionais do Brasil e de outros países do mundo. No que se refere aos artigos estrangeiros identifica-se uma fragilidade em pesquisas que foquem a saúde mental.

A fragilidade nas pesquisas relacionadas ao trabalho de cuidadores corporifica-se no risco de que o trabalho desses agentes caia em aspectos

relacionados ao dom individual, a características pessoais, sendo identificado em muitos dos artigos, que os cuidadores trazem a percepção do seu trabalho sobre uma perspectiva altruísta em detrimento ao olhar técnico.

A indicação de uma reflexão sobre o aperfeiçoamento nas abordagens técnicas do trabalho do cuidador de serviços de moradia para pessoas com transtornos mentais, de maneira alguma se faz com a intenção de enrijecer os processos de trabalho, mas sim, de potencializar tanto o trabalho em si, como o próprio serviço, garantido tanto a qualidade da atenção prestada ao morador, quanto à ampliação de serviços com esse fim.

A expansão de serviços de moradia apresenta-se como uma necessidade social, sendo de muita importância para os profissionais de saúde mental compromissados com a desinstitucionalização e a luta pelos direitos de pessoas marginalizadas, proporem novas configurações de trabalho e serviços.

Assim sendo, os dados apresentados através dessa pesquisa trazem infinitas possibilidades de reflexões sobre o processo de trabalho dos cuidadores, sendo possível identificar diversas pesquisas a serem realizadas, com o foco para diferentes elementos, mas a demanda pelo recorte dos instrumentos de trabalho apresenta-se como um aspecto importante ao considerarmos a necessidade de fortalecimento técnico do trabalho nos SRT.

Conforme já dito, muitas discussões e problematização poderão ser disparadas a partir dos dados coletados, porém considerando o aspecto técnico, optou-se nessa conclusão focar nos instrumentos e na formação dos cuidadores, até pelo entendimento de que esses dois aspectos se complementam.

Identifica-se que muitas das problemáticas envolvendo os instrumentos, ou a falta deles, relacionam-se a fragilidades nas vivências formativas dos cuidadores, como por exemplo, a infantilização dos moradores, dificuldade em lidar com situações de crise, o sofrimento enfrentado diante de situações de tensão, entre outras. As experiências estrangeiras demonstram êxitos na qualidade de atenção ao morador, assim como na melhora do clima institucional e na relação entre cuidadores e moradores, através da qualificação dos cuidadores.

Conclui-se nesse trabalho a necessidade em investir-se na capacitação e formação continuada dos cuidadores para o aprimoramento dos processos de trabalho nos SRT.

A importância de se pensar no processo de trabalho em serviços comunitários de saúde mental e principalmente os SRT que compõem o eixo da desinstitucionalização, se refere à importância que esses serviços têm na mudança do lugar social da pessoa com TMG, como também para a continuidade do processo de desinstitucionalização de pessoas que ainda se encontram nos muros dos hospitais psiquiátricos espalhados e ainda existentes.

8. REFERÊNCIAS

- 1. Pessotti I. A loucura e as épocas. Rio de Janeiro: Editora; 1994.
- Silva ATMC, Barros S, Oliveira MAF. Políticas de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. Revista Escola de Enfermagem USP, 2002, 36(1):4-9.
- Mângia EF, Nicácio, F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: Prado De Carlo MMR, Bartalotti CC (org.). Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectiva. São Paulo: Plexus Editora, 2001.
- 4. Marzano MLR, Souza CC. Um relato de quem vivencia a reforma psiquiátrica no Brasil. Revista Brasileira de Enfermagem. 56 (5), p. 577-80, 2003.
- Brasil. Lei Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 9 abr. 2001. Seção 1:2.
- Junior HPOS, Silveria MFA. Práticas de cuidado produzidas nos serviços de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. Revista Escola de Enfermagem da USP, 43 (4), p. 788-95, 2009.
- 7. Sander J. A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos. Psicologia & Sociedade, v.22, n.2, p.382-387, 2010.
- 8. Foucault M. História da loucura. São Paulo: Edições Graal, 2004.
- Amarante P. O espaço sem tempo: Os vazios do manicômio. In: Amarante P. Teoria e Crítica em Saúde Mental: textos selecionados. 1ª edição. São Paulo: Zagodoni, 2015.
- 10. Filho JFS. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: Tundis SA, Costa NR (org.). Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 8ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- 11. Resende H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis SA, Costa NR (org.). Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 8ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- 12. Amarante P. Legitimar a ciência: a psiquiatria na ordem social. Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia, 3: 36-47, 1980.

- Lucena MAS, Bezerra AFB. Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização. Ciências & Saúde Coletiva, 17 (9): 2447-2456, 2012.
- Barros S, Egry EY. O louco, a loucura e a alienação institucional: O ensino de enfermagem psiquiátrica Sub Judice. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 2001.
- 15. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- 16. Silveira MFA, Junior HPOS, Macedo JQ. A Casa é o habitat humano. In: Silveira MFA, Junior HPOS (org.). Residências Terapêuticas: Pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização. Campina Grande: EDUEPB, 2011.
- 17. Barros S, Bichaff R(Org.) Desafios para a institucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: Fundap; São Paulo: Secretaria da Saúde, 2008
- Cayres AZF, Penin CB, Ribeiro MC, Costa MIS, Nagafuchi T. Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014. Cayres AZF, Ribeiro MC, Elias R, Coutinho RA (org). São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2015. 147p.
- 19. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 5ª edição. Rio de Janeiro: Ficoruz, 2016.
- Amarante P. Loucura, Cultura e Subjetividade. Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: Amarante P. Teoria e Crítica em Saúde Mental: textos selecionados. 1ª edição. São Paulo: Zagodoni, 2015.
- 21. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde, 2005.
- 22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, 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). In: Republicada por ter saído, no DOU nº 96, de 21.05.2013, Seção 1, págs. 37/38, com incorreção no original.

- 24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. In Diário Oficial da União, Nº 252, de 30 Dez. 2014. Seção 1:54/55.
- Vidal CEL, Bandeira M, Gontijo ED. Reforma psiquiátrica e Serviço residencial terapêutico. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, n. 1, v. 57, p. 70-79, 2008.
- 26. Barioni PM. Residências Terapêuticas no "Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira": estratégia, avanços e desafios para as Políticas de Saúde Mental em Campinas. São Paulo, 2013.
- 27. Furtado JP, Braga-Campos FC. Problemas de uma casa chamada serviço: buscando novas perspectivas de morada para portadores de transtorno mental grave. In: Silveira MFA, Júnior HPOS (org.). Residências Terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 320p.
- 28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº3.090, 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). In: Republicada por ter saído, no DOU nº 247, de 26-12-2011, Seção 1, págs. 233/234, com incorreção no original.
- 29. 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, 2004.
- 30. FURTADO, J.P. (Org.). Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília. DF. 2004.
- 31. PITTA, AMF; COUTINHO, DM; ROCHA, CCM. Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste doBrasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights –WHO. Revista Saúde em Debate,Rio de Janeiro, V.39, N.106, P. 760-771.2015. [Acesso em 10 de Out de 2016] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00760.pdf
- 32. BRANDÃO, L. A casa subjetiva. São Paulo: Edição Perspectiva, 2002. 176p.

- 33. Sprioli N, Costa MCS. Cuidar em novo tempo: o trabalho de cuidadores com pacientes psiquiátricos em moradia. Revista Latino Americana de Enfermagem. 19(5):[8 telas], Set.-Out. 2011.
- 34. Furtado JP. A ampliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil: o que dizem alguns autores. Cadernos IPUB. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n. 22, Vol. XII, 2006; p.39-5.
- 35. Araújo LH. O saber e a prática das cuidadoras no contexto da residência terapêutica [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2014.
- 36. Figueiredo AC, Frare AP. A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos Serviços Residenciais Terapêuticos. Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, n. 1, v. 11, p. 82-96, 2008.
- 37. Cortes HM, Barros S. Reabilitação psicossocial de moradores de um serviço residencial terapêutico. J Nurs Health. 2017;7(2):148-63.
- 38. Aromataris E., Munn Z. (Editores). Manual do Revisor do Instituto Joanna Briggs. The Joanna Briggs Institute, 2017. Disponível em https://reviewersmanual.joannabriggs.org/
- 39. Arksey H., O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework, International Journal of Social Research Methodology, 8, 1, 19-32, (2005). Disponível em: http://www.journalsonline.tandf.co.uk/openurl.asp?genre=article&eissn=146 4-5300&volume=8&issue=1&spage=19.
- 40. Menezes SSC, Corrêa CG, Gengo e Silva RC, Cruz DAML. Raciocínio clínico no ensino de graduação em enfermagem: revisão de escopo. Rev Esc Enferm USP · 2015; 49(6):1037-1044.
- 41. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Baldini Soares C, Khalil H, Parker D. Capítulo 11: Avaliações de escopo. Em: Aromataris E, Munn Z (Editores).Manual do Revisor do Instituto Joanna Briggs. O Instituto Joanna Briggs, 2017. Disponível em https://reviewersmanual.joannabriggs.org/.
- 42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 92 p.

- 43. Lima, L. A. B., & Miranda, F. J. Análise do trabalho dos cuidadores em saúde nas residências terapêuticas. Psicologia & Sociedade, 2018; 30, e174842.
- 44. Pedrini L, Magni LR, Giovannini C, Panetta V, Zacchi V, Rossi G, Placentino A. Burnout in nonhospital psychiatric residential facilities.. Psychiatr Serv. 2009 Nov;60(11):1547-51.
- 45. RIBEIRO NETO. Pedro Machado AVELLAR, Luziane Zacché. Conhecendo os cuidadores de um servico residencial terapêutico. *Mental* [online]. 2009, vol.7, n.13 [citado 2019-10-05], pp. x-x. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci arttext&pid=S1679-44272009000200008&Ing=pt&nrm=iso>. ISSN 1679-4427
- 46. Wong PK, Wong DF. Enhancing staff attitudes, knowledge and skills in supporting the self-determination of adults with intellectual disability in residential settings in Hong Kong: a pretest-posttest comparison group design. J Intellect Disabil Res. 2008 Mar;52(Pt 3):230-43. doi: 10.1111/j.1365-2788.2007.01014.x.
- 47. Van Humbeeck G, Van Audenhove C, Declercq A. Mental health, burnout and job satisfaction among professionals in sheltered living in Flanders. A pilot study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004 Jul;39(7):569-75.
- 48. SANDE, Lúcio Silva; CHRISTOVAM, Barbara Pompeu. O cuidador em Serviço Residencial Terapêutico (SRT) no município de Salvador-BA. Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades, Salvador, n. 246, jan./abr., p. 54-68, 2019. DOI: https://doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p54-6
- 49. Silveira Maria de Fátima de Araújo, Santos Junior Hudson Pires de Oliveira. Que eles falem por si: relatos dos profissionais sobre a experiência nas residências terapêuticas. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 Apr [cited 2019 Oct 05]; 16(4): 2089-2098. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400008&Ing=en. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400008.
- 50. Silva AST, Ribeiro GB, Santos LLX, Buriola AA. Ser cuidador em serviço residencial terapêutico: fragilidades e potencialidades na prática assistencial. J. nurs. health. 2019;9(1):e199107
- 51. Mac Giolla Phadraig C, Guerin S, Nunn J. Train the trainer? A randomized controlled trial of a multi-tiered oral health education programme in community-based residential services for adults with intellectual disability.

- Qual Health Res. 2011 Nov;21(11):1527-38. doi: 10.1177/1049732311413782. Epub 2011 Jul 1.
- 52. MARX, K.O Capital. 14.ed. S, Paulo: Difel, 1994. v.1
- 53. Ayres JRCM. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 20 (3):905-912, 2015.
- 54. Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de Trabalho em Saúde. In. Pereira IB, Lima JCF(Org,. Dicionário da Educação profissional em saúde, 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
- 55. Merhy EE, Malta DC. A Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde Revendo Alguns Conceitos. Revista Mineira de Enfermagem, 7(1): 61-66, jan/juk, 2003.
- 56. Marx K. O Capital, crítica da economia política. Livro 1, volumes I ell. São Paulo: Bertrand Brasil/DIFEL, 1987.
- 57. Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do Milênio. In: Pitta A. (org) Reabilitação Psicossocial no Brasil. 3ª edição. São Paulo: Hucitec, 2010.p.13-18.
- 58. Saraceno B. Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª edição. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá Editora/ Instituto Franco Basaglia, 2001.

9. ANEXOS

Anexo 9.1 - Instrumento de extração de dados

Analise	
Título	
Ano País	
Metodologia Método	
Base de Dados	
Tipo de estudo Descritores	
Objetivo do Estudo	
População	
Conceito	
Contexto	
	Categoria de Análise
Conceitos encontrados	Processo de Trabalho
	Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador e Problemática
	Facilitador e Problematica

Anexo 9.2 - Resultados da extração de dados

Analise 1 Título	Ser cuidador em serviço residencial terapêutico: fragilidades e potencialidades na prática assistencial 50
Ano	2019
País	Brasil
Metodologia	Qualitativa/ Descritiva-Exploratória
Método	Entrevista semiestruturada
Base de Dados	LILACS/BVS
Tipo de estudo	Artigo
Descritores	Mental health; Caregivers; Mental disorders (Inglês) Saúde mental; Cuidadores; Transtornos mentais (Português)
Objetivo do Estudo	Identificar fragilidades e potencialidades vivenciadas pelos cuidadores
População	12 Cuidadores
Conceito	Trabalho
Contexto	6 SRT – Um Munícipio do Oeste

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador e Problemática
Atividades domésticas se sobressaem à dinâmica assistencial de reabilitação psicossocial (pag. 6)	Objeto e Finalidade: Atividades Domésticas Problemática: Reabilitação Psicossocial X Atividades Domésticas
Necessidade de realização de atividades terapêuticas (pag.7)	Objeto, Instrumento e finalidade: Atividades Terapêuticas
Inserção da pessoa com transtorno mental no cotidiano de atividades da SRT como uma estratégia de promover a autonomia desses indivíduos pg 7	Objeto: Pessoa com transtorno mental Instrumento: Atividades Finalidade: Autonomia
Lidar com a incapacidade mental e a dependência física do indivíduo que necessita de atenção e cuidados pg 7	Objeto: Individuo Finalidade: Lidar com a Incapacidade mental e a dependência física
Problemas físicos e mentais que sofrem os cuidadores de pessoas com enfermidades, afetando atividades cotidianas, relacionamentos sociais e o equilíbrio emocional.pg7	Problemática
Sobrecarga devido ausência de tempo e a dependência dos pacientes pg7e8	Problemática
Vontade de ter um momento de lazer e socialização com os moradores.	Objeto: Morador Finalidade: Lazer e socialização Facilitador: Vontade
Verificação de sinais vitais, procedimentos de teste de glicemia [dextro] e medicações.	Objeto, instrumento e Finalidade: Procedimentos de saúde
Falta de médico ou enfermeiro específico para a residência, porque é uma segurança a mais, uma equipe de suporte.	Instrumento: Médico ou enfermeiro Problemática:

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador e Problemática
Ressalta a importância do vínculo, pois a aproximação com o morador permite um contato de confiança, facilitando a assistência.	Objeto: Morador Instrumento: Vínculo Finalidade: Assistência
Rotatividade de cuidadores diminui a confiança em prestar assistência e predispõe o paciente a não aceitar as condutas indicadas.	Problemática: Aumentar o tempo de adaptação do profissional em cada casa.
Facilitação do trabalho através do estabelecimento de afetos e empatia. pg.10	Instrumento: Afeto e empatia
Boas relações interpessoais estabelecidas no trabalho facilita a adaptação do profissional e da construção das ações de cuidado. pg.10	Instrumento: Boas relações Finalidade: Cuidado Facilitador: Boas relações
Relação com a chefia reflete à satisfação, o desempenho, a taxa de absenteísmo e ao estresse dos profissionais. pg.10	Problemática e Facilitador
Conhecimento e convivência prévia familiar ou profissional com pessoas com transtornos mentais facilitam o trabalho pg.11	Objeto: Pessoas com transtornos mentais Instrumento: Conhecimento prévio Finalidade: Trabalho Facilitador: Conhecimento prévio
A percepção sobre o sujeito com transtorno mental norteia a prática assistencial pg.11	Objeto: Sujeito com transtorno mental Instrumento: Percepção Finalidade: Prática assistencial Problemática
Estabelecimento de trocas de experiências e saberes com diferentes profissionais da saúde e com os próprios pacientes pg.11	Instrumento e Facilitador: Troca de experiências
Por meio de ações de aproximação social busca consolidar ações assistências e perceber a satisfação dos moradores. Pg 11	Objeto: Moradores Instrumento: Aproximação social Finalidade: Ações assistenciais e satisfação dos moradores.
Condições físicas, salários, benefícios e segurança no trabalho. pg11	Problemática e facilitador
A motivação do trabalhador relaciona-se ao foco na tarefa (o trabalho em si) e sua implementação incluindo a liberdade para procurar características pessoais formas únicas de alcançar os resultados, criar e inovar. pg11	Facilitador
Sentimentos pessoais de crescimento e reconhecimento profissional, focado na autorrealização do indivíduo para tarefas desafiadoras.	Problemática e facilitador
Cuidadores motivados irão apresentar maior desempenho, maior satisfação na prestação de assistência aos pacientes	Instrumento: Motivação Finalidade: Assistência Facilitador: Motivação

Análise 2	Análise do trabalho dos cuidadores em saúde nas residências
Título	terapêuticas ⁴³
Ano	2018
País	Brasil
Metodologia	Qualitativa, descritiva e exploratória
Método	Entrevista semi-estruturada/ Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI),
Base de Dados	LILACS/BVS
Tipo de estudo	Artigo
Descritores	psychiatric reform; deinstitutionalization; therapeutics residences; caregivers (ing.) reforma psiquiátrica; desinstitucionalização; residências terapêuticas; cuidadores(port.) reforma psiquiátrica; desinstitucionalización; residencias terapéuticas; cuidadores (esp.)
Objetivo do	Apresentar uma reflexão sobre o trabalho de cuidadores de saúde
Estudo	inseridos em Residências Terapêuticas (RTs).
População	6 cuidadores de SRT
Conceito	Trabalho
Contexto	SRT

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador e Problemática
Manutenção do espaço: limpeza, lista de compras, organização do andamento do dia a dia na residência, lavagem de roupas, passar roupa e preparo da alimentação. Pg 4	Objeto: Espaço físico da casa Instrumento: Atividades domésticas Finalidade: Espaço físico da casa
Supervisão dos cuidados de higiene pessoal (dos moradores que necessitam de ajuda).pg 4	Objeto: e finalidade: Higiene Pessoal
Administração de medicação dos moradores.pg4	Objeto e finalidade: Medicação
Acompanhamento do morador a consultas.pg.4	Objeto e finalidade: Consultas
Acompanhamento a passeios pela cidade e em viagens programadas com o CAPs.pg.4	Objeto: Passeio Instrumento: Passeio Finalidade: Passeio
O início da experiência no trabalho gera angústia e sofrimento pg.4	Problemática
Apoio e suporte de colegas mais experientes muitas vezes configurando-se como conversas informais no trabalho ou fora dele pg.4	Facilitador e Problemática
Paralisação, medos e angústias no manejo com brigas, episódios de delírios e diversas outras situações.pg.5	Objeto: Brigas e delírios Finalidade: Manejo Problemática
Baixa remuneração, sobrecarga do trabalho (12horas), demora na resposta para demandas referentes a salários e problemas na RT. Pg.5	Problemática

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador e Problemática
Satisfação no trabalho pelo aspecto de serem úteis e de contribuir para ajudar alguém pg. 5	Facilitador e Problemática
Preferencia pelo local de trabalho em relação a suas próprias residências. Pg.5	Problemática
Consideram positivo o regime de trabalho de 12 horas, com folga de 24 horas, pois ele proporciona que tenham outros tipos de atividades para complementar sua renda familiar ou mesmo que consigam tempo para ficar em suas residências. Pg.5	Facilitador
Não apresentam formação especifica para o trabalho como cuidador e não veem esse quesito como importante valorizando o aprendizado empírico para manejo de situações. Pg.5	Problemática e Facilitador
Associam o trabalho de cuidador a características pessoais como amor, paciência e dom. pg.5	Problemática
Lidar com os momentos de crises e resolver questões de conflitos dentro das RTs faz com que se sintam preparados para a função. Pg.5	Objeto: crise Instrumento: Experiência Empírica Finalidade: resolver conflitos Facilitador: crise e a experiência empírica
As vivências com os moradores envolvem o que os cuidadores entendem ser o papel deles no trabalho. Pg.5	Objeto: Moradores Instrumento: Vivências Finalidade: Entender o Trabalho
Seu local de trabalho é uma residência que tem como objetivo tornar-se um lar para as pessoas que eram institucionalizadas. Pg.5	Objeto: SRT Finalidade: Tornar a residência um lar
Possibilitar experimentações e novas vivências aos moradores, como escolher o horário de comer, tomar um banho, a descoberta do desejo e a escolha do que fazer em cada momento do dia. Pg.5	Objeto: Morador Instrumento: Experimentações e novas vivências Finalidade: descoberta de desejo e escolhas
Conflito: lar para os moradores X espaço de trabalho para os cuidadores. Pg.5	Problemática: Conflito
Lidam com conflitos através da aplicação do sistema de privilégios. Pg.5	Objeto: Conflito Instrumento: Sistema de privilégio Finalidade: Lidar com conflito Problemática
Por não possuírem conhecimentos específicos ou preparo para lidar com o dia a dia da residência, as situações de experimentações do espaço pelo morador são nomeadas como desordem, desobediência e teimosia pg5	Problemática

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador e Problemática
A infantilização dos moradores é um recurso encontrado pelos cuidadores para lidar com seu dia a dia nas residências.pg.6	Objeto: morador Instrumento: infantilização Finalidade: Lidar com o dia a dia Problemática: Infantilização
Relato de medo do que esses moradores pudessem fazer em relação a eles pg.6 Entendem-se como pais dos moradores e ao se referirem a eles utilizaram termos como pacientes, crianças, bebês e crianças grandes. pg.6	Objeto e Problemática: Medo Problemática
Espaços de discussão para lidar com situações novas no cotidiano das residências pg.6	Facilitador
Construção coletiva, desde que se respeite a potência singular de cada vida ali compartilhada, constituindo-se como comodidade e, ao mesmo tempo, expansão pg.6	Objeto: Singularidade individual Instrumento: Construção coletiva Finalidade: Comodidade e expansão
Compreensão do papel de cuidador para a construção do moradia e para a mudança do modelo de tutela para o modelo de autonomia.pg.6	Instrumento: Compreensão do papel de cuidador e construção da moradia Finalidade: mudança do modelo de tutela para autonomia
CAPS percebido como espaço de apoio nas situações de crises. pg.6	Objeto: crise Instrumento: CAPS Finalidade: Apoio Facilitador
Falta de verbas por responsabilidade da gestão (secretaria da saúde municipal) pg.6	Objeto: Falta de verba Instrumento: Verba Problemática
Encontram resistência de serviços e profissionais da rede, por exemplo SAMU ou o hospital, para lidar com os moradores das residências. pg6	Instrumentos: Serviços e profissionais Finalidade: lidar com os moradores Problemática
Sentem colegas de trabalho e moradores como família. Pg 6	Problemática
Vizinhança compreendida como rede de apoio para a RT. pg6	Objeto: SRT Instrumento: Vizinhança Finalidade: Rede de apoio Facilitador
Desenvolvem seu trabalho a partir de suas vivências cotidianas, intuições, improviso e criatividade. pg7	Objeto: Trabalho Instrumento: suas vivências, intuições Finalidade: Trabalho
Em situações de angústia, acabam por reproduzir a lógica 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.	Objeto: Doença mental Instrumento: Posturas e olhares manicomial Finalidade: Reprodução da logica manicomial Problemática: Objetificação do individuo

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador e Problemática
Em sua maioria são contratados e têm medo de perder o emprego	Problemática
Relatam encontrar-se estressados, cansados mentalmente e com medo.	Problemática

Análise 3 Título	Conhecendo os cuidadores de um serviço residencial terapêutico ⁴⁵
Ano	2009
País	Brasil
Metodologia	Qualitativa
Métodos	Entrevista semiestruturada/ Observação participante/Análise Temática
Base de Dados	LILACS/BVS/Google Acadêmico
Tipo de estudo	Artigo
Descritores	Saúde mental; reinserção social; portador de transtorno mental; desinstitucionalização; residência terapêutica; cuidador em saúde.(port) Sem descritores em inglês
Objetivo do Estudo	Vivenciar a realidade do trabalho dos cuidadores de uma residência terapêutica (SRT), visando conhecer esta categoria e contribuir para discussões sobre a Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização da loucura.
População	6 cuidadores
Conceito	Trabalho
Contexto	SRT – Estado do Espírito Santo

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador e Problemática
Satisfação com o trabalho exceto em situação de crise de moradores	Objeto: Situação de Crise Problemática : situação de crise Facilitador: Satisfação com o trabalho
Os trabalhadores vinculados à empresa de alimentação são responsáveis pelo preparo da comida e pela limpeza das roupas dos moradores.	Objeto: Alimentação Instrumento: Empresa Finalidade: Preparo da alimentação Problemática
Cuidadores procedentes da firma de serviços gerais são responsáveis pela organização da casa.	Problemática: Fragmentação do trabalho A terceirização do serviço afasta a RT das características de uma casa
No que se refere à alimentação, cabe aos plantonistas noturnos preparar o café pela manhã e servir o jantar à noite aos moradores.	Problemática: Fragmentação do trabalho
Ensina os moradores a comer e a beber, destacando que "é como se fosse criança, têm que ensinar tudo aos poucos"	Objeto: Alimentação Instrumento: AVD Finalidade: Ensinar Problemática: Entender o morador como criança
Cuidar dos "meninos" é tarefa de ambos os cuidadores.	Objeto: Morador infantilizado Finalidade: Cuidar Problemática: Infantilização
Outras atividades relatadas pelos participantes consistem em dar medicação e cigarro em seus devidos horários.	Objeto: medicação e cigarro

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador e Problemática
Não possuem relação direta com a atenção à saúde e conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica.	Problemática
Contorno de situações de crise mesmo sem ter aprendido previamente como.	Objeto e finalidade: Contorno crise Problemática: Sem aprendizado prévio
Consideraram que não tiveram preparação para esse trabalho, mas apesar disto se sentem preparados para o serviço.	Problemática: Falta de preparo prévio Facilitador: se sentem preparados
São responsáveis imediatos pelos moradores e têm considerável importância em seu processo de reinserção social e exercício de sua cidadania.	Objeto: morador Instrumento: cuidador Finalidade: reinserção social e exercício de sua cidadania
O cuidador é demandado a lidar com os conflitos que eventualmente possam surgir entre moradores e comunidade.	Objeto: Morador e comunidade Finalidade: Lidar com os conflitos
Antes das questões conflituosa chegarem aos seus superiores cabe aos cuidadores fazer as intervenções mais imediatas	Objeto: questões conflituosas Instrumento: intervenções do cuidador Finalidade: Não chegar aos superiores
Acreditam que parte da comunidade do entorno da residência terapêutica ainda apresenta resistência, preconceito e medo em relação aos moradores.	Objeto: comunidade Problemática: preconceito e medo em relação aos moradores
Consenso de que não é o morador que precisa aprender a viver em comunidade, mas esta é que não está preparada para conviver com os residentes do SRT.	Objeto: comunidade Finalidade: sociedade aprender conviver com os residentes do SRT. Facilitador
Em situações de conflitos entre comerciantes e moradores, fizeram restrições sobre as saídas de moradores à rua como forma de resolução do embate até para resguardar a integridade destes.	Objeto: situações de conflitos Instrumento: restrições sobre as saídas de moradores à rua Finalidade: resolução do embate até para resguardar a integridade do morador Problemática
Favorecimento da circulação dos moradores e priorização em frequentarem os dispositivos oferecidos pelo lugar.	Objeto: moradores Instrumento: dispositivos oferecidos pelo lugar. Finalidade: circulação dos moradores
Devem contornar as ocorrências dentro do serviço, como as "crises" e demonstram preocupações com isso.	Objeto: Ocorrências dentro do serviço Finalidade: contornar as ocorrências Problemática: preocupações com as ocorrências
Lidar com os conflitos entre os próprios moradores	Objeto e Finalidade: conflitos

Análise 4	O cuidador em serviço residencial terapêutico (SRT) no município de
Título	Salvador-BA ⁴⁸
Ano	2019
País	Brasil
Metodologia	Qualitativa com abordagem etnográfica.
Métodos	Entrevista semiestruturada / observação direta e sistemática
Base de Dados	Google Acadêmico
Tipo de estudo	Artigo
Descritores	Saúde Mental. Serviço de Saúde Mental. Cuidadores (port.)
	Mental Health. Mental Health Service. Caregivers.
Objetivo do	Conhecer como transcorre o processo do cuidar pelo profissional cuidador
Estudo	em Serviço Residencial Terapêutico no município de Salvador-BA.
População	6 Cuidadores de SRT
Conceito	Trabalho
Contexto	SRT - Salvador-BA

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador ou Problemática
Foi muito trabalhoso pra trazer eles para a sociedade [] até hoje é um aprimoramento, a cada dia que passa. [C1] pg.59	Objeto: Morador Instrumento: Desinstitucionalização Finalidade: Inclusão na sociedade
Exerce papel de importância na fase adaptativa dos usuários. pg.59	Objeto: Morador Instrumento: Cuidador Finalidade: Adptação
Imprescindível o seu papel na prática do cuidar. P.59	Objeto : Cuidar Instrumento: Cuidador Finalidade: Cuidar
São elos, intermediando e solucionando problemas de ordem de convivência no ambiente doméstico e clínico. pg.60	Objeto: problemas de ordem de convivência no ambiente doméstico e clínico Instrumento: Elo com o cuidador Finalidade: solucionar problemas de ordem de convivência no ambiente doméstico e clínico
A gente tem que conversar antes, uma tricotomia, higiene pessoal, tudo aqui é negociado, ter essa confiança com a gente, têm outros que não aceitam logo no momento. [C2] pg. 60	Objeto: Morador Instrumento: Conversa, negociação e confiança Finalidade: Higiene Pessoal
Atenção à singularidade de cada morador pg.60	Objeto: Morador Finalidade: Atenção a singularidade do morador
Eles sabem fazer as coisas na casa, eles colaboram, não podem ficar só deitados, eles sabem tudo. [C1] pg.60	Objeto: Morador Instrumento: Atividades da casa Finalidade: Participação na rotina da casa
Atenção voltada para uma nova rotina, nunca antes vivida, dessa forma, a sua recuperação não será moldada e sim poderão construir um novo modo de viver. pg.60	Objeto: Rotina Finalidade: Construção de um novo modo de viver

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador ou Problemática
Tudo que eles compram trazem nota fiscal, tudo isso é parte do nosso trabalho. [C1] pg.60	Objeto: Morador Finalidade: Fazer compras e levar nota fiscal
Todos eles têm autonomia, vai, compra o que quer, passeiam [] [C2] pg.60	Objeto: Autonomia Instrumento: Compra e passeio
Busca por agradar os moradores de todas as formas, do bolo que eles mais gostam até o programa de TV que mais agrada. Pg.60	Objeto: moradores Instrumento: bolo e programa de TV Finalidade: agradar
São referenciados pelos moradores como pais. Pg.61	Problemática
Produtor de novas práticas, o que favorece o surgimento de novos modelos de relação entre os sujeitos envolvidos. Pg.61	Objeto: sujeitos envolvidos Instrumento: novas práticas Finalidade: novos modelos de relação
Eu trabalho com o colega hoje, se ele não dá continuidade ao trabalho, influi, nunca vai pra frente, o morador está querendo que aquele colega continue aquele trabalho [] [C1]. Pg.61	Objeto: morador Instrumento: Continuidade Finalidade: Concretização do trabalho Problemáticas: Falta de continuidade do trabalho
Cuidado articulado com a autonomia do morador. pg.61	Objeto: morador Instrumento: Cuidado Finalidade: autonomia
O lúdico se manifesta pelas iniciativas do cuidador, diretamente ligado a sua postura na prestação do cuidado. pg. 62	Objeto: cuidado Instrumento: iniciativas lúdicas Finalidade: prestação do cuidado
O cuidado com a dimensão afetiva está manifestado pela ligação entre um indivíduo e o outro. pg. 62	Objeto: cuidado Instrumento: ligação entre um indivíduo e o outro. Finalidade: cuidado com a dimensão afetiva
A paciência é uma ferramenta importante. Pg. 62	Instrumento: paciência Facilitador
Onde eles habitam, a comunidade já conhece eles, fica mais fácil de ter esse contato com a sociedade. [C2]. Pg.62	Objeto: morador Instrumento: comunidade onde habitam Finalidade: contato com a sociedade Facilitador: comunidade já conhecê-los
A satisfação profissional vai além da remuneração financeira. Pg. 63	Facilitador
Os principais produtos do cuidado produzido no SRT é a melhora do quadro clínico dos indivíduos, a adaptação, o acolhimento e o conforto para o usuário. Pg.63	Objeto: cuidado Finalidade: Melhora do quadro clínico dos indivíduos, a adaptação, o acolhimento e o conforto para o morador
Vinculação do morador com a família. Pg. 63	Objeto: morador Finalidade: Vinculação com a família
Fazer do morador um ser integrante e atuante na sociedade. Pg.63	Objeto: morador Finalidade: Integração e atuação na sociedade.
Preocupação em proporcionar conforto e comodidade aos moradores. Pg. 63	Objeto: morador Finalidade: Proporcionar conforto e comodidade

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador ou Problemática
Quantidade pequena de cuidadores. Pg. 64	Problemática
Responsáveis pelas tarefas domésticas, controle dos suprimentos, acompanhamento dos moradores às consultas médicas, atividades no CAPS e de lazer. Pg. 64	Objeto e finalidade
A maior dificuldade é quando um morador precisa ficar hospitalizado, a gente tem que acompanhar Eles tão envelhecendo, as questões clínicas vêm também.[C2] pg.64	Objeto: envelhecimento e questões clínicas Instrumento: acompanhar na hospitalização Finalidade: acompanhar Problemática
Aqui a gente busca essa ressocialização de fato [] [C5] pg.64	Objeto e finalidade: ressocialização
Aqui é um a relação muito mais próxima, aqui a gente faz de tudo pra que eles se sintam em casa, a casa é sua! [C5] pg.64	Objeto: morador Finalidade: Sentir-se em casa
Transição de um ambiente composto por pessoas psiquiátricas, para a leveza de um lar harmônico não é uma tarefa fácil, mas é possível. pg.64	Objeto: Pessoas psiquiátricas Finalidade: Ambiente harmônico
Confiança e a relação de respeito com o próximo é imprescindível. pg.64	Instrumento e finalidade: Confiança e a relação de respeito Facilitador
Interlocução do morador com o meio social e atividades cotidianas. pg.65	Objeto: morador Finalidade: Interlocução do morador com o meio social e atividades cotidianas
Ressocialização do paciente, ajudando a se tornar um morador comum, que pode fazer o que bem entender, sempre com supervisão e apoio profissional adequado.	Objeto: Morador Instrumento: supervisão e apoio profissional adequado. Finalidade: Ressocialização

Analise 5	Que eles falem por si: relatos dos profissionais sobre a experiência
Título	nas residências terapêuticas ⁴⁹
Ano	2011
País	Brasil
Metodologia	Pesquisa qualitativa
Método	Entrevista semiestruturada, diário de campo e observação sistemática.
Base de	Google
Dados	
Tipo de estudo	Artigo
Descritores	Mental health, Disinstitutionaliza-tion, Assisted living facilities
	Saúde mental, Desinstituciona-lização, Moradias assistidas
Objetivo do	Conhecer quais as dificuldades enfrentadas pelos profissionais na prática
Estudo	de cuidado delineada a partir do referido serviço e identificar quais são as
	perspectivas por eles apontadas para os(as) moradores(as).
População	10 Cuidadores
Conceito	Trabalho
Contexto	SRT - Campina Grande, Paraíba

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador e Problemática
Ausência de dificuldades no cuidado	Facilitador e Problemática
Percepção de que a qualidade da atenção prestada no SRT leva à avanços no processo de recuperação e ressocialização do morador, o que não ocorria no manicômio. pg. 2093	Facilitador
Satisfação profissional decorre não apenas da remuneração. pg. 2093	Facilitador e Problemática
Cuidar pressupõe um retorno do usuário, seja em melhoria da condição clínica, da ambiência qualificada para o acolhimento e conforto para os usuários, seja na retomada possível da vinculação com a família dos sujeitos. pg. 2093	Objeto: Cuidar Finalidade: Melhoria da condição clínica, acolhimento e conforto para os usuários, retomada do vinculo familiar.
A dificuldade que eu encontro nessa prática é a questão da capacitação, que é preciso ter mais capacitação continuada pra os profissionais que trabalham com saúde mental (P., 3). pg. 2093	Problemática
Manejo, no contato e nos cuidados diários com os moradores. pg. 2093	Objeto: Moradores Instrumento: Manejo Finalidade: contato e cuidados diários com os moradores.
A função de cuidador é, realmente, cuidar deles, dar atenção a eles(P., 7) pg. 2093	Objeto: Moradores Instrumento: Atenção Finalidade: cuidar
Dilema entre cuidar da casa e cuidar dos moradores. pg. 2093	Problemática

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador e Problemática
Interação com o morador é fator de grande influência na recuperação e na reabilitação deste, pois permite que o profissional conheça as dificuldades concretas e materiais do que significa viver com o sofredor psíquico. pg. 2094	Objeto: Dificuldades concretas e materiais do morador Instrumento: Interação Finalidade: recuperação, reabilitação
Competência e disponibilidade, capacidade de abrir mão do poder que subjetivamente exerce sobre o morador, partindo do princípio de que a última palavra e a solução dos problemas estão em cada pessoa. pg. 2094	Objeto: morador Instrumento: Competência, disponibilidade e capacidade de abrir mão do poder Finalidade: Autonômia
Usuário ou profissional tem o seu valor e a sua função, contribuindo com o que pode, cada um ajudando a enfrentar seus medos, suas frustrações, facilitando, a superação dos obstáculos diários da vida em sociedade. pg. 2094	Objeto: medos e frustrações Instrumento: Usuários e profissionais Finalidade: superação de obstáculos diários
Carência de suporte e, principalmente, de estrutura física das moradias. pg. 2094	Problemática
Dificuldade com o entrosamento da família dos usuários dificuldade de inserir essa família no processo de reinserção social deles. (P., 2) pg. 2094	Objeto: Família Finalidade: inserir família no processo de reinserção social Problemática
A gente espera que eles voltem a conviver no seu lar, com a sua família, que, pra eles, vai ser bem melhor voltar a viver dentro do seu próprio lar, sendo essa a expectativa da saúde mental. (P., 4) pg. 2095	Objeto: Morador Finalidade: Convivência e inserção na família
"inserção dos moradores no mundo do trabalho" pg.2096	Objeto: Morador Finalidade: inserção no mundo do trabalho
O principal é tentar fazer com que eles possam, eles morem sozinhos, eles mesmos cuidem da casa, façam a alimentação deles. O técnico vai ficar só observando, mas eu acho que tem que ser um período muito grande(P., 8) pg.2096	Objeto: Morador Finalidade: Morar sozinhos, cuidar da casa, alimentação.
Cuidado que é produzido na casa, ou a partir da casa, quer seja na rua, quer seja no supermercado, no cinema, no banco, na escola, enfim, nos inúmeros lugares de circulação do sujeito pelo território. pg.2096	Objeto: Cuidado Instrumento: Locais de circulação e na própria casa Finalidade: Cuidado

Analise 6	Cuidar em novo tempo: o trabalho de cuidadores com pacientes
Título	psiquiátricos em moradias ³³
Ano	2011
País	Brasil
Metodologia	Qualitativa
Método	Observação participante/entrevistas em profundidade/ Etnográfico, com o suporte teórico da Antropologia Interpretativa.
Base de Dados	Google Acadêmico
Tipo de estudo	Artigo
Descritores	Cuidadores; Assistência em Saúde Mental; Moradias Assistidas; Reabilitação Caregivers; Mental Health Assistance; Assisted Living Facilities; Rehabilitation.
Objetivo do Estudo	O objetivo deste estudo foi analisar o trabalho de cuidadores de pacientes psiquiátricos, em dois tipos de serviços residenciais terapêuticos.
População	11 cuidadores + 4 supervisores
Conceito	Trabalho
Contexto	Moradias Assistidas do Instituto Nise da Silveira - Rio de Janeiro e SRTs do entorno

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador e Problemática
Serviço de grande estrutura, com número excessivo de moradores (portadores de condições de saúde bastante diferenciada), que pretende ser moradia. Nesse caso, o ambiente dificulta, sobremaneira, seu gerenciamento, e a viabilização da proposta de um olhar individualizado, direcionado aos moradores. Pg. 4	Problemática
Proximidade e cuidado, observadas na ação do cuidador em relação direta com o morador, se potencializam pela intimidade que o espaço (das RTs) produz. Pg.5	Objeto: Morador Instrumento: Relação e espaço Finalidade: Proximidade e cuidado
Capacitação para o cuidado de pacientes psiquiátricos em moradias. Pg.5	Facilitador
Atividades voltadas à reabilitação psicossocial que tenham como eixo norteador a moradia; Pg. 5	Objeto: Moradia Instrumento: Atividades Finalidade: Reabilitação Psicossocial
Atividades da vida diária (AVD), destinadas à estimulação do autocuidado, à gestão domiciliar, ao lazer e trabalhos assistidos, entre outras. Pg. 5	Objeto: Morador Instrumento: AVDs Finalidade: Estimulação do autocuidado, à gestão domiciliar, ao lazer e trabalhos assistidos
"Quando é muito urgente, eu peço socorro, né? Corro pra supervisora, se não encontrar a supervisora eu vou pra coordenadora, quando é uma coisa que dá pra resolver, eu faço" (C1). Pg. 5	Objeto: Trabalho Instrumento: Supervisão e coordenação Finalidade: Apoio

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador e Problemática
Acompanhamento das ações dos cuidadores, feito pela supervisão, promove a diretriz desse trabalho. Pg. 5	Facilitador
Era uma dor no dedo, dor de cabeça, a gente se interessava, e saíamos com eles Procurávamos hospitais fora, pra dar uma melhor qualidade de vida". (C10) pg.5	Objeto: Morador Instrumento: Hospitais Finalidade: Qualidade de vida
"Ah! sim, a proximidade é importante, porque eles precisam ter em quem confiar. Mais que uma confiança, é um vínculo muito grande que eu acho muito importante ao portador de transtorno. E a chegada do cuidador já aproxima um pouco mais, porque ele sai da casa, da família, entra pra uma enfermaria e só encontra o pessoal que só vê procedimento. Cuidador fica mais próximo, com mais carinho com eles." (C10)	Objeto: Morador Instrumento: Proximidade Finalidade: Vinculo
Saber fundado essencialmente na experiência, é possível que suas vivências sejam trazidas e circulem pelos espaços de moradias e entre os moradores, como propostas de atuação. Pg. 5	Objeto: Morador Instrumento: Experiência e vivências do cuidador Finalidade: Atuação
Ações potencialmente voltadas para o autoconhecimento, conhecimento, subjetivação, reabilitação dos moradores, mas que podem resvalar para o assistencialismo, quando o saber técnico não é adequado ao trabalho Tela 5	Objeto: Moradores Instrumento: ações Finalidade: autoconhecimento, conhecimento, subjetivação, reabilitação Problemática
Associação do cuidado a carinho e paciência Tela 6	Problemática
O cuidado concebido como trabalho de equipe, para ser realizado, depende de atributos pessoais do cuidador, o que se revela na vinculação entre a confiança na pessoa do cuidador e o estabelecimento do vínculo necessário ao cuidado, assim como na priorização de qualidades pessoais e relações diretas, em sobreposição às relações mediadas por trabalho e competência técnica. Tela 6	Problemática
Trabalho mais individualizado nas moradias, como a apropriação de espaços e objetos pelos moradores, retomada de vida social na comunidade, valorização de questões clínicas e psíquicas a serem trabalhadas ou tratadas diferenciadamente. Tela 6	Objeto: Morador Instrumento: Trabalho mais individualizado Finalidade: apropriação de espaços e objetos, retomada de vida social na comunidade, valorização de questões clínicas e psíquicas

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador e Problemática
Nós temos que desconstruir o espaço manicomial, não é isso? Ele [o morador] tem direito de dizer o que tá ruim se não quer essa comida não é? E ter liberdade Na enfermaria, era aquilo: só remédio, comida, banho e acabou. Aqui, eles questionam: onde é que eu vou tomar banho? (C3). Tela 6	Objeto: Morador Instrumento: Liberdade Finalidade: Liberdade de escolha e expressão
Rede de negociação que "põe no centro das questões não a autonomia, mas a participação" (do morador) Tela 6	Objeto: Morador Instrumento: Rede de negociação Finalidade: Participação
conquista de liberdade e autonomia pelos moradores, em sua caminhada na direção da reabilitação psicossocial. Isso resulta, basicamente, do trabalho do cuidador, por meio da realização das atividades da vida diária. Tela 7	Objeto: Morador Instrumento: atividades da vida diária Finalidade: conquista de liberdade e autonomia
Construção de novas possibilidades de vida precisa ser diário, regular, constante, de longo prazo, talvez para sempre. Tela 7	Objeto: Morador Instrumento: Continuidade Finalidade: Construção de novas possibilidades de vida Facilitador: Continuidade
trabalho com moradores e não pacientes. Aí se estabelecem os contornos do cuidado direcionado à promoção de postura mais ativa dos não pacientes. Tela 7	Objeto: Morador Instrumento: Cuidado Finalidade: Promoção de postura mais ativa
Disponibilidade e de potencial de relacionamento com os pacientes psiquiátricos, aparentemente capaz de dar novas perspectivas às perdas que, à primeira vista, podem parecer irreversíveis.	Objeto: pacientes psiquiátricos Instrumento: Disponibilidade e potencial de relacionamento Finalidade: Novas perspectivas às perdas

Analise 7 Título	Train the trainer? A randomizedcontrolled trial of a multi-tieredoral health educationprogramme in community-basedresidential services for adultswith intellectual disability ⁵¹	
Ano	2013	
País	Irlanda	
Metodologia	Misto – Quanti e Quali, ensaio clínico controlado com randomização por cluster, comparando as variáveis pré-teste e pós-teste entre os grupos controle e intervenção.	
Método	Questionários postais , grupo de intervenção e grupo controle.	
Base de Dados	PUBMED	
Tipo de estudo	Artigo	
Descritores	behavioral science; dental healtheducation; dental health promotion;program evaluation; special care	
Objetivo do Estudo	i niveis sonte a equine de atendimento a nessoas com deticiencia	
População	154 Cuidadores (care staff)	
Conceito	Trabalho	
Contexto	50 Serviços residenciais comunitário para adultos com deficiência mental em Dublin (residential care)	

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador e Problemática
O cuidador facilita muitas atividades da vida diária, incluindo cuidados de saúde bucal, para pessoas dependentes. Pg 182	Objeto: Pessoas dependentes Instrumentos: Cuidadores Finalidade: Atividades de Vida Diária
A saúde bucal pode não ser uma prioridade para os cuidadores. Diz-se que isso reflete um treinamento inadequado e não uma apatia. pg 183	Objeto: Saúde Bucal Finalidade: Saúde Bucal Problemática
Onde as pessoas dependem da equipe de atendimento às suas necessidades de saúde, qualquer intervenção deve abordar o comportamento da equipe de atendimento para melhorar a saúde. Pg 183	Facilitador
Conhecimento é reconhecido como um pré- condição necessária para a mudança de comportamento, segundo alguns modelos pg. 183	Facilitador
A intenção de comportamento nem sempre leva à mudança de comportamento (pg183)	Problemática
Treinamento do instrutor poderia melhorar o conhecimento, a atitude, a autoeficácia e o comportamento pg 183	Facilitador

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador e Problemática
É geralmente aceito que as intervenções educacionais podem melhorar os resultados psicométricos, incluindo conhecimentos, atitudes, crenças e comportamento, embora exista alguma discordância quanto à extensão e durabilidade dos efeitos, principalmente quanto às atitudes pg 190	Facilitador
Relato de conhecimento e atitudes aprimorados imediatamente após o treinamento, mas não há relato do impacto a longo prazo. Pg 190	Facilitador

Analise 8 Título	Burnout in Nonhospital Psychiatric Residential Facilities ⁴⁴
Ano	2009
País	Italia
Metodologia	Quanti e Qualitativo / Amostra de conveniências
Método	Questionário
Base de Dados	PUBMED
Tipo de estudo	Artigo
Descritores	Sem Descritores
Objetivo do Estudo	Este estudo avaliou os níveis e fatores de risco de burnout em uma amostra de profissionais de saúde mental empregados em instalações residenciais psiquiátricas não hospitalares do norte da Itália.
População	202 Profissionais de instalações residenciais não-hospitalares com predominância de mulheres faixa etária entre 35 e 44 anos.
Conceito	Trabalho/ Burnout
Contexto	Instalações residenciais não hospitalares Norte da Itália

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador e Problemática
Estressores associados ao trabalho incluem	
sobrecarga, pressão de tempo, falta de pessoal, clima social negativo no local de trabalho, conflitos com pacientes, segurança no trabalho e mudanças organizacionais pg. 1547	Problemática
Foi reconhecido que as características do trabalho (incluindo feedback sobre desempenho no trabalho, autonomia e suporte social) influenciam a satisfação no trabalho e o envolvimento no trabalho pg	Problemática
A maioria dos entrevistados (N = 115,57%) afirmou que seu trabalho atual correspondia às suas aspirações pg. 1548	Facilitador
Intensidade do risco de burnout associado a variáveis específicas relacionadas ao trabalho. Pg. 1550	Problemática
Baixo retorno de resultados, baixa identidade de tarefas e pouco apoio dos coordenadores foram os principais fatores relacionados ao trabalho associados ao burnout pg. 1550	Problemática
Tanto o feedback sobre os resultados quanto a identidade da tarefa podem influenciar o nível de motivação interna, envolvimento no trabalho e satisfação no trabalho. Pg. 1550	Facilitador
O apoio social é o recurso mais amplamente estudado, e há fortes evidências de que a falta de apoio está ligada ao esgotamento. Pg. 1550	Facilitador: apoio social

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador e Problemática
A reabilitação psicossocial de pacientes com doença mental grave implica resultados mais duradouros do que imediatos e os profissionais precisam trabalhar em equipe. Pg. 1550	Objeto: pacientes com doença mental grave Instrumento: trabalho em equipe Finalidade: Reabilitação psicossocial
A comunicação entre os profissionais diariamente e em reuniões de rotina é importante não apenas para contribuir para a consecução dos objetivos terapêuticos, mas também para dar aos trabalhadores a oportunidade de receber feedback sobre o desempenho e vincular atividades ao mundo, visa e promove a participação na tomada de decisões. Pg. 1550	Objeto: Trabalho Instrumento: comunicação entre os profissionais diariamente e em reuniões de rotina Finalidade: consecução dos objetivos terapêuticos e receber feedback
A carga de trabalho não estava associada ao esgotamento quando outras variáveis foram levadas em consideração. Pg. 1550	Facilitador
Características do emprego, particularmente os aspectos relacionais, desempenham um papel crucial na indeterminação do burnout. Pg. 1550	Facilitador
A idade é a variável demográfica mais forte associada ao burnout (2), provavelmente pela falta de estratégias que os funcionários mais jovens desenvolveram para lidar com as dificuldades do trabalho. Pg. 1550	Problemática
Iniciativas focadas em melhorar as relações no local de trabalho e melhorar os recursos, como feedback sobre resultados, identidade de tarefas e apoio de coordenadores, parecem necessárias para reduzir o risco de síndrome de burnout. Pg. 1550	Facilitador

Analise 9 Título	Enhancing staff attitudes, knowledge and skills insupporting the self- determination of adults with intellectual disability in residential settings in HongKong: a pretest–posttest comparison group design ⁴⁶
Ano	2008
País	China
Metodologia	Quanti e Qualitativo
Método	O grupo de comparação pré-teste e pós-teste foi adotado. Trinta e dois participantes de um grupo experimental participaram de um programa de treinamento de seis sessões. A escala de auto-construção de um item de 34 itens foi projetada e usada para medir a eficácia do treinamento da equipe.
Base de Dados	PUBMED
Tipo de estudo	Artigo
Descritores	Attitude–knowledge–skills model, HongKong, instructional strategies, intellectual disability,self-determination, staff training
Objetivo do Estudo	O objetivo deste estudo foi examinar a eficácia do treinamento da equipe no aprimoramento das atitudes, conhecimentos e habilidades da equipe residencial, para ajudar os residentes com DI a exercer autodeterminação.
População	45 membros da Equipe de serviços residenciais (staff of residential services) – predominantemente do sexo feminino, idade entre 20 e 59 anos.
Conceito	Trabalho
Contexto	Instituição residencial para deficientes mentais em Hong Kong

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador e Problemática
Desempenham um papel vital em influenciar as experiências e oportunidades diárias dos residentes pg. 231	Objeto: Residentes Instrumento: cuidador Finalidade: Influenciar as experiências e oportunidades diárias dos residentes
Aprimoramento da autodeterminação dos indivíduos (moradores) que compete: (1) atendimento de necessidade básica; (2) respeito e aceitação; (3) oportunidades de autodeterminação; (4) reforço positivo para tentativas de exercício do controle pessoal; (5) participação e inclusão; (6) a disponibilidade de modelos; e (7) programação e suporte individualizados. Pg	Objeto: Residentes Instrumento: Atividades de autodeterminação Finalidade: aprimorar a autodeterminação
Pessoas próximas a indivíduos com DI (por exemplo, equipe de suporte) podem, consciente e / ou inconscientemente, oferecer menos oportunidades de controle pessoal a indivíduos com DI. Pg 232	Problemática

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador e Problemática
Variáveis ambientais vivas (por exemplo, operação do programa e rotinas diárias) fizeram uma significativa contribuição para o controle pessoal dos residentes pg. 232	Objeto: residentes Instrumento: Variáveis ambientas (operação do programa e rotinas diárias) Finalidade: Controle dos residentes
Criatividade para facilitar a autodeterminação entre os residentes. P.232	Objeto: residentes Instrumento: Criatividade Finalidade: facilitar a autodeterminação
Entender e aceitar a importância da independência, assertividade e criatividade para pessoas com DI p. 232	Problemática
Aprender as habilidades reais para facilitar a autodeterminação, já que muitas delas não foram socializadas culturalmente para isso. Pg. 233	Facilitador
Podem não perceber a importância de promover a autodeterminação. Pg. 233	Problemática
Recorrem a seus próprios valores e padrões de comportamento para lidar com as questões diárias dos residentes. pg. 233	Objeto: Questões diárias Instrumento: Valores e padrões próprios Finalidade: lidar com as questões diárias dos residentes. Problemática
O treinamento permite que a equipe avalie seus antigos valores e padrões comportamentais e desenvolva novos valores e padrões que sejam consistentes com o novo conhecimento adquirido durante o treinamento p.233	Facilitador
Aquisição de conhecimento e as habilidades necessárias para reconhecer e responder às preferências faladas e não expressas de seus residentes Pg.233	Objeto: Residentes Instrumento: Aquisição de conhecimento e habilidade Finalidade: Reconhecer e responder às preferências faladas e não expressas
Apoiar os residentes na tomada de decisões, definição de metas, solução de problemas e assim por diante. Pg.233	Objeto: Residentes Finalidade: Apoio na tomada de decisões, definição de metas, solução de problemas
Identificado mudanças positivas no desempenho da equipe depois que a equipe recebeu treinamento que utilizou várias técnicas instrucionais pg.237	Facilitador

Analise 10	Mental health, burnout and job satisfaction among professionalsin	
Título	sheltered living in FlandersA pilot study ⁴⁷	
Ano	2004	
País	Bélgica	
Metodologia	Quantitativa	
Método	Aplicação de testes	
Base de Dados	PUBMED	
Tipo de estudo	Artigo	
Descritores	expressed emotion – staff – shelteredliving – burnout – job circumstances	
Objetivo do	Examinar a relação entre Emoção Expressa (EE) e a experiência de	
Estudo	esgotamento dos profissionais, bem como sentimentos de bem-estar e	
Estudo	satisfação no trabalho.	
Donulosão	52 Staff professional – predominância de mulheres com idade média entre	
População	34,8 anos	
Conceito	Trabalho / Burnout	
Contexto	9 casas abrigadas (sheltered-living) em Flandres norte da Bélgica	

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador e Problemática
Sofrem (cuidadores) de uma ampla gama de comportamentos e atitudes problemáticos, como sintomas positivos, agressão física e verbal, que podem ser muito graves, difíceis de resolver e duradouras pg. 569	Problemática
Embora o aconselhamento de reabilitação psiquiátrica seja um trabalho em equipe, esses profissionais mantêm contatos individuais com seus clientes na maioria das vezes. Pg 569	Objeto: residente Instrumento: Acompanhamento individualizado Facilitador
Precisam lidar com situações de crise sozinhos, contando apenas com suas próprias capacidades profissionais e intuição. Pg.569	Objeto: Crise Instrumento: Capacidades próprias e intuição Finalidade: Lidar com a crise
Podem ficar desapontados, insatisfeitos, frustrados e desanimados e até experimentar o esgotamento. pg 569	Problemática
Podem sofrer sentimentos de esgotamento e também podem receber aconselhamento como um fardo. Pg. 569	Problemática
Sentimentos de desgaste e insatisfação no trabalho nas relações dos profissionais estão correlacionados com as características pessoais dos profissionais, as características de seus clientes, a gerência e o ambiente de trabalho. pg . 569	Problemática
A relação terapêutica ou o clima emocional entre um profissional e um cliente possa estar associado ao esgotamento. pg . 569	Problemática

Conceitos encontrados	Categoria de Análise Processo de Trabalho Objeto, Instrumento, Finalidade Facilitador e Problemática
O trabalho dos profissionais é caracterizado pelo envolvimento contínuo e direto com as pessoas. pg .569	Objeto: Residente Instrumento: Envolvimento contínuo e direto Finalidade: Trabalho
Como essa população de pacientes sofre de problemas graves e duradouros, seu progresso geralmente leva anos e depois ocorre apenas em etapas muito pequenas. Assim, os profissionais podem ter a impressão de que suas intervenções não são bem-sucedidas. Pg. 572	Problemática
O aconselhamento desses profissionais baseia-se nos princípios da reabilitação psiquiátrica, um dos quais é o de ajudar os residentes a funcionar da maneira mais independente possível, e isso com base nas necessidades, preferências e desejos dos residentes. Pg. 573	Objeto: preferências e desejos dos residentes Instrumento: aconselhamento e princípios da reabilitação Finalidade: Independência
Em vez de tratar os residentes de maneira paternalista, o profissional age mais como um facilitador. Pg. 573	Objeto: residentes Instrumento: Profissional age como facilitador Finalidade: Não ser paternalista
Ajuda os residentes em tempos de crise e os ajudando a reconciliar os cuidados de que necessitam com seus desejos e necessidades percebidas. Pg. 573	Objeto: Crise Instrumento: reconciliar os cuidados de que necessitam com seus desejos e necessidades percebidas Finalidade: Ajudar em tempos de crise
É possível que os profissionais mantenham distância do residente com baixa frequência de contato emocional influência de questões negativas nas circunstâncias de trabalho dessas profissões, como a carga de trabalho alta, falta de treinamento profissional e até pela experiência em lidar com os residentes . Pg. 573	Problemática
Parece que profissionais que prestam mais atenção a seus residentes e os tratam de maneira pessoal são identificados pelos residentes como os mais críticos. Pg. 573	Problemática

Anexo 9.3 – Tabulação dos dados

Analises	Objeto	Instrumento	Finalidade
1	Atividades domésticas		Atividades domésticas
1	Atividades terapêuticas	Atividades terapêuticas	Atividades terapêuticas
1	Pessoa com transtorno mental	Atividades	Autonomia
1	Individuo		Lidar com a incapacidade
1	Morador		Lazer e socialização
1	Procedimentos de saúde	Procedimentos de saúde	Procedimentos de saúde
1		Médico ou enfermeiro	
1	Morador	Vinculo	Assistência
1		Afeto e empatia	
1		Boas relações entre os profissionais	Cuidado
1	Pessoas com transtornos mentais	Conhecimento prévio	Potencialização do Trabalho
1	Sujeito com transtorno mental	Percepção	Prática assistencial
1		Troca de experiências	
1	Morador	Aproximação social	Ações assistenciais e satisfação dos moradores
1		Motivação	Assistência
2	Espaço físico da casa	Atividades domésticas	Espaço físico da casa
2	Higiene pessoal		Higiene pessoal
2	Medicação		Medicação
2	Morador		Consultas
2	Passeio	Passeio	Passeio
2	Brigas e delírios		Manejo
2	Crise	Experiência empírica	Resolver conflitos
2	Morador	Vivências	Entender o Trabalho
2	SRT		Tornar a residência um lar
2	Morador	Experimentações e novas vivências	Descoberta de desejo e escolhas
2	Conflito	Sistema de privilégio	Lidar com conflito
2	Morador	Infantilização	Lidar com o dia a dia
2	Medo		
2	Singularidade individual	Construção coletiva	Comodidade e expansão
2	Papel e construção da moradia		Mudança do modelo de tutela para autonomia
2	Crise	CAPS	Apoio
2	Falta de verba	Verba	
2	Moradores	Serviços e profissionais	Lidar com os moradores
2	SRT	Vizinhança	Rede de apoio
2	Trabalho	Vivências, intuições	Trabalho
2	Doença mental	Posturas e olhares manicomiais	Reprodução da logica manicomial

Analises	Objeto	Instrumento	Finalidade
3	Situação de Crise		
3	Alimentação	Empresa	Preparo da alimentação
3	Alimentação	AVD	Ensinar a se alimentar
3	Morador infantilizado		Cuidar
3	Medicação e cigarro no horário		Dar medição e cigarro
3	Contorno crise		Contorno crise
3	Morador	Cuidador	Reinserção social e exercício de sua cidadania
3	Morador e comunidade		Lidar com conflitos
3	Questões conflituosas	Intervenções do cuidador	Conflitos não chegar aos superiores
3	Comunidade		Sociedade aprender a conviver com os residentes de SRT
3	Situações de conflito na comunidade	Restrições as saídas de moradores à rua	Resolução do embate e resguardo ao morador
3	Moradores	Dispositivos oferecidos pelo lugar	Circulação dos moradores
3	Ocorrências dentro do serviço		Contornar as ocorrências
4	Cuidador	Formas de cuidado	Quebra com a lógica manicomial
4	Morador	Desinstitucionalização	Inclusão na sociedade
4	Morador	Cuidador	Adaptação do morador
4	Cuidar	Cuidador	Cuidar
4	Problemas de ordem de convivência	Elos com o cuidador	Solucionar problemas de ordem de convivência
4	Morador	Conversa, negociação e confiança	Higiene pessoal
4	Morador		Atenção a singularidade
4	Morador	Atividades da casa	Participação na rotina da casa
4	Rotina		Construção de novas formas de viver
4	Morador		Fazer compras e levar nota
4	Autonomia	Compra e passeio	
4	Moradores	Bolo e programa de TV	Cuidadores agradar os moradores
4	Sujeitos envolvidos	Novas práticas	Novos modelos de relação
4	Morador	Continuidade	Concretização do trabalho
4	Morador	Cuidado	Autonomia
4	Cuidado	Iniciativas Iúdicas	Prestação do cuidado
4	Cuidado	Ligação entre um indivíduo e o outro.	Cuidado com a dimensão afetiva
4		Paciência	
4	Morador	Comunidade onde habitam	Contato com a sociedade

Analises	Objeto	Instrumento	Finalidade
			Melhora do quadro clínico dos
	0.11.1.		indivíduos, a adaptação, o
4	Cuidado		acolhimento e o conforto para
			o morador
4	Morador e família		Vinculação com a família
4	Morador		Integração e atuação na sociedade
4	Morador		Proporcionar conforto e comodidade
4	Controle dos suprimentos		Controlar dos suprimentos
4	Atividades CAPS		Acompanhamento
4	Atividades de lazer		Acompanhamento
4	Envelhecimento e questões clínicas	Acompanhar na hospitalização	Acompanhar
4	Ressocialização		Ressocialização
4	Morador		Sentir-se em casa
4	Pessoas psiquiátricas		Ambiente harmônico
4		Confiança e a relação de	Confiança e a relação de
4		respeito	respeito
4	Morador		Interlocução do morador com o meio social e atividades cotidianas
4	Morador	Supervisão e apoio profissional adequado	Ressocialização
5	Cuidar		Melhoria da condição clínica, acolhimento e conforto
5			Para os usuários, retomada do vinculo familiar
5	Moradores	Manejo	Contato e cuidados diários com os moradores
5	Moradores	Atenção	Cuidar
5	Dificuldades concretas e materiais do morador	Interação	Recuperação, reabilitação
5	Morador	Competência, disponibilidade e capacidade	Autonomia
5		De abrir mão do poder	
5	Medos e frustações	Usuários e profissionais	Superação de obstáculos diários
5	Família		Inserir família no processo de reinserção social
5	Morador		Convivência e inserção na família
5	Morador		Inserção no mundo do trabalho
5	Morador		Morar sozinhos, cuidar da casa, alimentação
5	Cuidado	Locais de circulação (rua, escola, banco) e na própria casa	Produção de cuidado
6	Morador	Relação e espaço físico	Proximidade e cuidado
6	Moradia	Atividades	Reabilitação psicossocial

Analises	Objeto	Instrumento	Finalidade
6	Morador	AVDS	Estimulação do autocuidado, à gestão domiciliar, ao lazer e trabalhos assistidos
6	Trabalho	Supervisão e coordenação	Apoio
6	Morador	Hospitais clínicos	Qualidade de vida
6	Morador	Proximidade	Vinculo
6	Morador	Experiência e vivências do cuidador	Atuação
6	Moradores	Ações	Autoconhecimento, conhecimento, subjetivação, reabilitação
	Morador	Trabalho mais individualizado	Apropriação de espaços e objetos, retomada de vida social na comunidade, valorização de questões clínicas e psíquicas
6	Morador	Liberdade	Liberdade de escolha e expressão
6	Morador	Rede de negociação	Participação
6	Morador	AVD	Conquista de liberdade e autonomia
6	Morador	Continuidade	Construção de novas possibilidades de vida
6	Morador	Cuidado	Promoção de postura ativa
6	Pacientes psiquiátricos	Disponibilidade e potencial de relacionamento	Novas perspectivas às perdas
7	Pessoas dependentes	Cuidadores	AVD
7	Saúde bucal	Saúde bucal	
8	Pacientes com doença mental grave	Trabalho em equipe	Reabilitação psicossocial
8	Trabalho	Comunicação entre os profissionais diariamente e em reuniões de rotina	Consecução dos objetivos terapêuticos e receber feedback
9	Residentes	Cuidador	Influenciar as experiências e oportunidades diárias dos residentes
9	Residentes	Atividades de autodeterminação	Aprimorar a autodeterminação
9	Residentes	Variáveis ambientais (operação do programa e rotinas diárias)	Controle dos residentes
9	Residentes	Criatividade	Facilitar a autodeterminação
9	Questões diárias	Valores e padrões próprios	Lidar com as questões diárias dos residentes
9	Residentes	Aquisição de conhecimento e habilidade	Reconhecer e responder às preferências faladas e não expressas

Analises	Objeto	Instrumento	Finalidade
9	Residentes		Apoio na tomada de decisões, definição de metas, solução de problemas
10	Residente	Acompanhamento individualizado	
10	Crise	Capacidades próprias e intuição	Lidar com a crise
10	Residente	Envolvimento contínuo e direto	Trabalho
10	Cuidador	Desenvolvimento de métodos	Lidar com o estresse, sentimentos e exaustão
10	Preferências e desejos dos residentes	Aconselhamento e princípios da reabilitação	Independência
10	Residentes	Profissional age como facilitador	Não ser paternalista
10	Crise	Reconciliar os cuidados de que necessitam com seus desejos e necessidades percebidas	Ajudar em tempos de crise

Anexo 9.4 - Protocolo da revisão de escopo

Protocolo da Revisão de Escopo

O PROCESSO DE TRABALHO DE CUIDADORES EM SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: REVISÃO DE ESCOPO

Carolina Jessica da Silva Salado¹

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira¹

1. Universidade de São Paulo

Autor correspondente:

Carolina Jessica da Silva Salado caroljs.salado@gmail.com

Objetivo

Analisar o estado atual dos estudos sobre o trabalho de cuidadores em serviços de moradia e saúde para pessoas com transtornos mentais no Barsil e no mundo.

Introdução

Ao longo da história é possível identificar diversos paradigmas que explicavam a doença mental e que se baseavam em diferentes concepções (mágico-religiosa; desequilíbrio dos processos naturais; religiosa, moral e biológica-médica¹) influenciando diretamente as tecnologias de cuidado em saúde mental, caracterizando assim os modelos assistenciais ofertados as pessoas com transtornos mentais graves.

Além das influências das concepções sobre o sofrimento mental, faz-se importante citar que o modelo assistencial em saúde mental é resultado de politicas sociais predominantes em um determinado momento histórico- político. Entende-se que Políticas Sociais é um conjunto de intenções e gestos que traduzem os interesses do Estado para assegurar a reprodução das relações sociais com base na divisão da sociedade em classes sociais².

Por um longo período a sociedade foi marcada pela exclusão de grupos sociais, tendo como justificativa as normas estabelecidos pelos grupos sociais dominantes. Deficientes, prostitutas, ladrões, desempregados, loucos e outros foram separados da sociedade para que a ordem social fosse estabelecida e mantida, surgindo assim às instituições asilares, que foram ao longo do processo histórico se reestruturando e se modificando.

Dentro de todo esse panorama surgem assim as instituições psiquiátricas, conhecidos como manicômios, que por um longo período caracterizaram o modelo assistencial em saúde mental no Brasil e em outros países ao redor do mundo.

A evolução histórico-social com relação às lutas de classes e por direitos sociais e humanos, assim como a evolução da concepção do processo saúde e doença, influenciou também as propostas do modelo de assistência em saúde mental.

Em diversos países da Europa e nos Estados Unidos inicia-se um processo de mudança de paradigma na concepção do transtorno mental. Conhecidos como *Movimentos de Reforma Psiquiátrica*, propunham, sobretudo entre outros objetivos, a democratização das relações entre profissionais e pacientes e o deslocamento da assistência do manicômio para serviços na comunidade^{3.}

No Brasil, a democratização do país no fim da década de 1980, a criação do Sistema Único de Saúde e a movimentação da luta de profissionais e familiares de pessoas com transtornos mentais, conhecido como Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, traz ao país novas propostas e perspectivas de assistência às pessoas com transtornos mentais por meio da criação de políticas públicas de saúde que instaura serviços de saúde mental abertos, territoriais e diversos, com paradigma de base psicossocial e que propõem uma mudança radical nas relações sociedade/louco/loucura pela inclusão social do louco; culminando assim o início do movimento da *Reforma Psiquiátrica Brasileira*.

O marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira é o projeto de Lei Nº 3.657, criado pelo Deputado Paulo Delgado em 1989, que propõem a construção de uma política equânime, inclusiva, extra-hospitalar e de base comunitária. Este projeto é consolidado 12 anos depois, com a aprovação da Lei nº 10.216 em 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de

transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental no Brasil⁴.

A Lei nº 10.216 oficializou o processo de implementação de políticas públicas em saúde mental direcionando a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiguiátricos para uma rede chamada substitutiva⁵.

Conhecidos como serviços ou políticas substitutivas, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivências (CECCO), os leitos em Hospitais Gerais, o Programa de Volta para Casa (PVC), entre outros; trabalham para a desinstitucionalização, reinserção e autonomia de portadores de transtornos mentais graves, assim como para a construção de um novo olhar e de um novo lugar social para essas pessoas⁶.

A escolha deste estudo refere-se a importância da continuidade e do fortalecimento das ações de desinstitucionalização para a superação total das instituições psiquiátricas e suas lógicas de funcionamento, ou seja, de mudança da condição da pessoa com transtorno mental grave de um sujeito de não-direitos e de excluído para a transformação em um cidadão de direitos e com poder contratual.

Segundo as estimativas do primeiro senso psicossocial realizado no Estado de São Paulo no ano de 2008 existiam aproximadamente 6349 pessoas internadas, dos quais a maioria estava em condição de partir para a ressocialização⁷ morando em Residências Terapêuticas (RT) e seguindo o tratamento, quando necessário, nas Redes de Atenção Psicossocial (RAPS).

De 2008 a 2014, houve pouco avanço nessa questão: o censo de 2014 mostrou que ainda havia 4.439 pacientes morando nesses hospitais. Esse número atual de moradores sinaliza as resistências e dificuldades em cumprir o que está assegurado por lei desde 2001 e preconizado pela política de saúde mental com relação à desinstitucionalização^{8.}

Assim, os dados do senso demonstram que há ainda muitas pessoas institucionalizadas e que possivelmente poderiam ser beneficiadas de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico entre eles os SRT, evidenciando deste modo a necessidade do aumento e implantação desse serviço e a necessidade de estudos sobre esse dispositivo.

98

Com a experiência de trabalho na gestão de um Serviço Residencial

Terapêutico (SRT), inspirada pelo compromisso ético e político com a redução da

segregação e com a reinserção social de pessoas portadoras de transtornos

mentais, me motivei na realização desta pesquisa por perceber que as ações e os

processos estabelecidos nesse serviço são aspectos importantes para a efetivação

da desinstitucionalização e não só da desospitalização de pessoas com transtornos

mentais graves.

Considerando que, no contexto dessa pesquisa, boa parte das ações e

processos estabelecidos num SRT são desempenhados por cuidadores, podemos

supor que a atuação desses profissionais é um elemento importante a ser

identificado na análise e/ou avaliação do trabalho realizado neste serviço.

Portanto, este estudo tem como foco os cuidadores que atuam em SRT ou

serviços semelhantes em outros locais do mundo, identificando elementos

relacionados ao trabalho destes profissionais nestes equipamentos, propondo-se a

realização de uma revisão sistemática de escopo no intuito de verificar o estado da

arte em relação a essa temática.

Pergunta de Revisão

O que tem sido produzido sobre o trabalho de cuidadores em Serviços

Residenciais Terapêuticos?

Palavras-chave

Português: Cuidador; Processo de Trabalho; Serviço Residencial

Terapêutico.

Inglês: Caregivers; Health Workforce; Community Mental Health Services.

Espanhol: Cuidadores; Fuerza Laboral em Saúde; Servicios comunitarios

de Salud;

Critério de inclusão

• Tipos de participantes: Cuidadores

Conceito: Trabalho

 Contexto: Serviço Residencial Terapêutico ou serviços similares de moradia ou cuidados de longa permanência para pessoas adultas com transtornos mentais ou deficiência mental;

Tipos de fontes

Esta revisão de escopo considerará estudos do tipo qualitativos, quantitativo e misto (quanti e qualitativos) com diferentes metodologias: descritiva e exploratória, abordagem etnográfica, ensaio clínico controlado com randomização, amostra de conveniências, assim como revisões sistemáticas a respeito do trabalho de cuidadores em serviços de saúde e moradia para pessoas com transtorno mental grave e que atendam aos critérios de inclusão estabelecidos para nesta revisão de escopo.

Estratégia de pesquisa

A partir dos elementos da estratégia PCC (População- Cuidadores, Conceito-Trabalho e Contexto- Serviço Residencial Terapêutico e serviços similares no mundo) e a pergunta da pesquisa, será realizada a busca pelos descritores de assunto. Os descritores pesquisados e estabelecidos serão os MeSH terms na PUBMED e DECs terms na LILACS/ BVS.

AS bases de dados escolhidas para localização de estudos serão a PUBMED, LILACS/BVS e google acadêmico. O manual JBI indica a utilização de pelo menos dois bancos de dados online apropriados relevantes para o tópico⁹.

Com os descritores estabelecidos, será realizado o levantamento dos artigos a partir da combinação dos descritores pesquisados e operadores booleanos. Com o objetivo de ampliar a possibilidade de busca relacionada aos contextos das SRT será usada para pesquisa a palavra desinstitucionalização/ Deinstitutionalization.

Para a pesquisa no Google Acadêmico, com o objetivo de viabilização do trabalho, será utilizado como filtro de pesquisa os últimos cinco anos (2014 – 2019) de publicação.

Os estudos publicados em português, inglês, espanhol serão considerados como potencialmente elegíveis para inclusão nesta revisão.

Os artigos identificados serão analisados de acordo com a relevância, por meio das informações do título e resumo, por dois revisores independentes.

Os artigos que parecerem compreendidos frente aos critérios de inclusão da revisão será selecionado para estudos. Se os revisores tiverem incertezas sobre a relevância de um estudo a partir do título e resumo, o artigo completo será incluído para análise.

Os critérios de inclusão referem-se aos estudos contemplarem a pergunta da pesquisa e aos elementos população, conceito e contexto.

Após análise integral dos estudos potencialmente elegíveis, dois avaliadores selecionarão os estudos, de forma independente em conformidade com os critérios de inclusão e do objetivo. Serão excluídos da presente revisão os estudos repetidos em diferentes bases de dados.

Extração dos dados

Os dados serão extraídos dos estudos incluídos na revisão por dois revisores independentes por meio do formulário de extração de dados orientado pelos objetivos da revisão. O formulário de extração de dados foi desenvolvido especificamente para esta revisão de escopo (Anexo 1), no qual permitirá a extração dos dados relevantes.

As modificações serão detalhadas no relatório completo de análise de escopo. Caso for necessário, os autores dos trabalhos serão contatados para solicitar dados em falta ou adicionais.

Apresentação dos resultados

Os resultados incluídos na presente revisão de escopo serão classificados em categorias de análise conceituais e discorridos em meio a referencial teórico de processo de trabalho.

O referencial teórico que permeará o embasamento será o de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1946-1996), professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e um dos teóricos que participou da construção do campo da Saúde Coletiva brasileira nos anos 1970-1990¹⁰, desenvolvendo sua Teoria de Processo de trabalho em saúde, identificando

as seguintes categorias: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes ¹¹.

Serão estabelecidas também como categoria de análise os elementos Facilitador e Problemática propostas para a identificação de potencialidades ou impasses identificados no trabalho dos cuidadores e consequentemente na qualidade do cuidados prestado aos moradores no que diz respeito ao foco da Reabilitação Psicossocial.

Conflitos de interesse

Declaro que não há conflitos de interesse.

Referências

- 1. Pessotti I. A loucura e as épocas. Rio de Janeiro: Editora; 1994.
- 2. Silva ATMC, Barros S, Oliveira MAF. Políticas de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. Revista Escola de Enfermagem USP, 2002, 36(1):4-9.
- Mângia EF, Nicácio, F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: Prado De Carlo MMR, Bartalotti CC (org.). Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectiva. São Paulo: Plexus Editora, 2001.
- 4. Marzano MLR, Souza CC. Um relato de quem vivencia a reforma psiquiátrica no Brasil. Revista Brasileira de Enfermagem. 56 (5), p. 577-80, 2003.
- 5. Brasil. Lei Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 9 abr. 2001. Seção 1:2.
- 6. Junior HPOS, Silveria MFA. Práticas de cuidado produzidas nos serviços de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. Revista Escola de Enfermagem da USP, 43 (4), p. 788-95, 2009.
- 7. Barros S, Bichaff R(Org.) Desafios para a institucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: Fundap; São Paulo: Secretaria da Saúde, 2008
- 8. Cayres AZF, Penin CB, Ribeiro MC, Costa MIS, Nagafuchi T. Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014. Cayres AZF, Ribeiro MC, Elias R, Coutinho RA (org). São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2015. 147p.
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Baldini Soares C, Khalil H, Parker D. Capítulo 11: Avaliações de escopo. Em: Aromataris E, Munn Z (Editores). Manual do Revisor do Instituto Joanna Briggs. O Instituto Joanna Briggs, 2017. Disponível em https://reviewersmanual.joannabriggs.org/Ayres JRCM. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 20 (3):905-912, 2015.

10. Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de Trabalho em Saúde. In. Pereira IB, Lima JCF(Org,. Dicionário da Educação profissional em saúde, 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.