

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

BRUNA CRISTINA APARECIDA DE LIMA BARBOSA

O CUIDADOR NO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

BRUNA CRISTINA APARECIDA DE LIMA BARBOSA

O CUIDADOR NO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Eixo Temático Enfermagem na Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Daniele Delacanal Lazzari

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado O CUIDADOR NO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO de autoria do aluno Bruna Cristina Aparecida de Lima Barbosa foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Eixo Temático Enfermagem na Atenção Psicossocial.

Profa. Me. Daniele Delacanal Lazzari
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

RESUMO

Trata-se de uma revisão narrativa, realizada com auxílio de pesquisa bibliográfica, qualitativa e descritiva, onde deverá abordar a importância, o olhar e os enfrentamentos do cuidador no Serviço Residencial Terapêutico. A reforma psiquiátrica é um processo em desenvolvimento em todo país, com diferentes vertentes, figurando entre as questões mais estudadas da saúde mental na atualidade, sobretudo o fenômeno da desinstitucionalização, entendida como desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricas que sustentam a loucura reduzida ao signo da doença mental e reforçam a instituição hospitalar como a principal referência da atenção à saúde mental, e seu progressivo processo de evolução para outros modelos de assistência mais humanos e ressocializadores. As dificuldades encontradas no processo de desinstitucionalização são reflexas do que historicamente representa o manicômio, “lugar de tratamento”. A reinserção desses pacientes no âmbito familiar traz questões e necessidades, que na maioria das vezes ficam fora do controle socioeconômico e, além disso, emergem outras dificuldades. Não somente as famílias, a sociedade, a equipe que o assiste e o próprio paciente tem dificuldade em aceitar novas formas de tratamento, com receio de não serem assistidos, o manicômio ainda representa um lugar seguro.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	04
2.1 A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL NA ATUALIDADE	04
2.2 LEI 10 216	06
3 MÉTODO.....	08
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	10
4.1 SRT E SEUS BENEFÍCIOS	10
4.2 O TRABALHO DOS CUIDADORES DO SRT	11
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
REFERÊNCIAS	15

1 INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica é um processo em desenvolvimento em todo país, com diferentes vertentes, figurando entre as questões mais estudadas da saúde mental na atualidade, sobretudo o fenômeno da desinstitucionalização, entendida como desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricas que sustentam a loucura reduzida ao signo da doença mental e reforçam a instituição hospitalar como a principal referência da atenção à saúde mental, e seu progressivo processo de evolução para outros modelos de assistência mais humanos e ressocializadores.

Fica claro então que tratar do doente mental foi sinal de exclusão, de reclusão e asilamento. E que ainda hoje esta realidade existe, porém, de forma mais consciente e menos exclusiva. Por não se admitir a exclusão, corre-se o risco de não se admitir a diferença, a qual não pode ser negada, e deve ser necessário reconhecê-la e conviver com ela sem ter que excluir, conforme a grande aspiração da reforma psiquiátrica (GONÇALVES 2001).

Com todo processo de desinstitucionalização, a partir dos movimentos que criticavam a estrutura asilar como forma de tratamento psiquiátrico, a proposta de trabalho em Psiquiatria que envolve toda essa trajetória da Luta Antimanicomial dos trabalhadores e familiares contra os maus tratos sofridos pelos pacientes internos nas Instituições, resultou numa nova forma de acompanhamento ao portador de transtorno mental.

Pensando no processo e nas ideias de desinstitucionalização como desconstrução e de território, é que o modelo de atenção em saúde mental brasileiro foi proposto no sentido de ampliar e consolidar uma rede de atenção extra-hospitalar, completamente independente de um manicômio para atender as demandas territoriais específicas sem desassistir e indo além da pura desospitalização. Esta rede hoje é constituída de unidades básicas de saúde (UBS), centros de saúde, serviços de pronto-atendimento, ambulatórios, centros de atenção psicossocial (CAPS) e serviços residenciais terapêuticos (SRT). (AMORIM 2009).

Os SRTs são casas inseridas na sociedade e destinadas a cuidar dos pacientes egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, e que não possuem suporte social e laços familiares, ou aqueles que não são egressos, mas por decisão da equipe multidisciplinar da saúde mental necessitem do acolhimento no serviço. Devem constituir características físico-funcionais

onde cada casa deve abrigar, no máximo, oito usuários, acomodados na proporção de até três por dormitório, e ser equipada com todos os móveis e eletrodomésticos básicos de uma moradia comum.

A Portaria nº 106/2000 institui o Serviço Residencial Terapêutico como moradias assistidas, inseridas de preferência na comunidade, com objetivo de reinserção social, resgate da cidadania e autonomia dos moradores de longa permanência em hospitais psiquiátricos, que não possuam suporte social e vínculos familiares suficientes ou que por outra razão, necessite do serviço. Neste contexto, a pessoa há tempo internada em hospitais psiquiátricos recebe alta hospitalar e são encaminhadas aos cuidados do Serviço Residencial Terapêutico vinculado ao Centro de Atenção Psicossocial que deverá estar integrado à rede articulada de serviços do Sistema Único de Saúde. Ao falar do SRT nota-se que dentre os multiprofissionais que compõem a equipe e atuam na rede de saúde mental, surge o “cuidador”, destinado a assumir um papel importante na moradia, tornando-se um profissional essencial nesse projeto.

Cada residência deve ser montada e organizada segundo as necessidades e gostos de seus moradores, devendo contar sempre com suporte profissional sensível às demandas. Esse suporte caracteriza um profissional técnico e o cuidador. O cuidador do Serviço Residencial terapêutico é o membro da equipe que passa maior parte do tempo com o morador, e é fundamental no acompanhamento e no desenvolvimento da proposta da reforma. Porém, esse profissional não é devidamente preparado para tal função e dessa forma faz-se necessário entender a relevância deste profissional, mas desde que bem preparado para tal.

Nota-se que com a inserção dos moradores no SRT, os cuidadores não podem ser considerados os únicos responsáveis pelo andamento e pela eficácia do serviço, porém, são peças importantes no processo da substituição do manicômio por dispositivos que realmente não reproduzam práticas manicomiais. A questão é quem são os trabalhadores das residências terapêuticas? Existe um preparo para esses profissionais? Eles estão qualificados para as novas exigências que se fazem no cotidiano do serviço e na atenção à saúde mental? Existe uma função definida para esse tipo de profissional?

A proposta deste trabalho é apontar e mostrar quem são esses profissionais e quais são seus principais enfrentamentos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Apesar de tantos avanços no que se refere ao tratamento psiquiátrico, ainda há locais que maltratam seus internos.

O tratamento que viola direitos e desrespeita a dignidade humana não cumpre seu principal papel: transformar e melhorar a vida das pessoas. Há denúncias de maus tratos e falta de estrutura para o atendimento aos pacientes nos hospitais psiquiátricos. (DIMENSTEIN 1998)

E outros autores seguem ressaltando este aspecto:

Na última década, internação em hospitais psiquiátricos tem cedido lugar a tratamentos alternativos na Rede de Assistência em Saúde Mental, que passou utilizar uma rede de atenção psicossocial centrada na inclusão social, composta por Centros de Atenção (Caps), Residências Terapêuticas (RTs), Centros de Referência e Assistência Social (Cras) e centros d acolhimento para usuários crack e outras drogas. (FERREIRA 2013)

O caráter revolucionário dessa nova forma de cuidado está expresso não apenas pelo novo serviço que substituiu os manicômios, mas pelos mais variados dispositivos de caráter social e cultural, que incluem cooperativas de trabalho, ateliês, de arte, centros de cultura e lazer, oficinas de geração de renda, residências assistidas, entre outros.

Outra contribuição importante apontada por Amarante (2006) foi a experiência do psiquiatra italiano Franco Basaglia, que serviu de inspiração para a Lei 180, aprovada na Itália em 13 de maio de 1978, que determinou o fim dos manicômios e a substituição do modelo psiquiátrico por outras modalidades de cuidado e assistência. A Lei Basaglia é até hoje a única no gênero, entretanto com a vinda do psiquiatra italiano para o Brasil no mesmo ano da aprovação da Lei, reforçou as denúncias sobre maus-tratos e violência. Suas visitas a hospitais colônias foram decisivas na trajetória da reforma psiquiátrica brasileira. Ainda segundo Amarante (2006,

p.30) “[...] Em Barbacena, Basaglia comparou a colônia de alienados a um campo de concentração”.. Sua presença aqui atraiu a atenção da imprensa e deu origem ao documentário de Helvécio Ratton, *Em nome da razão*, de 1980, um divisor de águas na luta antimanicomial brasileira.

Em 1989, o Deputado federal Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei de sua autoria (3657/89) com base na Lei italiana, mas seu projeto foi rejeitado por ameaçar os negócios de proprietários de clínicas e hospitais (AMARANTE, 1998. p.107).

No ano de 2001, Paulo Delgado teve sua Lei aprovada, e partir da Lei 10.216, o Brasil vem tentando atender igualmente o direito de cada um, dando ênfase aos tratamentos alternativos de assistências em saúde mental, constituídas pelos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), Programa Saúde da Família (PSF), PVC (Programa de Volta para Casa), SRT (Serviços de Residência Terapêutica) e a utilização dos hospitais gerais, entre outros. A criação desses serviços surgiu como estratégia de substituição dos hospitais psiquiátricos, oferecendo serviços diários e garantindo aos usuários o direito de serem respeitados e inseridos em suas comunidades, facilitando sua integração social e a construção de sua autonomia (AMARANTE, 1998).

O Programa Saúde da Família ou PSF, conhecido hoje no Brasil como Estratégia da Saúde da Família, teve início, em 1994 como um dos programas propostos pelo Governo Federal aos municípios para implementar a atenção primária. “*O acompanhamento na residência é realizado conforme recomendado nos programas terapêuticos individualizados dos moradores e também pelos Agentes Comunitários de Saúde do PSF, quando houver*” (BRASIL, 2004, p.9). Este programa atende a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, tem como finalidade *possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade*, reafirmando os princípios básicos do SUS, tendo como objetivo, ainda, a humanização do Sistema Único de Saúde e a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar. A família passa a ser objeto de atenção, que através do programa é possível ter melhor compreensão do processo saúde e doença. O PSF inclui também prevenção, recuperação, reabilitação, ações de promoção da saúde de doenças mais frequentes.

No parágrafo único do artigo único da Lei Federal 10.708, o Programa de Volta para Casa é um auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais com

longo histórico de hospitalização. “Essa Lei foi encaminhada pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva ao Congresso, votada e sancionada em 31 de julho de 2003”. (BRASIL, 2004, p.23). O Programa é a realização de uma reivindicação do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992.

O PVC (Programa de volta para Casa) visa contribuir para assistência, acompanhamento e integração social dos pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, através de um pagamento mensal de quatrocentos e doze reais. Os valores devem ser pagos diretamente ao beneficiário, mediante convênio com instituições financeiras, observando-se que quando o mesmo for considerado incapaz de receber pessoalmente, seu representante legal poderá fazê-lo (BRASIL, 2013).

O programa De Volta Para Casa, impulsionando a desinstitucionalização, estabelece um novo patamar na história da reforma psiquiátrica, contribuindo para estimular o exercício pleno dos direitos civis do paciente, resgatando o convívio social e o vínculo familiar, pela concessão de auxílio e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental.

2.2 LEI 10 216

A Lei 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.

A sanção da Lei 10.216 substituiu o projeto original, trazendo modificações consideráveis no texto normativo; redirecionando a assistência em saúde mental e priorizando a oferta de tratamento em serviços sobre a proteção e os direitos do portador de transtorno mental, contribuindo com novas formas de atenção em saúde mental e de sociabilidade dos portadores de transtorno mental. Linhas específicas de tratamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços de substituição dos hospitais psiquiátricos e são estabelecidos novos mecanismos de fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no País.

A partir da Lei 10.216/2001, novos serviços foram criados como estratégias para efetivação do processo de desinstitucionalização. Foram criados CAPS/NAPS (Centros/Núcleos de Atenção Psicossocial), SRT (Serviços Residenciais Terapêuticos), e a utilização dos Hospitais

Gerais entre outros, como possibilidade de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos, prestando atendimentos diários.

De acordo com a Portaria nº 336/2002 Art 4º, 4.1.1, do Ministério da Saúde que regulamenta o CAPS eles devem constituir-se em serviços ambulatorial de atenção diária, incluindo as seguintes atividades de assistência aos usuários: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapias, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimentos em oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; atendimento à família e atividades comunitárias que favoreçam a integração do usuário na comunidade, bem como, sua inserção familiar e social. (Portaria/GM Nº 336- de 19 de fevereiro de 2002, MS).

3 MÉTODO

Este estudo é uma revisão narrativa, baseado em uma pesquisa bibliográfica, qualitativa e descritiva, onde deverá abordar a importância, o olhar e os enfrentamentos do cuidador no Serviço Residencial Terapêutico.

A pesquisa tem como sujeito o cuidador e sua importância, pois sendo uma peça fundamental no processo de desinstitucionalização e reconstrução da identidade em pacientes oriundos de longos períodos de internação direcionados para as residências terapêuticas, com o intuito de minimizar as dificuldades e os enfrentamentos do mesmo, resultando em uma melhor assistência ao portador de doença mental.

De acordo com Gil (2002) a pesquisa bibliográfica é elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e atualmente com material disponibilizado na internet.

Pesquisa é uma busca contínua da verdade, onde o método científico é o principal caminho para atingir as respostas das questões que povoam a mente do investigador.

É uma pesquisa de caráter descritiva, que segundo Gil (2002), tem como característica não haver interferência do pesquisador, ele descreve o objeto de pesquisa, procura descobrir a frequência com que o fenômeno ocorre, sua natureza, características, causas, relações e interações com outros fenômenos.

A abordagem qualitativa é aquela que não trabalha com dados numéricos, mas, aquela que trabalha com conceitos, ideologias, processos de interação humana etc. E, oferece facilidade de determinar hipótese ou problema, de analisar a interação de certas variáveis, de compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, de apresentar mudanças, criação ou formação de opiniões de determinados grupos, e de permitir em grau de profundidade, a interpretação dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos (GIL, 2002).

Com isso, tornando-se importante a pesquisa bibliográfica no processo de formação acadêmica, pois permite a elaboração de informações da produção científica já existente, a elaboração de relatórios e a sistematização do conhecimento que lhe é transmitido no dia-a-dia.

Sendo fundamental que o pesquisador faça um levantamento do tema e tipos de abordagem já trabalhados por outros estudiosos, assimilando os conceitos e explorando os aspectos já publicados (GOLDENBERG, 2003).

4 RESULTADO E ANÁLISE

4.1 SRT e seus benefícios

As residências terapêuticas surgem na Itália na década de 1970, como tática da desinstitucionalização, que se efetivaram somente após 1976. Durante o período de 1971 a 1976, ocorreu uma intensa campanha para obtenção de pensões, aposentadorias e aprovação de subsídios sociais.

Inicialmente esse projeto de residência previa a reestruturação de prédios dentro do complexo hospitalar, organizando apartamentos e num segundo momento iniciou-se o processo que levaria os internos a residir em apartamentos na comunidade, sendo liberado recursos financeiros para comprar ou alugar casas e/ou apartamentos. (REIS, 1998). No Brasil as primeiras residências surgem na década de 1990, quando foi sancionada a lei psiquiátrica (lei 3.657/1989) que consagra o princípio da substituição de serviços de natureza manicomial para serviços abertos na comunidade

As residências terapêuticas são subsídios fundamentais na proposta de substituição dos leitos psiquiátricos de longa permanência, bem como serviços psicossocial adequados no processo de reorientação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil. (MATIAS, 2001)

Este projeto tem de mais relevante é oferece uma vicissitude para os usuários que não possuem uma casa ou família, ou cujo parente não oferece as mínimas condições de cuidado responsável. Sem as residências, a desospitalização poderia gerar negligência social, pois muitos deles poderiam acabar vivendo nas ruas – ou inseridos em outras instituições de fechadas. (MATIAS, 2001)

Este tipo de moradia assistida torna possível aos usuários a experiência de morar em um espaço, onde haja uma troca constante com técnicos, visitantes, moradores e vizinhos, permitindo assim uma aproximação muito maior com o outro e consigo próprio. Estes tipos de moradias são chamadas de SRT, ou simplesmente RTs que são espécies de moradias ou casas inseridas na comunidade e destinadas a cuidar dos pacientes egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e devem abrigar no máximo, oito usuários, acomodados na proporção de até três por dormitório e ser equipada com todos os moveis e eletrodomésticos básicos de uma moradia. Cada residência deve ter, pelo menos, um profissional de nível superior da área da saúde mental e dois

profissionais de nível médio, com experiência ou capacitação específica em reabilitação psicossocial. Ao profissional de nível superior cabe a função de ser a referência técnica da casa, supervisionando diariamente as atividades e o processo de reabilitação dos moradores. Já os profissionais de nível médio atuam como cuidadores e auxiliares diretos na reinserção social.

Todas as atividades de reabilitação objetivam o desenvolvimento de uma série de habilidades relacionadas as atividades comuns da vida diária, o funcionamento social, o relacionamento com familiares e amigos, o trabalho, a educação e ainda o lazer. Sobre o assunto se manifesta Amarante (1995):

Tem havido expressivas reivindicações em torno da abertura de residências terapêuticas para potenciais usuários que não têm histórico de longas internações, como pudemos ver nas listas e grupos de discussão para reformulação da portaria 106/200015.

Importante lembrar que os usuários sob condições especiais de vulnerabilidade deveriam contar com dispositivos desta natureza, quando indicado pelas equipes dos Caps.

4.2 O TRABALHO DOS CUIDADORES DO SERVIÇO RESIDÊNCIAL TERAPÊUTICO

Em geral o cuidador trabalha em regime de plantão, seja, diurno ou noturno e a sua função é ser responsável pela limpeza e organização da casa. Acompanham os moradores em consultas médicas, atividades no Centro de Atenção Psicossocial, serviços bancários e administração de medicamentos.

Os problemas enfrentados na dinâmica diária de trabalho são discutidos entre a equipe da casa, como aspectos relacionados aos entraves percebidos pelos trabalhadores nas suas práticas e atividades profissionais. Os itens mais citados referem-se a problemas na rede de atenção em saúde mental e críticas à gestão pública. (AMORIM,2009).

A questão da rede de atenção integrada em saúde mental é centrada na política do modelo assistencial vigente. A responsabilidade conferida aos CAPS de coordenar os serviços especializados e o propósito de efetivar ações com base na intersetorialidade – envolvendo áreas

da cultura, lazer, habitação, saúde, trabalho e educação – apesar de seus notórios avanços assistenciais e de promoção de cidadania, ainda mostra-se como um dos principais problemas ou “nós” na prática de serviços de saúde mental (REIS 1998).

De fato, estudos específicos sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil indicam que estes serviços contemplam apenas 10,8% das necessidades de moradia do contingente de possíveis candidatos a usuários- habitantes dos hospitais psiquiátricos brasileiros – , desconsiderando que uma parte deles teria outras alternativas de desinstitucionalização, como, por exemplo, retorno à família de origem (FURTADO,2006).

”Além desta questão, este mesmo autor aponta outras causas para as dificuldades da rede de atenção em saúde mental e o mesmo aponta: no Brasil, nas condições atuais das prefeituras, principais responsáveis pela assistência no processo de municipalização da saúde e saúde mental, essas condições ideais são raramente alcançadas, e muitas vezes assistimos a uma luta e mobilização muito forte dos trabalhadores de saúde mental para reivindicarem ou suprirem tais deficiências por outros meios(...)os governos municipais e a sociedade civil local devem se posicionar claramente em torno das bandeiras de prioridade do investimento social e da Reforma Psiquiátrica, e implantar de forma criativa as condições para implementá-la e motivar seus trabalhadores em torno dela” (p 90).

Ainda segundo o Autor, há um problema de gestão pública em relação ao trabalho dos cuidadores. O Serviço Residencial Terapêutico pretende resgatar a autonomia do morador, perdida pela tutela do hospital e pelo afastamento do núcleo familiar, através da convivência com outros moradores, cuidadores e comunidade no território, além da equipe técnica de referência, o que possibilita modificações de comportamentos e de produção de vida. Dessa forma, no tocante ao processo de trabalho do cuidador em saúde mental, surge um novo modelo de trabalho pautado na humanização, que preza pela promoção e prevenção da saúde mental, e na ajuda ao portador de sofrimento mental a enfrentar as pressões e dificuldades do cotidiano.

Além disso, assiste à família e à comunidade, no encontro com o verdadeiro sentido para o sofrimento mental. O que se percebe é que os cuidadores que trabalham no Serviço Residencial

Terapêutico se baseiam neste novo enfoque como meio de alcançar ou possibilitar as estratégias de (re) socialização e de respeito à singularidade dos sujeitos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades encontradas no processo de desinstitucionalização são reflexo do que historicamente representa o manicômio, “lugar de tratamento”. A reinserção desses pacientes ao âmbito familiar traz questões e necessidades, que na maioria das vezes ficam fora do controle socioeconômico e, além disso, emergem outras dificuldades. Não somente as famílias, a sociedade, a equipe que o assiste e o próprio paciente têm dificuldade em aceitar novas formas de tratamento, com receio de não serem assistidos, o manicômio ainda representa um lugar “seguro”.

Os princípios de atendimentos hoje diferem muito em relação à antiga lógica de tratamento e têm um papel fundamental no processo de desmistificação da loucura, proporcionando a reinserção social e garantia dos direitos de cidadania dos portadores de transtorno mental. Contudo, é preciso avançar e novas estratégias precisam ser traçadas para dar conta dessa enorme demanda.

Essas estratégias estão ligadas a um preparo maior de todos que estão incluídos no processo de cuidar. O cuidador acaba não tendo uma função muito bem definida, visto que na prática os cuidadores possuem múltiplas funções.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. New Subjects. New Rights: The debate about the Psychiatric in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 11 (3) 491-494, Jul/Sep, 1995.

AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. *Viver, mente e cérebro*. São Paulo, ano XIV, n. 164, p. 30-35, set. 2006.

AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 195-204, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 106 - De 11 de fevereiro de 2000

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM Nº336, Brasília: 19 de fevereiro de 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa de volta para casa. , Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http:pvc.datasus.gov.br>>. Acesso em: 03 dez. 2013.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*. p.53-81. 1998.

FERREIRA, Gilceu. Brasil unido antimanicomial. *Jornal do Federal*, Brasília, ano XXIV, n. 107, p. 16-17, jan. 2013.

FURTADO. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: Fazenda I, Masini EFS. Metodologia da pesquisa educacional. São Paulo: Cortez; 2006

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo :Atlas, 2002

GOLDENBERG, M. A Arte de Pesquisar – Como Fazer a Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais. São Paulo: Record, 7ª ed., 2003.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. de. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e Reflexos Sobre o Cuidado Com o Doente Mental na Família. Rev Latino-am Enfermagem 2001 março; 9(2): 48-55

MATIAS, M. *Organização de Eventos: procedimentos e técnicas*. Barueri: Manole. 2001.

REIS S. L. C. Da desconstrução do manicômio à construção de um novo modelo de atenção em saúde mental. 1998. 162f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.