

A inclusão social do doente mental: contribuições para a enfermagem psiquiátrica

Lilian Hortale de Oliveira Moreira

Doutoranda da Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro.
E-mail: lilianhortale@globo.com

Ingrid Cunha Ventura Felipe

Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade.
E-mail: ingrydventura@yahoo.com.br

Elaine de Azevedo Goldstein

Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade.
E-mail: lane_goldstein@hotmail.com

Alice Pissiali Brito

Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade.
E-mail: alicepissiali@terra.com.br

Leandra de Meira Guimarães Costa

Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade.
E-mail: leandra_costa@ig.com.br

Resumo

Este estudo tem por objetivo identificar as possibilidades de inclusão social do doente mental e verificar a influência da família e da enfermagem no processo de inclusão social. A pesquisa tem caráter bibliográfico, e a busca foi realizada em fontes informatizadas. Observou-se que durante muitos anos a política de saúde mental tinha na internação psiquiátrica uma prática constante e aceita pela sociedade. Com a Reforma Psiquiátrica, surge a possibilidade de retirar o paciente do hospital psiquiátrico e inseri-lo novamente em seu cotidiano social com o desenvolvimento de sua autonomia. Criam-se, para isso, residências terapêuticas, centros de atenção psicossocial, cooperativas sociais e outros incentivos para fazer valer os direitos dos doentes mentais. A família torna-se um elemento fundamental neste processo de desospitalização e reabilitação do indivíduo. A enfermagem contribui para a identificação e valorização da singularidade do doente mental, atuando junto aos pacientes e desmistificando a loucura para a sociedade.

Palavras-chave

Saúde mental. Enfermagem psiquiátrica. Reforma psiquiátrica. Desospitalização.

The social inclusion of the mental patient: contributions for the psychiatric nursing

Abstract

This study has for objective to identify the possibilities of social inclusion of the mental patient and to verify the influence of the family and of the nursing in the process of social inclusion. The research has bibliographical character and the search was accomplished in computerized sources. It was observed that for many years the politics of mental health had in the psychiatric interment a constant practice and it accepts for the society. With the Psychiatric Reform the possibility appears of to remove the patient of the psychiatric hospital and to insert him/it again in his/her daily one social with the development of his/her autonomy. They grow up, for that, Therapeutic Residences, CAPS, Social Cooperatives and other incentives to do to be worth the rights of the mental patients. The family becomes a fundamental element in this desospitalização process and the individual's rehabilitation. The nursing contributes to the identification and valorization of the singularity of the mental patient, acting the patients close to and demystifying the madness for the society.

Keywords

Mental health. Psychiatric nursing. Psychiatric reform. No hospitalization.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A psiquiatria tem sido abordada de diversas formas e por diversos profissionais, permitindo maior visibilidade para o modelo assistencial, mais voltado à comunidade e às necessidades do cidadão portador de sofrimento psíquico, possibilitando um tratamento humanizado com enfoque na sociabilização.

Desde os primórdios da humanidade, a loucura tem sido abordada e tratada de acordo com o momento histórico. A enfermagem psiquiátrica surge dentro das instituições prestando assistência voltada à medicalização, contenção e vigilância dos pacientes de modo indiscriminado, configurando um modelo assistencial hospitalocêntrico excludente, cronificador, segregador e ineficaz, que considera o indivíduo exclusivamente em sua condição de doente, na condição de portador de uma doença mental (SOUZA, J. S.; BRAGA; SOUZA, J. E. F., 2005).

Ao longo da sua história, a psiquiatria trouxe alguns marcos que nortearam o atendimento ao doente mental. Dentre eles, a revolução de Pinel, a introdução dos psicofármacos, o uso da psicoterapia, o desenvolvimento dos recursos terapêuticos e de diagnóstico, entre outros. Atualmente, vivemos um período de mudanças ideológicas, estruturais e políticas nas ações de saúde mental, mais especificamente em relação à institucionalização da assistência. Os movimentos precursores da Reforma Psiquiátrica brasileira surgida nos Estados Unidos e Europa, a partir de meados do século 20, apontavam críticas à assistência prestada aos portadores de sofrimento psíquico,

quando eram excluídos e segregados da sociedade, demandando ações com vistas a um atendimento mais humanizado, de forma a garantir sua dignidade, enquanto cidadão (ESPERIDIÃO, 2001, s/p).

A partir dos anos 1970, o Brasil iniciou um processo de reestruturação da aprendizagem e da prática psiquiátrica conhecida como Reforma Psiquiátrica, que busca implementar uma rede integrada de serviços centrada na convivência com as diferenças e no respeito e reconhecimento dos portadores de sofrimento psíquico como cidadãos (AMARANTE, 1998).

O processo de desconstrução das redes de instituições totais em saúde mental no circuito hospitalocêntrico,

e a construção de um novo sistema de saúde mental que funcione numa dinâmica extra-hospitalar facilitariam a comunicação nas relações terapêuticas e entre os diversos atendimentos, com conexões intra e interinstitucionais, como também contribuiria para a inserção social do usuário.

No Brasil, a partir da reforma psiquiátrica aprovada pela Lei nº 10.216/01, pretende-se não apenas responder à irracionalidade econômico-administrativa gerada pelo “modelo hospitalocêntrico”, mas sobretudo atender às necessidades da clientela, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral (BRASIL, 2001). Tais necessidades equivalem substancialmente a desinstitucionalizar a saúde mental do modelo de assistência dominado por quadros de referência da psiquiatria (FREITAS, 1998).

O cuidado de enfermagem em saúde mental também vem passando por importantes transformações nas últimas décadas, e com isso novas práticas estão sendo assimiladas por esse novo profissional, na tentativa de aperfeiçoar a assistência integral ao doente mental em face das novas diretrizes da política nacional de saúde mental.

Conseqüentemente, os profissionais de enfermagem em saúde mental têm sentido necessidade de refletir sobre suas ações, pois o processo de trabalho é constituído de conflitos e resistências, necessitando ser repensado no cotidiano em que se constrói. Assim, é necessário implementar algumas ações e garantir a qualificação dos profissionais de saúde mental, tendo como diretrizes para as suas intervenções acolhimento, vínculo, responsabilidade, interdisciplinaridade, integralidade e humanização da atenção, resolutividade para as demandas dos serviços de saúde e o permanente repensar das práticas assistenciais e das relações estabelecidas na equipe com usuários e diferentes redes de apoio (OLSHOWSKY *et alii*, 2005).

A reabilitação psicossocial baseada em novas modalidades terapêuticas busca potencializar a atenção integral à saúde mental. Para tanto, alguns dispositivos são meios facilitadores e incentivadores para alcançar as propostas, tais como centros de convivências, psicoterapias, oficinas terapêuticas e outros. No aspecto mental e social, a ocupação proporciona distração, socialização, segurança, sublimação de tendências antissociais, restaurando o pensamento

sadio, desenvolvendo talentos pelo emprego do poder de concentração e habilidades de cada um. A ocupação é um aspecto importante tanto na “vida normal”, como também é elemento essencial da terapêutica psiquiátrica, que tornará possível a reintegração do paciente na sociedade (BARRETO; BÜCHELE, 2005).

A reabilitação psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas graves e crônicos de saúde mental, além de proporcionar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças mediante o desenvolvimento de relações familiares e sociais (BARRETO; BÜCHELE, 2005).

Objeto de estudo:

Tem-se como objeto de estudo a inclusão social do doente mental.

Questões norteadoras:

O que pode ser feito para inserir o doente mental no contexto social?

A inclusão social do doente mental sofre influências da família, sociedade ou equipe de saúde?

Objetivos:

- Identificar as possibilidades de inclusão social do doente mental.
- Verificar a influência da família e da enfermagem no processo de inclusão social.

Justificativa e relevância:

A pesquisa permitirá a percepção da inclusão social do doente mental como fator influente no controle e tratamento de sua doença. Possibilitará o conhecimento da difusão das informações a respeito da inclusão social do doente mental nos periódicos mais recentes.

Trata-se ainda de um estudo no qual se investigam a influência dos profissionais e sua atuação ante a possibilidade de inclusão social do doente mental. Pode ser utilizada como contribuição para o ensino, pesquisa e no campo da prática, o que transfere um significado efetivo na formação de profissionais capacitados para lidar com a saúde mental.

METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa.

A pesquisa bibliográfica é, em linhas gerais, um apanhado sobre as principais bibliografias já existentes sobre o tema escolhido, as quais são revestidas de importância por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes (LAKATOS; MARCONI, 1992).

Segundo Lakatos e Marconi (1992), a pesquisa bibliográfica trata de um levantamento de toda a bibliografia já publicada em livros, artigos, publicações avulsas, imprensa escrita, entre outros, a fim de colocar o pesquisador em contato direto com tudo aquilo o que foi escrito sobre determinado assunto.

Para o desenvolvimento do trabalho e alcance dos objetivos propostos, a busca foi realizada em bancos de dados informatizados, como a Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme; Lilacs e BDENF), SciELO e Portal Capes, bem como em livros e literaturas impressas. No entanto, não foi realizada uma revisão sistemática de publicações na área, havendo apenas uma busca seletiva em produções científicas tanto em meio eletrônico quanto em impressos, os quais condiziam com a temática pesquisada e o enfoque pretendido pelos autores.

A partir das referências encontradas, verificam-se as formas de inclusão social disponíveis para auxiliar na reabilitação dos pacientes. Pode-se perceber ainda a influência ou não que a relação familiar e junto aos profissionais de saúde exerce no processo de reabilitação.

UM RETROSPECTO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL

No século 18, a psiquiatria surge como uma especialidade médica, quando ocorreu a retirada dos loucos de abrigos na Europa, onde eram misturados a todos aqueles classificados como delinquentes (SILVA FILHO, 2000). Segundo esse autor, “a imagem do francês Phillipe Pinel, libertando os loucos de correntes e grilhões, foi marcada por toda uma simbologia” em que a psiquiatria objetivava novos ideais humanitários, e o “louco” passou a ser considerado um doente, necessitando de tratamento.

Para compreender as idéias formuladas no Brasil sobre os chamados alienados, em fins do século 19, bem como as atitudes colocadas na prática, devemos considerar o contexto ao qual pertenciam.

A prisão de alienados estava ligada estreitamente às tentativas de disciplinar os espaços públicos, que abrangiam desde a organização dos serviços urbanos à distribuição das habitações, passando pelas iniciativas de controle sobre a mobilidade das pessoas pelas vias da cidade. No momento da reclusão de alguém visto como alienado, percebe-se que havia pouca clareza quanto ao real estado daquele indivíduo que fora abordado (CHALHOU, 1996).

O movimento pela hospitalização dos loucos começou a se organizar no Brasil a partir de 1830, principalmente com a atuação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. Assim, levantam-se as primeiras vozes em defesa da construção de um hospital específico aos ditos alienados mentais, o que se concretiza a partir da inauguração do Hospício D. Pedro II (1852), no Rio de Janeiro, estabelecimento criado para servir de modelo a todo o país (RESENDE, 2000). Na realidade, o que se via eram inúmeros problemas, como excesso de lotação, escassez de pessoal especializado, arbitrariedades, falta de organização e muito descrédito na capacidade de empreender qualquer cura efetiva (ENGEL, 2001).

A SAÚDE MENTAL NOS MOLDES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira teve início ao final dos anos 1970, em meio à crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e a partir dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde, 2005).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) surge em 1978, por meio de variados campos de luta, e

passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde, 2005).

Em 1987, surge o primeiro centro de atenção psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo. Paralelamente, no município de Santos inicia-se um processo de intervenção em um hospital psiquiátrico, onde os pacientes sofriam de maus-tratos, com registro até de mortes. Com repercussão nacional, houve possibilidade de construção de uma rede extra-hospitalar para substituir os hospitais psiquiátricos, sendo então criados, em Santos, os núcleos de atenção psicossocial, as cooperativas, as residências para abarcar os egressos do hospital. Com isso, o município de Santos passa a ser referência para a reforma psiquiátrica brasileira, embasando novas perspectivas para outros serviços de atenção psiquiátrica (BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde, 2005).

No Brasil, depois de 12 anos tramitando no Congresso, foi aprovado o substitutivo do projeto de lei (PL 3.657/89) do deputado Paulo Delgado, com a Lei nº 10.216 (Reforma Psiquiátrica), que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

A Reforma Psiquiátrica é um processo que passa por transformações de saberes, práticas, valores culturais e sociais. É marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios, os quais podemos perceber no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais (AMARANTE, 1998).

Atualmente a Reforma Psiquiátrica é centrada na atenção à saúde mental, substituindo o modelo da internação hospitalar. Esse novo modelo prioriza o atendimento individual e humanizado, e para que isso ocorra o Congresso aprovou leis e portarias com o intuito de inserir os indivíduos portadores de sofrimento psíquico em um cotidiano “normal”, retirando-os dos hospitais psiquiátricos.

Dentre eles, podemos citar a instituição da lei 10.216/01, a criação e funcionamento de cooperativas sociais, o Programa de Volta pra Casa, que consiste no auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações (BRASIL, 2003), residências terapêuticas, centros de atenção psicossocial e ainda incentivos financeiros para inclusão social por intermédio do mercado de trabalho.

Porém, o governo brasileiro não soube o que fazer com as pessoas que poderiam sair dos hospitais psiquiátricos, mas não contavam com suporte familiar ou de qualquer outra natureza durante o processo de desinstitucionalização.

Por essa razão, foram criadas as chamadas residências terapêuticas, mediante a Portaria nº106 de 11 de fevereiro de 2000, importante estratégia para reestruturação da assistência em saúde mental no país (BRASIL, 2000).

A implantação de centros de apoio psicossocial (CAPS) está assegurada na Portaria / GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Nela, passam a ser categorizados e recebem as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. O CAPSi é um serviço especializado para receber crianças e adolescentes, o CAPSad para atender clientes alcoólicos e adictos (BRASIL, 2002).

Para que os indivíduos com transtornos mentais sejam inseridos no mercado econômico, foram criadas as cooperativas sociais, por meio da Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999, e da Portaria 1.169, de 7 de julho de 2005. Com isso, os municípios recebem incentivos financeiros para desenvolver projetos de inclusão social para usuários de álcool, drogas e/ou para cidadãos com transtornos mentais (BRASIL, 1999; BRASIL, 2005). Foi criado também o programa de Centros de Convivência e Cultura estabelecidos na Portaria SAS nº396 de 7 de julho de 2005 (BRASIL, 2005).

A FAMÍLIA NO PROCESSO DE INCLUSÃO SOCIAL

Em meio a toda mudança ocorrida na assistência em saúde mental, no cuidado ao portador de sofrimento psíquico, constatamos a desospitalização como fator primordial para auxiliar no desenvolvimento da autonomia do paciente e sua inclusão na sociedade. Segundo Delgado (1990, p.171),

desospitalização é o conjunto de procedimentos destinados a transformar um modelo assistencial baseado na segregação hospitalar em uma prática assistencial que não isole o paciente da comunidade, além de incluir a reintegração social

dos segregados e definir um novo papel a ser desempenhado pelas instituições.

Para isso, o processo necessita de discussões no contexto do qual o indivíduo faz parte, incluindo suas relações familiares, de trabalho e também assistenciais, de forma a melhor inseri-lo em seu meio, dando-lhe a assistência devida, oportunizando mais espaços de socialização, de recuperação de suas potencialidades (muitas vezes desprezadas), reabrindo sua comunicação na família e no seu ambiente social, trazendo a ele possivelmente um sentido mais significativo de existência (ESPERIDIÃO, 2001).

A família se apresenta como elemento fundamental no processo de desospitalização e reabilitação do indivíduo com transtorno mental. Se considerarmos que a base da vida realmente é a família, é necessário pensar no cliente como um indivíduo que tem uma vida fora do hospital (trabalho, lazer, amigos, família), não bastando assisti-lo apenas dentro do contexto institucional. Isto significa incluir a família no tratamento, dando-lhe suporte, além de ampliar a compreensão da dinâmica das suas relações, com vistas a nortear a atenção dispensada a este núcleo social (WAIDMAN, 1999).

Inicialmente, houve uma corrente que ainda acreditava no papel da família como produtora de doença mental e não como aliada na recuperação institucionalizada do doente. Atualmente, já é consensual que, quando a família é apoiada e orientada, tem condições de compartilhar seus problemas e pode ser percebida como uma estrutura para a desinstitucionalização e inclusão social do indivíduo (BASSITT, 1992). Estudos citados por Waidman (1999, s/p) apontam que

a família é fundamental na manutenção do doente fora da instituição psiquiátrica, reforçando a idéia da necessidade de ela ser preparada e apoiada pelos profissionais da área de saúde mental.

É preciso que a família seja orientada sobre o que está ocorrendo com o paciente e estimulada a participar de tudo o que desejar para ajudar na recuperação. Entende-se que a família ocupa papel primordial na ressocialização do doente mental, e ela tem o interesse de desenvolver esse papel, podendo fazê-lo de forma atuante. Mas isso só poderá acontecer se estiver preparada para a função. Demonstra grande

interesse em manter seu familiar no domicílio, mas não tem infra-estrutura para que isso se realize (SILVA, 2005).

A doença mental ainda é carregada de estigma e atinge todos os membros da família e os próprios familiares que trazem consigo (pre)conceitos e até procuram se afastar da sociedade para evitar maiores sofrimentos, vivenciando um misto de desconfianças, desrespeito e desprezo, desacreditando que essas pessoas sejam capazes de assumir responsabilidades, ou seja, que são cidadãos e têm o direito de exercer seus direitos como cidadãos (SILVA, 2005).

Entende-se, portanto, a importância do envolvimento da família em todo o processo de inclusão social e reabilitação do indivíduo com sofrimento mental, mas ainda existem muitas dificuldades enfrentadas por estes familiares. Eles se mostram desorientados, sem um serviço de referência que possa apoiá-los e orientá-los sobre a maneira correta de assumir esta situação, sem suporte psicossocioeconômico diante de tantas mudanças (SILVA, 2005).

Finalmente, acredita-se que, se considerarmos o paciente psiquiátrico inserido em um contexto social de vida, valorizando questões que transcendem seu estado clínico de “doente”, como seus relacionamentos afetivos, trabalho, lazer, considerando a saúde em um conceito ampliado, estaremos estendendo as ações aos familiares desse indivíduo, contribuindo para resgatar sua cidadania e para a construção de uma prática de saúde humanizada. Para isso, é necessário que haja um relacionamento terapêutico entre família, cliente e profissionais de saúde (SILVA, 2005).

Quando se fala em doente mental, geralmente se esquece que ele é um ser humano que tem

direito à liberdade, a tomar decisões políticas e pessoais, de ter um trabalho, de ir e vir livremente, ter expectativas dignas de vida, respeitar e ser respeitado, ter direito à educação, ter família e outros direitos garantidos (ESPERIDIÃO, 2001, s/p).

Para tanto, cabe-nos crer cada vez mais na possibilidade de se construir uma nova ética no estabelecimento de relações indivíduo-sociedade, na qual se insere a relação saúde-doença, possibilitando que as relações

terapêuticas sejam estabelecidas entre cidadãos (ESPERIDIÃO, 2001).

A ENFERMAGEM NA INCLUSÃO SOCIAL

A enfermagem psiquiátrica surge dentro das instituições prestando assistência voltada à medicalização, contenção e vigilância dos pacientes, de modo indiscriminado, configurando um modelo assistencial hospitalocêntrico, excludente, cronificador, segregador e ineficaz, considerando o indivíduo exclusivamente em sua condição de doente, como portador de uma doença mental (SOUZA; BRAGA; SOUZA, 2005).

No processo de atenção psicossocial, é preciso compreender o que o enfermeiro que atua no campo da saúde mental entende por reabilitação psicossocial e que ações no seu processo de “cuidar” podem ser entendidas como favorecedoras dessa estratégia. Para que ocorra uma assistência de qualidade segundo as necessidades da reabilitação no contexto da reforma psiquiátrica, o enfermeiro deve estar preparado para cuidar do doente mental, dentro e fora da instituição psiquiátrica, levando sempre em consideração que se trata de um ambiente em constantes mudanças e conseqüentemente exige ainda mais do profissional (SOUZA; BRAGA; SOUZA, 2005).

O cuidado de enfermagem em saúde mental vem passando por importantes transformações nas últimas décadas, e, com isso, novas práticas estão sendo assimiladas por esse novo profissional, na tentativa de aperfeiçoar a assistência integral ao doente mental, em face das novas diretrizes da política nacional de saúde mental (OLSHOWSKY *et alii*, 2005).

Conseqüentemente, os profissionais de enfermagem em saúde mental têm sentido necessidade de refletir sobre suas ações, sendo necessário implementar ações e qualificação dos trabalhadores nessa área tendo como diretrizes para as suas intervenções

acolhimento, vínculo, responsabilidade, interdisciplinaridade, integralidade e humanização da atenção, resolutividade para as demandas dos serviços de saúde e o permanente repensar das práticas assistenciais e das relações estabelecidas na equipe com usuários e familiares (OLSHOWSKY *et alii*, 2005, p.01).

Dentro do hospital psiquiátrico ou em outro tipo de serviço de atendimento em saúde mental, o enfermeiro tem um papel importante como terapeuta, atuando junto aos pacientes e coordenando toda a equipe. Porém, o enfermeiro encontra grandes dificuldades no desempenho de suas funções devido à falta de verba e funcionários, burocracia, falta de treinamento e a própria política da instituição que subordina o profissional, diminuindo suas capacidades criativas no contexto da instituição (OLIVEIRA; ISRAEL; PEREIRA, 2005).

Pode-se observar na prática a dinâmica da assistência no hospital psiquiátrico, que não permite ao paciente reencontrar sua trajetória pessoal e dar sentido para sua vida, prejudicando ainda a possibilidade de intervenção imediata da reabilitação psicossocial após a alta. E ainda cerceia a compreensão empática do profissional enfermeiro relacionada ao sofrer psíquico do paciente e dificulta as intervenções para solucionar os problemas considerando o contexto biopsicossocial do paciente (OLIVEIRA; ISRAEL; PEREIRA, 2005).

É necessário maior empenho na transformação da assistência psiquiátrica em uma assistência mais digna e desconstruir (pre)conceitos para possibilitar a reconstrução das vidas que foram perdidas ao longo desse processo. Reafirma-se a importância do preparo do profissional enfermeiro na participação desse processo de construção de uma assistência mais qualificada no cuidado ao portador de sofrimento mental (OLIVEIRA; ISRAEL; PEREIRA, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que é necessária a inclusão do doente mental na sociedade, investindo em uma qualidade de vida mais digna e humana. Para que haja essa inserção, devemos primeiramente ter a consciência de que os doentes mentais não podem viver isolados.

O processo de desospitalização deve ser realizado e a reforma começa em nosso próprio contexto, no nosso imaginário, na forma como vemos e percebemos o mundo interno e externo.

A partir da Reforma Psiquiátrica, um novo modelo de atenção psicossocial buscou valorizar os pacientes psiquiátricos como cidadãos e mantê-los no convívio

da família. A família é muito importante no processo de reabilitação, assim como na inclusão nos programas propostos e subsidiados pelo governo, favorecendo a segurança e permanência do doente fora das instituições psiquiátricas de internação.

A enfermagem, pelo fato de ser uma área de grande proximidade com o paciente, deve ser capaz de incluir o doente mental na sociedade, auxiliando-o e apoiando-o, bem como aos seus familiares em programas como De Volta pra Casa, residências terapêuticas, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), entre outros.

A enfermagem, em conjunto com outros profissionais, usuários e familiares e a sociedade, contribui para a identificação e valorização do portador de sofrimento psíquico em sua individualidade, responsabilizando-o por suas atitudes e instruindo-o de maneira correta para que assuma independência, além de exercer a função de informar à sociedade, favorecendo a inclusão social desse indivíduo.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. *Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.
- BARRETO M. S.; BÜCHELE, F. O ócio como mecanismo de desagregação pessoal: como resgatar habilidades de portadores de transtornos psíquicos institucionalizados. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56., 2005, Gramado. *Anais eletrônicos...* Gramado: ABEn, 2005. Disponível em: <<http://bstorm.com.br/enfermagem/index-p2.php?cod=61831&popup=1>>. Acesso em: 15 jan. 2009.
- BASSITT, W. O conceito de família. In: D'INÁCIO, M. (Org.). *Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Qrad, 1992. p.278-287.
- BRASIL. Lei nº 10216 de 06 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] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 2001. Brasília: Câmara dos Deputados, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 15 jan. 2009.
- _____. Lei nº 10708 de 31 de julho de 2003. Dispõe o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 2003. Brasília (DF): Câmara dos Deputados, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10708.htm>. Acesso em: 15 jan. 2009.

_____. Lei nº 9867 de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas sociais, visando a integração social dos cidadãos conforme específica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4146.html>>. Acesso em: 15 jan. 2009.

_____. Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2009.

_____. Portaria nº 396 de 07 de julho de 2005. *Portaria (suspensa) que determina diretrizes para os Centros de Convivência. Esta portaria foi suspensa ao final de 2005. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/12373.html>>. Acesso em: 15 jan. 2009.

_____. Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000. Institui os serviços residenciais terapêuticos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2009.

_____. Portaria nº 1.169/GM de 7 de julho de 2005. *Destina incentivo financeiro para os municípios que desenvolvam projetos de inclusão social pelo trabalho destinados a pessoas com transtornos mentais ou transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/12377.html>>. Acesso em: 15 jan. 2009.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia da Letras, 1996.

DELGADO, P. G. G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: COSTA, Nilson do Rosário (Org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1990. p. 171-202.

ENGEL, M. G. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

ESPERIDIÃO, E. Assistência em saúde mental: a inserção da família na assistência psiquiátrica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 3, n. 1, jan./jun. 2001. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_1/samental.html>. Acesso em: 15 jan. 2009.

FREITAS, F. F. P. Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 1, p.093-106, jan./mar. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 15 jan. 2009.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Metodologia do trabalho científico*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992.

OLIVEIRA, E. M.; ISRAEL, F. C.; PEREIRA, M. A. O. Ainda em cena o hospital psiquiátrico: o enfermeiro, suas dificuldades e representações de mudanças na assistência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56., 2005, Gramado. *Anais eletrônicos...* Gramado: ABEn, 2005. Disponível em: <<http://bstorm.com.br/enfermagem/index-p2.php?cod=61463&popup=1>>. Acesso em: 15 jan. 2009.

OLSHOWSKY, A.; SCHRANK, G.; COSTA, L.S.; DUARTE, M.L.C. Ações de enfermagem em saúde mental-revisão bibliográfica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56., 2005, Gramado. *Anais eletrônicos...* Gramado: ABEn, 2005. Disponível em: <<http://bstorm.com.br/enfermagem/index-p2.php?cod=75264&popup=1>>. Acesso em: 15 jan. 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. Secretaria de Atenção à Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília, 2005. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, Nilson do Rosário (Org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

SILVA, F. M. O significado do processo de desospitalização dos indivíduos com transtorno mental na visão das famílias. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56., 2005, Gramado. *Anais eletrônicos...* Gramado: ABEn, 2005. Disponível em: <<http://bstorm.com.br/enfermagem/index-p2.php?cod=76762&popup=1>>. Acesso em: 15 jan. 2009.

SILVA FILHO, J. F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: COSTA, N. R. (Org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

SOUZA, J. S.; BRAGA, J. E. F.; SOUZA, A. R. A estratégia da reabilitação psicossocial na concepção e prática do enfermeiro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56., 2005, Gramado. *Anais eletrônicos...* Gramado: ABEn, 2005. Disponível em: <<http://bstorm.com.br/enfermagem/index-p2.php?cod=75175&popup=1>>. Acesso em: 15 jan. 2009.

WAIDMAN, M. A. P. Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental. In: LABATE, R. C. (Org.). *Caminhando para a assistência integral*. Ribeirão Preto: FAPESP, 1999. p.389-407.