

VIVÊNCIAS DA PESSOA COM ENFERMIDADE PSÍQUICA EXPERIENCES OF PEOPLE WITH MENTAL INFIRMITY LAS EXPERIENCIAS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Marciana Gonçalves Farinha¹, Maria Cecília Moraes², Paulo Sérgio Berto³

RESUMO

Este artigo objetiva compreender o adoecimento psíquico e as dificuldades que a pessoa, com enfermidade psíquica, enfrenta a partir da percepção do próprio indivíduo que sofreu algum transtorno mental. Foi utilizada a metodologia qualitativa fenomenológica. Os dados foram coletados através de entrevista não estruturada, com 6 colaboradores, em que eles puderam falar livremente sobre temas referentes ao seu adoecimento psíquico e o tratamento em Saúde Mental. Como resultado tivemos: a dificuldade em gerir suas vidas, o isolamento, a dificuldade de ser compreendida pelo outro, angústia. Pudemos apreender que o indivíduo, portador de enfermidade psíquica, vive o sofrimento por, muitas vezes, precisarem de tratamento de longa duração que os distancia de sua vida, anterior à doença. Há ainda a necessidade de ter profissionais de Saúde que coadunam com as ideias da Reforma Psiquiátrica, que sejam continuamente capacitados para atender essa população. Outro aspecto importante é que esse profissional se atente para o funcionamento familiar do paciente portador de enfermidade psíquica e intervenha nestas relações, se necessário.

Descritores: Saúde Mental, Portador de Enfermidade Psíquica, Fenomenologia

ABSTRACT

This article aims to understand mental illness and the difficulties that a person with mental illness, faces from the perception of the individual that suffered some mental disorder. We used a qualitative phenomenological methodology. The data were collected through unstructured interviews with six employees, where they could speak freely about issues related to their mental illness and mental health treatment. As a result we had: the difficulty in managing their lives, the isolation, the difficulty being understood by another, anguish. We

¹ Psicóloga, Professora Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP-EERP, Professora Adjunto da Universidade Federal de Goiás – Câmpus Jataí.E-mail: mqfarinha@hotmail.com

² Professora Licenciada do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.E-mail: cila@hotmail.com

³ Médico, preceptor de aluno do 5º e 6º ano de Medicina da Universidade de São Paulo.E-mail: paulo.s.berto@uol.com.br

were able to apprehend the individual, the bearer of mental illness, the suffering lives, often needing long-term treatment than the distance of his life, prior to illness. There is still the need for health professionals that are consistent with the ideas of the Psychiatric Reform, who are continually trained to serve this population. Another important aspect is that this professional watch out for the family functioning of patients with mental illness and intervene in these relationships if necessary.

Key words: Mental Health, Bringer of Psychic Illness, Fenomenology

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo comprender la enfermedad mental y las dificultades que una persona con una enfermedad mental, se enfrenta a partir de la percepción de la persona que ha sufrido algún trastorno mental. Se utilizó una metodología cualitativa fenomenológica. Los datos fueron colectados a través de entrevistas no estructuradas con seis empleados, donde podían hablar libremente sobre cuestiones relacionadas con su enfermedad mental y el tratamiento de la salud mental. Como resultado, hemos tenido: la dificultad en el manejo de su vida, el aislamiento, la dificultad para ser comprendido por otro, la angustia. Hemos sido capaces de detener a la persona, el portador de la enfermedad mental, la vida que sufren, a menudo necesitan tratamiento a largo plazo de la distancia de su vida, antes de la enfermedad. Todavía existe la necesidad de profesionales de la salud que sean coherentes con las ideas de la Reforma Psiquiátrica, que son continuamente capacitados para atender a esta población. Otro aspecto importante es que este profesional ten cuidado con el funcionamiento familiar de pacientes con enfermedad mental e intervenir en estas relaciones, si es necesario.

Descriptores: Salud Mental, Portadora de enfermedad psíquica, Fenomenologia

INTRODUÇÃO

As reformas no modelo assistencial em saúde mental questionaram o papel e a natureza, tanto da instituição asilar quanto do saber psiquiátrico, propondo novas maneiras de reorganização dos saberes e serviços oferecidos⁽¹⁾. Vale dizer que essa transformação, na maneira como vemos e tratamos o enfermo mental, é recente e marcada por muita luta. No Brasil ela se intensificou na década de 1980 com a implementação de políticas públicas mais consistentes e a aprovação da lei nº 10.216⁽²⁾, conhecida como lei Paulo Delgado. Com ela

houve a criação de diversos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e a diminuição de leitos em hospitais gerais.

Importante dizer que no Brasil houve uma junção de desospitalização com fechamento de leitos hospitalares e desinstitucionalização mudança estrutural, mais política, que envolve todos os atores do cenário – profissionais de saúde mental, enfermo psíquico, família e sociedade, promovendo uma mudança radical nos serviços de tratamento oferecidos e substituição da internação hospitalar por serviços abertos que atendam as demandas do enfermo. Essa mudança pleiteada pela reforma psiquiátrica vai além da desconstrução dos manicômios – estrutura física – e passa pelas estruturas, presentes no interior de cada profissional e do sistema como um todo. Para tanto, é necessária uma revisão de valores e de condutas, normas, princípios e concepções tidas, por muitos até hoje, como corretas⁽³⁾. Uma vez que, em vários hospitais psiquiátricos, no Brasil, ocorreu à diminuição das vagas oferecidas e ou fechamento desses espaços sem uma profunda reflexão sobre a importância e fundamento dessas mudanças e, até mesmo, reorganização estrutural do tratamento em saúde mental discutida e implementada, considerando todos os envolvidos – profissionais de saúde, enfermo psíquico, familiares e sociedade.

Pensar serviços que atendam o enfermo psíquico após a implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil vai da implantação de serviços mais comuns e conhecidos em saúde mental como hospital-dia, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Convivência, Acompanhamento Terapêutico e, também, criação de outros serviços que contribua com o atendimento à pessoa em sofrimento psíquico estimulando efetivamente sua inserção na sociedade. Atualmente, o Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), presente em todo Território Nacional, pode ser um aliado importante nesse processo. Este programa tem como norte fundamental assistir o indivíduo e as famílias que residem dentro do território circunscrito àquela equipe. É um dispositivo que busca substituir o modelo hospitalocêntrico de tratamento em saúde, favorecendo um atendimento à saúde integral do ser humano.

O tratamento em saúde mental exige um exercício de cuidar do outro que vai além da assistência em situações de crise e passa, principalmente, em trabalhar a efetiva integração das pessoas com algum transtorno psíquico na comunidade e em serviços próximos ao seu território que favoreçam uma inserção real na sociedade que faz parte como serviços que promovam desenvolvimento de habilidades. Essa perspectiva do atendimento à pessoa em sofrimento psíquico exige equipes capacitadas para atender demandas individualizadas específicas, muitas vezes, exigindo um atendimento mais particularizado.

Entendemos que, na liberação dos costumes e dos valores presentes em nossa sociedade, as relações sofreram e, ainda sofrem, transformações percebidas nos modelos atuais de relacionamento amoroso, família, trabalho e entre os gêneros, tornando a vinculação entre as pessoas mais complexa do que outrora, quando a norma tradicional, de um lado, impunha a cada um o seu lugar na ordem social e, por outro lado, acolhia a todos, favorecendo maior participação no ambiente em que viviam⁴. Outro aspecto importante neste processo é que todas essas transformações que a sociedade vem sofrendo têm acarretado dificuldade de vinculação entre as pessoas, de adaptação e fluidez nas relações e maior quantidade de estressores, levando mais pessoas a sentirem-se sozinhas, tristes, desamparadas sendo umas das causas de adoecimento emocional e mental na atualidade⁽⁴⁾.

Nessa perspectiva de modernidade pensar a pessoa com enfermidade mental que, em sua condição humana de existir, se encontra doente ou incapacitado para exercer suas habilidades, exige do profissional que o atende a capacidade de estar junto dele, estando esse outro doente ou potencialmente doente, porque se apresenta com dificuldades emocionais podendo ser constantes e recorrentes, configurando-se como ser-enfermo-mental.

OBJETIVO

Compreender o adoecimento psíquico e as dificuldades que a pessoa com enfermidade psíquica enfrenta a partir da percepção da própria pessoa que sofreu algum transtorno mental.

METODOLOGIA

Este trabalho está ancorado na Metodologia Fenomenológica que nos permitirá uma reflexão existencialista sobre adoecimento psíquico a partir dos relatos de pessoas acometidas por algum transtorno psíquico. A Fenomenologia busca apreender a experiência vivida e sua significação como ela se apresenta na consciência. A atenção se volta para o específico, o peculiar, buscando não a explicação dos fenômenos estudados e, sim, a compreensão particular do que visamos conhecer. Essa orientação metodológica se propõe fazer uma reflexão sobre a coisa em si, sem desconsiderar o mundo exterior e o sujeito consciente, inserido nele⁽⁵⁾.

Para tanto, trabalhamos com o fenômeno situado e circunscrito na vivência do indivíduo, buscando compreendê-lo a partir do relato dessa experiência trazido pelo sujeito que vivencia determinada situação. É, portanto, com o discurso do sujeito que é feita uma

aproximação com a essência do fenômeno. Assim, a pesquisa na abordagem fenomenológica tem início com uma interrogação do pesquisador em relação ao fenômeno, e essa interrogação vai estar com o pesquisador até chegar à essência do fenômeno interrogado, situando-se numa região de inquérito, ou seja, está situada no mundo-vida desses sujeitos.

Para chegarmos à essência desse fenômeno é preciso suspender todos os valores e conhecimentos prévios do pesquisador, ou seja, colocar entre parênteses todas as informações e conhecimentos que temos *a priori* acerca do fenômeno que buscamos conhecer para que, assim, possamos vê-lo como ele se apresenta; em outras palavras, colocando-o em evidência, para que se manifeste por si mesmo. É o momento da redução fenomenológica. Com a postura do fenomenólogo, que coloca em suspensão os pré-conceitos, conhecimentos prévios ou julgamento, o pesquisador parte para reconhecer os momentos significativos do discurso, distinguindo-os daqueles que não o são⁶.

A partir dos relatos de pessoas acometidas de algum transtorno psíquico nas entrevistas, obtivemos as descrições e, posteriormente, imbuído na postura fenomenológica, pudemos apreender a experiência vivenciada, bem como os significados atribuídos a ela pelo próprio sujeito. Essas descrições são o primeiro movimento para abordar o fenômeno que se quer conhecer, e nos possibilitarão conhecer as unidades de significado para assim compreendermos o fenômeno interrogado à luz da Psicologia. A importância dessas descrições está na explicitação que faz da percepção do mundo-vida dos sujeitos⁽⁶⁾.

Neste trabalho utilizamos a análise fenomenológica que é composta de quatro momentos⁽⁶⁾:

- ✓ Primeiro momento: foram realizadas as transcrições dos relatos dos entrevistados; posteriormente, uma leitura atenta e integral das falas dos entrevistados sem se deter, identificar ou interpretar qualquer elemento contido no texto, com o intuito de apreender o sentido geral, o todo;
- ✓ Segundo momento: fizemos uma releitura das descrições, para abstrair as unidades de significado que não estavam prontas ou fechadas, mas foram apreendidas pelas pesquisadoras, que buscaram compreender e interpretar os significados que são atribuídos ao fenômeno ora indagado e, assim, poder construir as categorias pelas convergências e/ou divergências encontradas nas unidades de significado;
- ✓ Terceiro momento: após a discriminação das unidades de significado agrupamo-las em categorias transferindo-as de relatos dos entrevistados para discurso psicológico e, assim, buscamos a compreensão da vivência do informante à luz da Fenomenologia. Com esse

intuito usamos a reflexão e a variação imaginativa, que são todas as variações possíveis a respeito do conteúdo lido;

- ✓ Quarto momento: momento da compreensão-interpretação fenomenológica a partir das categorias que emergiram do discurso dos entrevistados, para chegar a uma descrição da estrutura psicológica do fenômeno interrogado. Nessa fase do trabalho chegamos aos significados da experiência vivida, que descrevemos e reduzimos, para que o material seja organizado e resignificado à luz de suas convergências e divergências, possibilitando a compreensão do fenômeno indagado.

Foram colaboradores deste estudo 6 (seis) colaboradores, que tiveram seus nomes trocados para preservar suas identidades, com estória de sofrimento psíquico que eram atendidas em um Programa de Saúde da Família (PSF) de uma cidade do interior paulista. Foram realizados estudos nos prontuários cadastrados no serviço, os que tinham um diagnóstico de algum transtorno psíquico e eram acompanhados pelas agentes comunitárias da saúde (ACS), foram convidados a participar da pesquisa. Após a explicação da pesquisa e dos direitos éticos aos colaboradores foi realizada uma entrevista não estruturada em que os colaboradores foram ouvidos e puderam falar de sua vida, da enfermidade que tinham, o tratamento em saúde mental e outros assuntos que quisessem. Os relatos foram gravados com o consentimento dos entrevistados.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, conforme Protocolo número 0393/2003.

As categorias selecionadas foram as seguintes: história de vida, percepção da situação, enfrentamento, percepção do outro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os relatos dos entrevistados foram analisados e organizados em oito categorias, neste trabalho traremos quatro delas para refletir o fenômeno ora investigado: a percepção da enfermidade psíquica por pessoas que tem um familiar acometido de algum transtorno psíquico e estão seguindo o tratamento com uma equipe especializada – médico psiquiátrico do serviço especializado ou generalista do PSF, agentes comunitárias de saúde e acompanhante terapêutico.

1ª categoria: História de vida

Como condição de existente no mundo, Ari se percebe como homem-casado-pai-trabalhador e se relaciona como ser temporal envolvido com sua finitude existencial. Em seu relato, demonstra essa compreensão de um indivíduo vivendo no seu tempo, com uma sequência lógica dos fatos que marcaram sua vida.

(...) Eu tive uma infância muito feliz. Depois que cresci já fui coordenando minha vida normal, tive certas 'caídas' na minha vida, mas, me recuperei, tive bons trabalhos e (...) depois assumi responsabilidade de uma união que eu convivi 40 anos com minha esposa, tive uma filha legítima com minha esposa, outra adotiva (...) é, (...) outra adotiva. Com minha força de vontade, (...) nunca faltou trabalho para mim. Sempre agradei a Deus e todas bênçãos divinas. Consegui criar minhas filhas, tinha uma vida estabelecida média, não era rico mas era (...) tive uma pequena firma de raspação de taco e aplicação de sinteco onde trabalhei praticamente 45 anos. Tive uma vida estável média (...) Ari.

Um aspecto importante aparece nos relatos de Elaine quando explicita, em sua história de vida, o desencontro com o outro. Muitas vezes, a enfermidade mental está relacionada a esse desencontro. Essa colaboradora traz, em seus relatos, o distanciamento do marido devido a alucinações e a pensamentos delirantes, o que provocava várias brigas e até atos de violência entre eles, trocados por ambos. O relato a seguir explicita uma cena dessa violência, dele contra ela:

(...) chegou num ponto que, aos 17 anos de casada, não tinha mais nada a ver (nós dois juntos), aí ele foi embora, ele tinha me batido e a polícia e meu irmão pôs ele para fora, ele foi embora e foi morar com outra (mulher) (...) só que levou meus filhos e eu não queria, queria que meus filhos tivessem ficado comigo (...) Elaine.

Maria Lúcia, médica psiquiatra de Elaine, a ajudou a compreender sua dependência financeira do marido como impeditivo real para uma separação, o que nossa colaboradora não conseguia perceber sozinha, pela dificuldade em planejar e executar ações, que aventamos ser devido à angústia que vivenciava naquele momento.

(...) Dra. Maria Lúcia (psiquiatra que iniciou seu tratamento) (...), ela também ficava desesperada porque eu não tava ganhando dinheiro então como que eu ia pagar advogado para separar (...) então ela falava primeiro você precisa ganhar o seu dinheiro Elaine.

Esse desencontro com as pessoas ao seu redor é relatado por Edivânia:

(...) eu tava grávida, tinha (...) fiquei deprimida. E, ninguém conseguia me entender (...) Assim, eu precisava falar muito de (...) eu não tinha com quem conversar (...) Edivânia.

Essa colaboradora demonstra a necessidade de falar, desabafar, ser ouvida, ser compreendida, mas explicita a incapacidade de construir ou buscar uma relação pautada na troca, na afetividade, enfim, uma relação mais amadurecida.

Em uma pesquisa realizada sobre funcionamento familiar no contexto de saúde mental⁷ foi encontrado que a melhora no funcionamento familiar entre os membros está associada à recuperação do paciente portador de enfermidade psíquica. Outro aspecto importante é que a intervenção realizada na família diminui o estresse e encoraja uma positiva interação entre os membros.

2ª categoria: Percepção da situação

Vânia demonstra sua dificuldade com a entrevista. Inicialmente tinha concordado em participar após a pesquisadora ter explicado sobre o que versaria a entrevista e como ocorreria. A experiência de falar sob o olhar de um outro, um gravador, é uma proposta pouco comum para ela. Este momento foi vivenciado por Vânia com aflição do “não saber fazer” que deu lugar à insegurança.

Eu não falei que eu tô (...) escuta (...) o que que eu faço meu Deus? (...) eu não sei fazer essa entrevista (...) deixa eu ver meu Deus (...) o que que eu faço? Como é a pergunta que você fez? (...) Eu ia falar eu esqueci, aí meu Deus (...) aí eu eu não sei (...) é (...) é(...) é terapêutico (...) Vânia.

Vânia abriu espaço para se lançar e, nesse processo, descobrir-se fazendo e, assim, possibilitou o encontro com o outro pelas suas necessidades. Dessa maneira, interagiu e transformando a si e ao outro, construindo novas possibilidades de ser.

3ª categoria: Enfrentamento

Percebemos que a angústia e a solidão atuam neste momento como um estímulo para lutar, buscando caminhos mais satisfatórios para a vida de Ari, que fala da angústia de se deparar com o vazio da vida inautêntica que se desvela quando atribui ao outro — os familiares — a sua solidão, favorecendo um isolamento sem, com isso, comprometer-se em estabelecer, ele próprio, relações mais satisfatórias com seus familiares.

(...) mas eu luto contra esses momentos de desânimo, de angústia ou é parte da vida que eu levo nesta solidão (...) por que eu sinto uma vida muito desprezada por parte dos familiares – filhas – (...) por parte dos familiares sinto desprezado (...) Ari.

Há que se pensar que nós, seres humanos, vivenciamos um isolamento que é uma lacuna, que não é suprido pelo outro, e somente pode ser diminuído através do autoconhecimento e da conscientização da responsabilidade de cada um com a sua vida e as suas escolhas.

Quando temos conhecimento da nossa condição de seres de falta e nos responsabilizamos por nossas escolhas, possibilitamos assumir nossa carência e orfandade e nos organizamos de outras maneiras mais satisfatórias. Podemos ver nas palavras de Ari, que ao mesmo tempo em que mostra o desânimo e a angústia, afirmando que não é dono de sua vida, ele explicita uma força que o impulsiona à realização de seus projetos.

A limitação, a falta pode ser sentida como fraqueza, impedimento do indivíduo ela lhe dá identidade e norte. Ela pode ser sentida como aprisionador o que traz o impedimento de vivenciar ou a estagnação do ser, ou ainda, pode ser sentida como balizador que favorece o caminhar pela vida, ir além¹⁰.

4ª Categoria: Percepção do outro

Com Vânia, a at entrou na co-participação do tratamento com o objetivo inicial de sensibilizar sua família e ela mesma da necessidade de tratamento.

Por que parece que você estava insistindo comigo, (...) porque parece que tava insistindo né (...) você forçou um pouquinho de eu ir (...) eu não queria ir (para a internação) (...) eu fiquei com raiva de você (...) eu não queria mais te ver (...) porque você forçou um pouquinho a barra, você (...) acho que foi você que fez meus irmãos me levarem não foi? (...) eu achei que você forçou um pouquinho assim eles (...) Vânia.

No relato de Vânia, aparece a incapacidade de se cuidar pela negação de sua patologia, dor e limitações como andar e deitar-se devido ao seu estado orgânico demonstrado pela indiferença, desinteresse e apatia. Ela apresentou também grande sensibilidade quando relatou saber de tudo que se passou ao redor dela, inclusive todas as negociações do at com os familiares e desses com a equipe de saúde do PSF.

Ressaltamos, aqui, que é comum essa hostilidade do enfermo mental com a equipe que o trata e da negação do tratamento por ele. Para alguns autores⁽¹¹⁾, esta atitude é devido, principalmente, à dificuldade que essas pessoas têm em lidar com os sentimentos de carência. Essa carência favorece que elas se distanciem da realidade negando suas necessidades e/ou rompendo relacionamento com as pessoas ao seu redor, desconectando, assim, do seu ambiente e da realidade que lhe é dolorosa, mas por outro lado vivendo de maneira isolada.

Um outro aspecto, neste sentido é que os serviços de saúde como CAPS devem pensar atividades que favoreçam a reinserção do usuário e que esses cuidados precisam focar a construção da autonomia¹². Nesse sentido, acreditamos que todos os serviços que atendam pessoas em sofrimento psíquico devem se focar em ações que visem à reinserção e autonomia

deles na comunidade. Para esses autores a construção da autonomia é prejudicada por atitudes de excesso de cuidado, paternalistas que caminham em sentido contrário à reinserção social.

Após o exposto acima é importante ressaltar que o atendimento à pessoas em sofrimento psíquico deve ser considerado a partir de intervenções olhando para a existência-sofrimento do indivíduo e suas expressões¹³. Pensar atendimento a pessoas que por qualquer motivo seja ele volta de internação psiquiátrica ou aparecimento de patologia psíquica exige que se ofereçam serviços de assistência que atendam essa população.

Na trajetória deste trabalho nos deparamos com uma gama de sofrimento tais como angústia e solidão (Ari, Daniela, Sandra, Edivânia, Vânia), dificuldades de relacionamento interpessoal com a mãe (Sandra, Elaine, Daniela), com o marido (Edivânia, Elaine) com os filhos (Elaine, Ari), com os irmãos (Vânia, Daniela), sentimento de impotência frente ao cotidiano (Ari, Daniela), resistência ao tratamento (Ari, Daniela, Vânia, Elaine), o que ocasionou, por motivos diversos, algum rompimento com a realidade como ocorrência momentânea ou não de adoecimento para essas pessoas.

O enfermo mental se percebe como ser limitado em sua vontade, em sua potência, em seus desejos e como tal, limitado em sua existência. Nessas circunstâncias apresenta debilidade em cuidar-se, adoecendo, o que pode se manifestar como depressão (Ari), desmotivação (Ari), comportamentos disruptivos com compras excessivas sem condições de saldar suas dívidas (Daniela e Edisa) ou saídas pela cidade em momentos de forte angústia, colocando em risco sua vida (Edivânia), e ainda, comportamentos inadequados como xingamentos (Sandra). Essa limitação pode se apresentar também através de delírios e alucinações, dificuldades em gerir sua vida de maneira satisfatória como comprar seu próprio alimento, fazer sua comida, cuidar de sua casa (Vânia).

CONCLUSÃO

Buscamos neste artigo compreender o adoecimento psíquico e as dificuldades que a pessoa com enfermidade psíquica enfrenta a partir da percepção da própria pessoa que sofreu algum transtorno mental. Pudemos apreender que o indivíduo, portador de enfermidade psíquica, vive o sofrimento por, muitas vezes, precisarem de tratamento de longa duração que os distancia de sua vida, anterior à doença. Os colaboradores deste estudo apresentaram quadro cronificado de vários anos de tratamento e, não raro, diversas histórias de abandono do tratamento e retorno com a agudização dos sintomas.

Pensar o indivíduo em sofrimento psíquico nos remete à dor, à angústia e ao sofrimento, próprios da condição humana de existir. Quando ele não é compreendido por outros seres humanos e pela equipe de saúde, ocorre um distanciamento entre quem sofre e o outro ser, seja familiar, seja pessoa da comunidade, ou seja, da equipe de saúde, ocasionando dor e exclusão. Os serviços substitutivos à internação oferecidos na rede carecem de reflexão para uma efetiva mudança no paradigma de tratamento em Saúde Mental transformando para isso o imaginário social sobre a loucura com uma sociedade de inclusão e solidariedade.

Há ainda a necessidade de ter profissionais de Saúde que coadunam com essas ideias da Reforma Psiquiátrica, que sejam continuamente capacitados para atender essa população. Outro aspecto importante é que esse profissional se atente para o funcionamento familiar do paciente portador de enfermidade psíquica e intervenha nestas relações, quando necessário.

Há também a necessidade de implementar uma rede de atenção à Saúde Mental que permita a inclusão das pessoas acometidas de sofrimento psíquico na sociedade de maneira ativa é que vá além dos serviços de saúde em direção à atender as necessidades dessas pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amarante, PA. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 2000.
2. Brasil. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 07 de abril de 2001. [citado em 24 de abril de 2011]. Disponível em: <http://www.concepcaoconcursos.com.br/Images/upload/File/CRP-03/Analista%20Pesquisador/Lei%20Federal%2010216-01.pdf>.
3. Pereira, MAO. Psychosocial rehabilitation in mental health care: strategies under construction. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na internet]. 2007 [citado em 2011 set 15]; 15(4), p. 658-664. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000400021>.
4. Farinha, MG.. Acompanhamento terapêutico como estratégia de inserção da pessoa em sofrimento psíquico na comunidade: estudo em um Programa de Saúde da Família. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.

5. Dartigues, A. O que é fenomenologia? Rio de Janeiro: Livraria Eldorado, 2005.
6. Martins. J. e Bicudo, VMA. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 5 ed. São Paulo: Centauro; 2005. 110 p.
7. Woodside B, Lackstrom J, Shekter-Wolfson L, Heinmaa M. Long-term follow-up of patient-reported family functioning in eating disorders after intensive day hospital treatment. J Psychosom Res. 1996; 41(3):269-77.
8. Belardinelli C, Hatch JP, Olvera RL, Fonseca M, Caetano SC, Nicoletti M, et al. Family environment patterns in families with bipolar children. J Affect Disord. 2008; 107:299-305.
9. Stein D, Williamson DE, Birmaher B, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Parent-child bonding and family functioning in depressed children and children at high risk and low risk for future depression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000; 39 (11):1387-95.
10. Pompéia, JA. Corporeidade. Daseinsanalyse, 2003, n. 12.
11. Mauer, SK, Resnizky, S. Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos: manual introdutório a uma estratégia clínica. Campinas : Papyrus, 1987.
12. Mielke, FB, Kantorski, LP, Olschowsky, A. & Jardim, VMR. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. Trab. educ. saúde (Online). 2011, out. 9(2): 265-276. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000200006>, acessos em 07 fev. 2013.
13. Rotelli, F. De Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "países avançados". In: Nicácio, MFS. (Org.). Desinstitucionalização. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001: 17-49.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2012-12-01

Last received: 2013-07-10

Accepted: 2013-12-18

Publishing: 2013-12-20

Corresponding Address

Marciana Gonçalves Farinha

Av. Riachuelo, nº 1530 - Setor Samuel Graham – Jataí – GO - CEP: 75804-020.

Fone: 64 8122.2082, e-mail: mgfarinha@hotmail.com