

VISITA DOMICILIAR DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL: IDÉIAS PARA HOJE E AMANHÃ NURSING HOME VISITS IN MENTAL HEALTH: IDEAS FOR TODAY AND TOMORROW

Amanda Márcia dos Santos Reinaldo¹
Ruth Milyus Rocha²

RESUMO: Apresenta-se uma revisão histórica bibliográfica, na qual utilizamos textos e documentos como fonte de informação, trabalhando basicamente duas vertentes do tema: a assistência aos usuários de serviços de saúde mental privilegiando as orientações e os princípios da Reforma Psiquiátrica; e os aspectos históricos da VD, chegando a um ponto no qual essas vertentes se encontram.

PALAVRAS-CHAVE: Visita Domiciliar; Enfermagem; Saúde Mental.

ABSTRACT: A historical bibliographic review is presented in which texts and documents are used as sources of information. Basically, two facets related to the theme are addressed: the care to users of mental health services according to the orientation and principles of the Psychiatric Reform; and the historical aspects concerning home visits, reaching a point where these facets meet.

KEY WORDS: Nursing Home Visit; Nursing; Mental Health.

INTRODUÇÃO

O transtorno mental sempre foi visto como um desvio em relação a um padrão de comportamento pré-estabelecido, do que seja normalidade, tanto pela sociedade em geral, como pela ciência. Considerado desviante, a solução historicamente encontrada foi o afilamento como forma de contê-lo. No entanto a internação afasta o indivíduo de seu mundo, institucionalizando-o, destruindo assim os canais de comunicação que ajudariam os pacientes a se reintegrar em suas famílias, empregos e comunidade após a saída do hospital. Atualmente existem mecanismos para minorar este sofrimento, entre eles os dispositivos propostos pela Reforma psiquiátrica, como a reabilitação psicossocial, o fim dos hospitais psiquiátricos com a criação de leitos em hospitais gerais e a ascensão dos serviços extra-hospitalares, vislumbrando a manutenção do usuário em acompanhamento ambulatorial ou domiciliar, que pode ser feito por meio das visitas domiciliares (VD).

As VD constituem um instrumento facilitador na abordagem dos usuários e sua família. Por meio desse recurso podemos entender a dinâmica familiar, com o objetivo de verificar as possibilidades de envolvimento da família no tratamento oferecido ao usuário. Acreditamos que a VD, após a alta, fornece aos usuários dos serviços de psiquiatria suporte para que os mesmos possam dar continuidade ao tratamento, evitando assim a re-internação. Sua importância vai além do acompanhamento do usuário,

engloba também a família deste, que é vista por nós como uma unidade epidemiológica, social e administrativa de trabalho.

Este estudo tem como objetivo apresentar uma revisão bibliográfica sobre as visitas de enfermagem, com especial interesse para na área da enfermagem psiquiátrica e saúde mental com o intuito de contribuir para a expansão do campo de conhecimento da atuação do enfermeiro psiquiátrico no que se refere ao cuidado do paciente.

DAS VISITADORAS SANITÁRIAS ÀS ENFERMEIRAS VISITADORAS - RELATO HISTÓRICO

Conhecer a história do surgimento das visitas domiciliares de enfermagem nos faz observar o quanto ela se confunde com o nascimento da enfermagem em saúde pública, e sua relação com a história da saúde pública no mundo, o que nos leva a pensar sobre novos desdobramentos do cuidado da enfermagem principalmente em relação à saúde mental.

Os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram sempre estiveram relacionados com a natureza da vida em comunidade. Na Grécia (443 a.c) já encontramos relatos de médicos que percorriam as cidades prestando assistência às famílias, de casa em casa, orientando-as quanto ao controle e à melhoria do ambiente físico, provisão de água e alimentos puros, alívio da incapacidade e do

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. E-mail: amanda@eerp.usp.br

² Docente da Faculdade de Enfermagem – Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Doutora em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social – UERJ.

desamparo. Para eles a saúde estava relacionada a ter “pensamentos sadios” ROSEN (1994, p. 31). Na Europa, durante o Iluminismo, a prática das visitas domiciliares foi retomada com grande entusiasmo. A saúde pública era reconhecida como ciência e as visitas domiciliares eram apontadas como uma forma de educar e assistir à população. Segundo ROSEN (1994, p. 272), naquele período, surgiram novos sanitaristas, entre eles o nutricionista e o higienista dental, entretanto para o autor, “o primeiro e mais importante desses profissionais é a enfermeira de saúde pública.” Na Inglaterra, Estados Unidos e também em outros países, a tradição de oferecer assistência médica e de enfermagem aos doentes pobres fez com que esses profissionais, em maior escala as enfermeiras, se deslocassem dos hospitais para a comunidade, de casa em casa, elas exerciam práticas educativas que epidemiologicamente surtiram efeito no combate aos males que assolavam aqueles países, tais como “...cólera, peste, varíola, tifo, mortalidade infantil e outras tantas epidemias de febres que surgiam” ROSEN (1994, p. 273).

Entre os anos de 1854 e 1856, anteriormente ao surgimento das enfermeiras visitadoras essa prática era realizada por mulheres da comunidade sem muita instrução, que recebiam um salário do Estado para educar as famílias carentes, quanto aos cuidados de saúde. Elas eram chamadas de visitadoras sanitárias e a Sociedade de Epidemiologia de Londres, era responsável por este treinamento. A experiência mostrou que havia pouca uniformidade no sistema; assim os dirigentes dos distritos sanitários observavam que ao se empregar mulheres de educação superior, tais como médicas, enfermeiras e parteiras diplomadas haveria uma otimização na assistência aos pobres ROSEN (1994, p. 274).

No início do século XX, a enfermagem em saúde pública estava inserida em todos as instâncias responsáveis pela saúde pública nos Estados Unidos. Essa tendência foi acompanhada pelos países da Europa e em menor grau por outros países. No ano de 1951, nos Estados Unidos, estavam em atividade 25.461 enfermeiras de saúde pública, 12.556 trabalhando com visitas domiciliares, estas agências mantinham o trabalho das enfermeiras junto às comunidades, visando atender os problemas das mesmas como um todo “inclusive a prevenção da doença mental” ROSEN (1994, p. 276).

No Brasil, não foi muito diferente. Foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras na cidade do Rio de Janeiro, a partir do decreto nº 791, de 27 de setembro de 1890 no Hospital Nacional de Alienados. As elites intelectuais da época estavam convencidas de que para transformar o Brasil em uma nação, a única estratégia possível seria a melhoria das condições de saúde da população ROSEN (1994, p. 623).

Carlos Chagas em 1918 então diretor da DNSP (Departamento Nacional de Saúde Pública) assumiu o cargo de diretor do Instituto Oswaldo Cruz. Tornaram-se, ele e Plácido Barbosa, diretor do Serviço de Tuberculose do DNSP em 1918, grandes incentivadores da criação de cursos e escolas, entre

elas a Escola de Enfermeiras Visitadoras, criada com apoio da Fundação Rockefeller em 1923, afirmavam que:

“[...] a doença advinha primeiramente da habitação, das condições de vida dentro de casa [...] a profilaxia tornava-se necessária... tanto a correção dos defeitos da habitação como a programação de novos hábitos de higiene entre seus ocupantes, o que requeria a formação de profissionais voltados para a educação e saúde [...]. esse papel seria desempenhado por enfermeiras visitadoras...” ROSEN (1994, p. 624).

Até então quem realizava esse trabalho eram as chamadas visitadoras de saúde. Assim como os visitantes sanitários na Inglaterra e Estados Unidos, elas eram “[...] agentes leigos que assistiam à população com conhecimento empírico, sem organização e controle formais” MOREIRA (1999, p. 622).

A Fundação Rockefeller foi convidada pelo governo republicano, na década de 1920, para contribuir com a modernização da saúde pública brasileira; os Estados brasileiro e norte-americano, através da DNSP, instituíram um processo de estruturação da enfermagem profissional. A Fundação Rockefeller atuou no Brasil de 1916 a 1942, registrando em relatórios periódicos os diagnósticos, as ações e as tendências do quadro sanitário local. Quando chegaram no Brasil, as enfermeiras norte-americanas identificaram uma série de problemas, entre eles a desqualificação do trabalho das visitadoras de saúde, houve um interesse do governo brasileiro em criar um centro de treinamento para enfermeiras visitadoras no estado do Rio de Janeiro, em conexão com a Faculdade de Medicina sediada na capital. MOREIRA (1999, p. 627).

Um curso de seis meses foi criado em caráter emergencial para as visitadoras de saúde; simultaneamente as enfermeiras norte-americanas modificaram a denominação de “*visiting nurses*” para “*health visitors*”. Esta mudança era uma forma de diferenciar o cuidado oferecido pelas visitadoras de saúde, sem formação adequada para o cuidado que seria oferecido pelas futuras enfermeiras visitadoras, “reconhecidas por seleção e por códigos de exercício da profissão, baseados em padrões científicos e vocacionais” ROSEN (1994, p. 631).

Para BARROS (1996, p. 61), a enfermagem moderna, de acordo com os princípios de Florence Nightingale, surgiu no Brasil durante este período, com a criação da Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, que posteriormente recebeu o nome de Escola Anna Nery. A atuação da Fundação Rockefeller no Brasil modificou a imagem das enfermeiras brasileiras. A assistência “inteligente e piedosa aos doentes” era recompensada pelo reconhecimento da população e dos políticos, que através de doações orçamentárias favoreciam o desenvolvimento da enfermagem profissional COLEÇÃO ROCKEFELLER apud MOREIRA (1999, p. 21).

A VISITA DOMICILIAR INSERIDA NOS SERVIÇOS EXTRA-HOSPITALARES COMO INSTRUMENTO DE RE INSERÇÃO DO USUÁRIO NA FAMÍLIA

As visitas domiciliares são instrumentos de trabalho preciosos no cuidado de enfermagem, sendo utilizadas nas mais diferentes formas de acompanhamento dos pacientes, quer sejam eles: hemodinamicamente instáveis, neurológicos, oncológicos, geriátricos, psiquiátricos ou como uma forma de atenção primária à saúde.

São inúmeras as possibilidades de se utilizar este tipo de cuidado nas mais diversas especialidades. A criação do *home care*, e o programa de saúde da família, financiado pelo governo federal são exemplos de experiências que demonstram o que vários autores, entre eles GAMBA (1998), PEREIRA, LABATE & FARIAS (1998) e RODRIGUES & CASAGRANDE (1996) já afirmaram em seus estudos. Quando bem utilizadas, as VD reduzem custos hospitalares, melhoram o prognóstico dos pacientes em alguns casos, e tem-se a oportunidade preciosa de educar não só o paciente mais a família, ou seja seus cuidadores.

O manejo e o cuidado das pessoas que estão saindo do hospital psiquiátrico exigem que o enfermeiro esteja preparado para ajudá-las, pois ao se depararem com as dificuldades e exigências da vida em comunidade é provável que elas voltem a uma situação de asilamento e deterioração no convívio social. “As condições de agudez e de cronicidade não dependem exclusivamente da enfermidade, como também das situações de vida do paciente e sobretudo da maneira de atendê-lo” SARACENO apud MARTINEZ; MACHADO (1998, p. 109).

PITTA (1996, p. 19) define reabilitação psicossocial como “o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia, do exercício de suas funções na comunidade”. Concordamos com a autora quando sugere que este processo deva enfatizar as “partes sadias” e as potencialidades do indivíduo, por meio de uma abordagem compreensiva e um suporte residencial, social, recreacional e educacional, ajustados às demandas do indivíduo.

ROTELLI (1994, p. 163) na Conferência realizada no Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, em 1989, referindo-se à especificidade do trabalho nos Centros de Saúde de Trieste, afirmou que esses centros foram criados em estruturas físicas semelhantes a casas, sendo que cada centro é responsável pelos moradores daquela região, que conta com cerca de 40 mil habitantes. As atividades do centro são desenvolvidas nas casas das pessoas, e 60% destas, são realizadas por médicos e enfermeiros nas comunidades.

Estudo realizado por MECHANIC e McALPINE (2000, p. 354-358), sobre o cuidado dos pacientes psiquiátricos, acompanhados nas *Nursing Homes* nos Estados Unidos entre 1985 e 1995, revelou que a procura por este tipo de serviço, onde o indivíduo é

acompanhado diariamente em regime de semi-internação, hospital-dia e por VD, tem aumentado. Segundo a *National Nursing Homes*, isto é reflexo da qualidade do atendimento de enfermagem oferecido para essas pessoas. Ainda segundo este estudo, as *Nursing Homes* são procuradas nas modalidades de hospital-dia e semi-internação, por pessoas com comprometimento severo e com algum tipo de demência associada ao transtorno mental. Jovens com diagnóstico recente de transtorno mental, e que não tenham co-morbidade associada, preferem o acompanhamento através de VD, que são realizadas em suas casas, locais de trabalho ou escola, em intervalos de tempo pré-determinado. As visitas de enfermagem são direcionadas a orientar o usuário quanto ao transtorno mental, autocuidado, identificação de situações de risco e uso da medicação.

Afirmam GUPTA e GOLDSTEIN (1999, p. 1547) que este tipo de acompanhamento tem colaborado para diminuir a demanda aos serviços de *Nursing Homes*, visto que os usuários permanecem inseridos na comunidade desempenhando suas atividades, o que colabora para a redução dos índices de internação ou semi-internação. Segundo as autoras, vários usuários têm se beneficiado desse serviço. Bem organizado e com profissionais capacitados, este tipo de cuidado tem colaborado para a educação dos familiares e comunidade na qual o usuário está inserido, possibilitando que o restante da equipe consiga acompanhar o usuário em vários momentos, (casa, trabalho, comunidade) através dos registros da equipe de enfermagem.

Um estudo realizado em 1995, com 174 usuários de Brockwille (Ontario), avaliando a satisfação dos mesmos em relação ao programa de reabilitação comunitária daquela cidade, revelou que 51% deles estavam satisfeitos com esta modalidade de atendimento, considerando que a mesma não interferia em suas atividades diárias, não privando-os do seu convívio familiar ou no ambiente de trabalho.

No Hospital Psiquiátrico de La Habana, Cuba, (OPAS/OMS, 1992;135-142), em onze anos 3.840 usuários considerados crônicos tiveram alta e foram reintegrados na comunidade, sendo também re-inseridos no mercado de trabalho. A equipe de assistência formada por um enfermeiro, um terapeuta ocupacional e um instrutor que assiste o usuário em suas atividades laborativas e recreacionais, o acompanham durante todo o processo de desinstitucionalização. O psiquiatra é acionado quando a equipe avalia que seja necessário. A equipe aponta que o usuário crônico apresenta danos na noção de si mesmo, decorrentes da enfermidade, e tratamento mal conduzido. Sendo esses dados relacionados:

- À própria doença – a experiência de “ter ficado louco” gera sentimentos de vergonha, culpa e perda da confiança e auto-estima.

- Ao tratamento – o dano causado pela hospitalização em uma enfermaria psiquiátrica, atestando assim a “loucura”, a separação da família com conseqüente perda de um lugar entre seus

pares. Os efeitos da medicação que podem modificar a auto-imagem.

- Aos fatores ambientais – as reações dos familiares, e da comunidade diante do transtorno mental.

Tendo como base esses danos, a equipe traça metas com o objetivo de apoiar o usuário naquele momento de transição entre o que foi “perdido” e o “novo”, que agora se apresenta. São ensinadas novas habilidades, e resgatadas antigas, orientando-os para que sigam um novo caminho, à procura da satisfação pessoal. O trabalho de desinstitucionalização e reabilitação inicia-se dentro da própria instituição hospitalar, a equipe junto com o usuário desenvolve uma rotina de tarefas, que incluem a reestruturação de suas atividades no tempo e espaço, de forma que ele possa compartilhar com as outras pessoas, o que é denominado pela equipe de “áreas primárias da vida”, a saber: descanso, trabalho e prazer.

Essas áreas primárias são trabalhadas de acordo com as necessidades e possibilidades do usuário. Após o término da internação, ele é transferido para um lar abrigado, hospital-dia e finalmente retorna à comunidade. Durante este período a equipe, através de VD, prepara a família para recebê-lo. Há uma parceria com o comércio local, sendo desenvolvido um projeto de re-inserção do usuário no mercado de trabalho. No final deste processo, a equipe passa a visitar o usuário e sua família a cada três meses, avaliando a readaptação de ambos.

SOTT (1998, p. 14), em estudo realizado nas cidades de Juiz de Fora e Barbacena, avaliou os serviços de assistência comunitária em psiquiatria, comparando uma amostra de usuários que tiveram acesso a esses serviços, e outra amostra dos que não tiveram. A primeira amostra era constituída de usuários oriundos de uma clínica privada conveniada e a segunda de um hospital público. Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: no primeiro avaliou-se, junto aos familiares, a percepção que eles tinham da assistência recebida pelo usuário após alta. O outro instrumento de coleta foi aplicado junto ao profissional responsável pelo tratamento e avaliava, em quatro seções, o grau de comprometimento que porventura restringisse a capacidade de adaptação do usuário à vida na comunidade.

Obteve-se como resultados que, na amostra de usuários que dispunham de assistência comunitária, os mesmos tinham melhores condições de lidar com os problemas relativos ao transtorno que os acometia e com os conflitos vivenciados em relação com a família e comunidade. Já a segunda amostra dispunha de precária assistência comunitária. O autor relata que uma grande parcela dessa população estava totalmente desassistida após a alta hospitalar, e o restante dispunha de uma assistência inexpressiva, que se resumia a poucas informações e orientações transmitidas pelos membros da equipe terapêutica. Esse significativo contraste possibilitou uma análise sobre o papel desempenhado pelos serviços comunitários no modelo de assistência à saúde mental.

De acordo com o exposto, acreditamos que as visitas domiciliares constituem um instrumento facilitador na abordagem do usuário e sua família. Através desse recurso, os profissionais de saúde mental podem entender a dinâmica familiar, com o objetivo de verificar quais as possibilidades de envolvimento dos familiares no tratamento e acompanhamento do usuário, visando sua reintegração no domicílio

As mudanças que ocorreram nos últimos anos, na saúde mental, foram extremamente necessárias. Foram contempladas, em seu bojo, não só os usuários, mas também os profissionais de saúde, familiares e a sociedade em geral. Acreditamos que o usuário tem direito ao resgate de sua cidadania, pois, historicamente ele foi o mais lesado em todo o processo de evolução da psiquiatria, e a família que exige atendimento e orientação adequada também resgata sua identidade, lesada quando se institucionalizou o saber dos transtornos mentais.

VISITA DOMICILIAR DE ENFERMAGEM E O PROCESSO DE RE-INSERÇÃO DO USUÁRIO DE SAÚDE MENTAL NA FAMÍLIA

Quando fragmentamos o cuidar, estamos possibilitando que a nossa assistência fracasse; as re-internações muitas vezes já denotam a ineficácia terapêutica devido à ausência de uma intervenção global, que considere o manejo do usuário no domicílio e na comunidade. Durante muito tempo o atendimento ao usuário de saúde mental conforme já apontado, esteve ligado às instituições hospitalares, cuja assistência oferecida estava limitada a internações prolongadas, mantendo o indivíduo afastado do seu meio social e familiar. Esta forma de atendimento, a partir da década de oitenta no Brasil, tem sido discutida e questionada, tanto no âmbito político, quanto entre profissionais de saúde e militantes ligados a essa área.

As diretrizes preconizadas pela Reforma Psiquiátrica visam a melhoria da qualidade de vida do usuário, na forma do resgate de sua cidadania. Esta qualidade de vida pode ser oferecida através de um melhor atendimento, redução das internações e período de internação, e sempre que possível manutenção do usuário no meio familiar através de uma rede de saúde que ofereça suporte para esta família.

No Brasil investe-se pouco em trabalhos dessa natureza, e as famílias normalmente estão sozinhas durante o retorno do usuário ao domicílio. A falta de suporte social, atividade ocupacional e a ausência de suporte familiar são problemas que o usuário enfrenta quando do seu retorno.

Devemos ter a família como aliada, no tratamento. Porém para arregimentá-la, é preciso que tenhamos algo a oferecer. Acreditamos que a melhor forma é oferecer ajuda para que ela possa encontrar caminhos para resolver ou suavizar seus problemas e dificuldades. Ouvimos freqüentemente alguns jargões sobre a família, entre eles: “toda família tem o louco que merece”, “o paciente tem uma mãe

esquizofrenizante”, “não trato a família, só o paciente”. Estes jargões, de certa forma expressam o abandono em que vivem os familiares, o que revela que alguns profissionais de saúde ainda não perceberam que a família é uma aliada para manter o usuário no domicílio.

BERENSTEIN apud SILVA (1998, p. 105), trata a “família doente” de outra forma. A autora afirma que a família divide seus próprios membros entre “sadios e doentes”, e geralmente esta última categoria é ocupada por um só membro. Este membro detentor do título de “louco”, é apontado como causa do desequilíbrio familiar, mostra também que a família consciente ou inconscientemente pode estar produzindo ou alimentando um transtorno mental naquele membro.

Independente da discussão de “quem produz o quê” vários autores, entre eles SILVA (1998), KOGA & FUREGATO (1998), WAIDMAN (1998) e COLVERO & MACHADO (1998), discutem que tanto a família pode aceitar o usuário e o seu transtorno, quanto pode repudiá-lo, delegando à instituição a função de cuidá-lo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a revisão bibliográfica desse estudo encontramos poucas experiências de autores que trabalham com VD de enfermagem na saúde mental, e observamos que grande parte destas experiências está sendo produzida e publicada por docentes e discentes ligados às Escolas de Enfermagem, que têm realizado uma re-leitura da assistência de enfermagem ao usuário da saúde mental, seus familiares e comunidade. São trabalhos pioneiros, que têm em comum oferecer ao usuário, família e comunidade, melhor qualidade de vida, considerando as peculiaridades dessa clientela.

Pensando nestas questões, concordamos com RUFINO NETO apud MINAYO et al (2000, p. 8), quando afirma que “[...] qualidade de vida boa ou excelente é aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes”.

Hoje a enfermagem psiquiátrica tem contribuído para a re-socialização dos usuários, por meio da orientação destes e familiares, intervenção em situação de crise, consulta de enfermagem em saúde mental, acolhimento, entre outras modalidades assistenciais, que já fazem parte do nosso cotidiano. São modelos que dão ênfase à valorização da subjetividade do sujeito. Somos conscientes de que a especificidade da clínica psiquiátrica nos proporciona um aprendizado diário com estes clientes, pois são eles que nos mostram o melhor caminho a seguir e, portanto, que nos dizem se essas estratégias de assistência são válidas ou não. Sendo assim, acreditamos que por meio das visitas domiciliares de enfermagem, interagindo com o usuário em seu ambiente familiar, orientando a família, estaremos

contribuindo para que ambos possam conquistar condições de viver, trabalhar, e produzir, convivendo com o transtorno mental de forma mais positiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, S. **O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice**. 196p. São Paulo, 1996. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem.
- COLVERO, L.; MACHADO, A.L. O cuidado na dimensão subjetiva: o ensino das relações interpessoais. In LABATE, R. C. (org.) **Caminhando para assistência integral**. Ribeirão Preto, São Paulo. Scala, 1999. p. 167-177.
- GAMBA, M. Cuidado de enfermagem: uma prática de saúde coletiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.11. Número especial, 1998. P.64-66.
- GUPTA, S.; GOLDSTEIN, M. Psychiatric Consultation to Nursing Homes. **Psychiatric Services**. vol. 50, nº 12, p. 1547-1550, 1999.
- KOGA, M.; FUREGATO, A. R. F. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. In LABATE, R. C. (org.) **Caminhando para assistência integral**. Ribeirão Preto. Scala, 1999. 263-377p.
- MARTINEZ, W.R.; MACHADO, P. Enfermagem e reabilitação psicossocial: vislumbrando o exercício de cidadania do doente mental. In LABATE, R. C. (org.) **Caminhando para assistência integral**. Ribeirão Preto. Scala, 1999. p. 108-116.
- MECHANIC, D.; McALPINE, D. Use of Nursing Homes in the care of persons with severe mental illness: 1985 to 1995. **Psychiatric Services**, vol. 51, nº 3, p. 351-358, 2000.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 5, nº 1, p. 7 – 18, 2000.
- MOREIRA, M. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. História, Ciências, Saúde
- OPAS/OMS. **Temas de Salud Mental em la comunidad**. Paltex. Chile. N 19, 1992. 150p.
- PEREIRA, M.; LABATE, R.; FARIAS, F. Refletindo a evolução histórica da enfermagem psiquiátrica. **Acta paulista Enfermagem**. vol. 11, nº 3, set./dez, 1998. P. 52-59.
- PITTA, A. M.F. (org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo. HUCITEC, 1996. Col. Saúde Loucura. vol. 10, 158p.
- RODRIGUES, R.; CASAGRANDE, L. Atividade Educativa: atuação da enfermeira com idosas que tiveram queda e seus cuidadores no domicílio. **Acta Paulista Enfermagem**. vol. 9, nº 1 jan./abr. 1996, p.80-91.
- ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. Trad. Marcos Fernandes de S. Moreira, (col.) José Rubens

de Bonfim. Série Saúde em Debate. HUCITEC; UNESP; ABRASCO. Rio de Janeiro, 1994. 400 p.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In Paulo Amarante (org.) **Psiquiatria social e reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 1994. 202 p.

SILVA, C. Esquizofrênicos crônicos: participação ativa na psicofarmacologia e automonitoramento dos sintomas. **Cadernos IPUB/ Instituto de Psiquiatria da UFRJ** – Psicofarmacologia. Nº 15 – Rio de Janeiro. UFRJ, 1998. p.195-198.

SOTT, O. W. **Avaliação dos cuidados do paciente na comunidade, após alta de sua primeira internação psiquiátrica**. 287p. Rio de Janeiro, 1998. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ.

WAIMAN, M. A. P. Enfermeira e família compartilhando o processo de re-inserção social do doente mental. In LABATE, R. C. (org.) **Caminhando para assistência integral**. Ribeirão Preto. Scala, 1999. 389-407p.

Texto original recebido em: 06/11/2002

Aprovação final: 12/12/2002