

Resumo

Este trabalho tem por objetivo estudar a conformação das práticas institucionais e suas determinações históricas, do Hospital São Vicente de Paulo - HSVP, referência para o atendimento psiquiátrico no Distrito Federal, no período de 1985 a 2002. Optou-se pela pesquisa qualitativa, na abordagem histórico-estrutural, na modalidade de estudo de caso. Elegemos como categoria analítica a ideologia e, como categorias empíricas, a assistência em saúde mental e a reforma psiquiátrica. Os procedimentos de pesquisa utilizados foram entrevistas com informantes-chave e com atores institucionais (16 técnicos de saúde, 12 usuários e 9 familiares), análise de dados documentais e observação participante. Verificou-se que as práticas em saúde mental no HSVP tiveram uma retração na implantação da Reforma Psiquiátrica, a partir de 1999, e como correlata a desospitalização e a sujeição da clientela, usuários e familiares a uma situação de desassistência e exclusão social.

Descritores: saúde mental; hospitais psiquiátricos; avaliação institucional

Abstract

This paper studies the configuration of institutional practices and their historical determinations at Hospital São Vicente de Paulo - HSVP, reference hospital in the Federal District for psychiatric treatment, from 1985 to 2002. A qualitative research was chosen, using a historical-structural approach and case study technique. The authors elected ideology as analytical category and, as empirical categories, mental health care and the psychiatric reform. The research tools used were interviews with key informants and institutional subjects (16 health professionals, 12 clients and 9 family members), analysis of documents and interactive observation. The authors concluded that, from 1999 onwards, mental health practices at HSVP have suffered a retraction in regards to the Psychiatric Reform, as the hospital has implemented its policy of desinstitutionalization, but at the same time has submitted its clientele, patients and families to a situation characterized by poor medical assistance and social exclusion.

Descriptors: health mental; psychiatrics hospitals; institutional evaluation

Title: The psychiatric reform in Distrito Federal

Resumen

Este estudio trató de los movimientos, contradicciones e implicaciones de las modificaciones que han ocurrido en el Hospital São Vicente de Paulo - HSVP, de la Secretaría de la Salud del Distrito Federal. El abordaje de la realidad institucional fue hecho en la perspectiva histórico-estructural, en la modalidad de estudio de caso. Los procedimientos de pesquisa utilizados fueron entrevistas abiertas con informantes importantes y entrevistas semi-estructuradas con actores (16 técnicos de salud, 12 entes utilizadores y 9 familiares), análisis de datos documentales y observación participante. La ideología fue electa como categoría analítica y, como categorías empíricas, la asistencia en salud mental y la reforma psiquiátrica. De forma general, las prácticas de salud mental tuvieron una recua con la implantación de la Reforma Psiquiátrica, con el cambio de gobierno en el año 1999. La Reforma Psiquiátrica en el HSVP tiene como correlatos la retirada de los hospitales y el condicionamiento de los clientes, utilizadores y familiares a una situación de desasistencia y exclusión social.

Descriptores: salud mental, hospitales psiquiátricos, evaluación institucional

Title: La reforma psiquiátrica en el Distrito Federal

1 Introdução

A reforma psiquiátrica tem como meta importante a reorganização dos hospitais psiquiátricos, substituindo a prática assistencial do modelo clínico-biológico, hospitalocêntrico, de tradição asilar e segregadora do doente mental, para uma cultura de reabilitação do usuário por meio da construção dos serviços substitutivos voltados para a humanização do atendimento. Assim, para que essa mudança ocorra, torna-se fundamental a participação dos profissionais, a ênfase no trabalho em equipe, multiprofissional e interdisciplinar surge como um espaço a ser construído para a efetivação de um modelo de assistência orientado para a melhoria da qualidade da atenção à saúde, a garantia de acessibilidade aos serviços e a maior resolubilidade das ações de saúde^(1, 2).

No Distrito Federal, o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) ocupa historicamente uma posição importante no sistema de saúde mental, pois funciona como hospital referência especializado em atendimento psiquiátrico, centralizando o maior número de atendimentos do DF e região do Entorno, em cerca de 80%, e, ainda, a centralização de emissão das Guias de autorização de internação hospitalar.

O HSVP, nos últimos anos, mais intensamente, a partir da década de 1990, conduziu e/ou sofreu modificações que influenciaram na oferta de atendimento dos serviços de saúde mental, sob a justificativa de avançar na reforma psiquiátrica. O atendimento do usuário foi alterado, com inserção de serviços tais como atendimento de grupo de pacientes em uso de

medicação contínua, pacientes alcoolistas, grupo operativo, hospital-dia, oficinas de capacitação, equipes comunitárias, enfermaria de crise, acolhimento, além do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. Algumas dessas iniciativas permaneceram, enquanto outras tiveram um tempo de desenvolvimento mais intenso e dinâmico para, em seguida, registrar uma retração ou uma descaracterização no seu desenvolvimento.

Nesse processo de modificações, a fase de maior intensificação de medidas visando à transformação da assistência à saúde mental ocorreu concomitante à mudança de governo, em 1995, período em que se implementou um conjunto de ações voltadas para a concretização dos princípios da Reforma Psiquiátrica, como também o SÚS, dentre outras iniciativas.

Com a mudança da política em 1999, ocorre no âmbito da saúde uma reestruturação da esfera administrativo-burocrática da Secretaria de Saúde e dos programas assistenciais. As estratégias adotadas na saúde mental levaram a uma descontinuidade do Plano Diretor da Saúde Mental, evidenciando-se dificuldades dos profissionais e usuários em confirmar a adesão às propostas de ruptura e superação de saberes e práticas burocratizados e institucionalizados.

Não houve ainda, nessa atual gestão político-administrativa da Secretaria de Saúde do DF, na área de saúde mental, a oferta de serviços substitutivos como a criação de CAPS, lares abrigados, leitos em Hospitais gerais, Centro de Convivência e outras modalidades de atenção na comunidade.

* Trata-se de artigo síntese da tese de doutorado do Programa Interunidades, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. **Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília. ***Socióloga. Professora Associada (Aposentada junto ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo). E-mail do autor: limamg@unb.br

2 Objetivos

Estabelecemos como objetivo apreender a conformação das práticas institucionais de saúde mental do HSVP e as suas determinações sociais ocorridas no período de 1985 até 2001. Buscando reconstituir de forma crítica como a instituição se organizou para lidar com a loucura e o doente mental, bem como os aspectos envolvidos na implantação da reforma psiquiátrica e as possíveis implicações dela para as práticas de cuidado com o usuário de assistência mental, a partir do discurso dos atores institucionais.

3 Percorso metodológico

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza histórico-estrutural, por meio da metodologia do estudo de caso. Para estudar as práticas institucionais desenvolvidas no HSVP. Buscou-se o apoio de Albuquerque⁽³⁾ que define três categorias para a análise da prática institucional, objeto institucional, âmbito institucional e atores institucionais.

O **objeto institucional** é material, como os tipos de recursos, como um sistema de meios - que por elas são apropriados e transformados pela ação institucional; O **âmbito institucional** é definido pelas relações e práticas sociais que sustentam o objeto institucional, e não em função de suas fronteiras materiais. O objeto, caracterizado como imaterial, impalpável, permite a desapropriação e a tendência da instituição em negar os limites de seu objeto, ampliando seu âmbito de ação, a expensas da ação de outras instituições; Os **atores institucionais** são o elemento estruturador para a análise institucional, uma vez que a instituição só *existe* 'na prática dos atores concretos que a constituem praticando-a (...) prática que consiste em intervir nas relações sociais, submetidas à soberania da instituição'^(3:72).

Destaca-se que, embora não seja objetivo deste estudo realizar análise institucional, esses elementos foram importantes para se compreender as práticas institucionais. Assim, buscou-se a partir da análise da fala dos sujeitos fazer a sua caracterização como modo asilar ou psicossocial⁽⁴⁾.

O campo de estudo foi o HSVP, que se apresenta como um complexo hospitalar especializado, localizado em Taguatinga, cidade administrativa do DF, único hospital psiquiátrico público que integra a rede de serviços do Estado, constituído por diversos serviços: Emergência, Internação, Hospital-dia, CAPS, integrado pelo Ambulatório e Oficinas de produção.

O projeto de pesquisa foi autorização pela instituição e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Secretaria de Saúde do DF. A coleta de dados foi realizada no período de maio de 2000 a julho de 2001.

Inicialmente, visando reconstituir a história da instituição a partir da sua criação como instituição psiquiátrica, foi realizada análise de dados documentais por meio da consulta de relatórios técnicos, plano de trabalho anual, regimentos internos, organograma, acesso aos arquivos, no âmbito institucional, de outros documentos que identificassem o discurso oficial da Instituição, propósitos e finalidade, e contato com pessoas-chave, que estavam ocupando cargos administrativos e de chefia dos serviços de internação, emergência, ambulatório e hospital-dia, para identificação da organização. Utilizou-se, também, a observação participante não estruturada nos serviços de emergência, internação, hospital-dia, ambulatório e oficinas do HSVP.

Após obtenção do consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, foram realizadas entrevistas, com uso de gravador, com duas finalidades. Primeiramente, buscou-se apreender as referências significativas dos fatos, correlacionando-as com as práticas assistenciais em saúde mental no âmbito da instituição, no contexto das políticas de saúde local e nacional. Com esse objetivo, foram realizadas seis entrevistas abertas, apoiadas na técnica de história oral, com informantes-chave, coordenadores de Saúde Mental do DF, trabalhadores para

reconstrução histórica da organização da assistência psiquiátrica no HSVP e da reforma psiquiátrica no DF.

Na seqüência, com o objetivo de coletar subsídio para melhor entendimento das relações desenvolvidas entre os atores institucionais envolvidos, bem como delinear as práticas dominantes ou as estratégias de relações de poder naquele espaço institucional, foi realizada entrevista semi-estruturada com Técnicos de Saúde – TS (16), Usuários – U (12) e Familiares – F (9), totalizando 37 entrevistados. O roteiro de entrevista dos atores institucionais contemplava questões abertas comuns a eles: dados de identificação; participação/inserção na área de saúde mental; caracterização do atendimento e tratamento oferecido na instituição; conhecimento e opinião sobre a proposta de reforma psiquiátrica; sugestões para efetivação de uma assistência psiquiátrica de qualidade, e, para o encerramento da entrevista, foi utilizado o critério de saturação dos conteúdos emergentes nos discursos dos sujeitos.

Para análise dos dados, apoiou-se na abordagem dialética por preservar o valor heurístico dos dados e estabelecer uma conexão com as relações essenciais do fenômeno estudado, ou seja, a sua historicidade, indo além da mensagem manifesta através das representações sociais⁽⁵⁾. E para estudar as práticas institucionais do HSVP, entendidas estas como prática social, estabeleceu-se como categoria analítica a ideologia, e, como categorias empíricas, a assistência em saúde mental e a reforma psiquiátrica, com a finalidade de estabelecer as relações dialéticas entre ambas.

3 Apresentação e discussão dos resultados

A caracterização das práticas institucionais será apresentada contemplando três aspectos que sobressaíram em relação à organização assistencial. Esses aspectos se referem à concepção do objeto como o espaço da emergência, à negação da clientela nas ações de saúde mental e ao retrocesso na implementação da reforma psiquiátrica no âmbito institucional e no DF após 1999.

3.1 A institucionalização da doença - o espaço da urgência

Verificou-se que o HSVP, desde a sua criação, em 1976, realiza suas atividades de forma concentrada no hospital, com características do modo asilar de atenção, perpetuando e cristalizando como o espaço da emergência, ancorado na dominação do paradigma psiquiátrico e excludente do doente mental. As representações da instituição, apontadas por vários técnicos de saúde como *centro especializado* que tem como *vocação o atendimento de emergência*, o *atendimento de urgências*, expressam no seu bojo a concepção do objeto como doença, de um saber científico tradicionalmente racionalista, centrado na relação doença-cura, problema-solução, predominando na configuração das práticas de saúde mental instituídas a concepção do modelo clínico-biológico, essencialmente individual-curativa, e centrada na tríade emergência-ambulatório-internação, utilizando como recurso principal a medicação.

O paciente entra em crise, vai para o pronto socorro e vai ser medicado, daqui a pouco ele vai para casa e vai voltar daqui a um tempo (TS - 6).

O papel da urgência para o HSVP é reforçado no âmbito institucional quando alguns técnicos de saúde ressaltam a importância de se manter essa instituição e expressam a satisfação em ela ser identificada como referência de um complexo hospitalar concentrado e especializado em atendimento psiquiátrico para o DF. Entretanto, mesmo com as tentativas internas de expansão dos serviços, não se verifica caracterização dos princípios da reforma psiquiátrica, quando se analisa o conjunto de ações institucionais sob o enfoque do paradigma do modo psicossocial. Dessa forma, a experiência se mostra isolada, quando não articulada e integrada com a rede comunitária em saúde mental como uma política pública.

nós sempre fomos o lugar da urgência, quando a coisa se desarticulava vinha para cá. Será que cada um não consegue atender a sua urgência, será que as equipes [das unidades assistenciais] não podem ser trabalhadas nesse sentido? Isso demanda tempo. (TS - 10).

Outro resultado significativo, quanto à organização e funcionamento dos serviços internos do HSVP, CAPS e Hospital-dia, internação e emergência, é o fato de que estes não estão articulados entre si e com os demais serviços, mostrando-se insuficientes para atender às demandas dos usuários, com concentração de suas atividades na relação com o usuário e familiar. A organização das práticas de saúde mental para os serviços Hospital-dia e CAPS não se caracteriza como substitutivo de superação e transformação do modelo clínico-biológico, uma vez que não tem conseguido prescindir do hospital psiquiátrico.

Nos depoimentos dos técnicos de saúde há um reconhecimento de que a ênfase no modelo clínico não é suficiente para lidar com o usuário da saúde mental. Ressaltam ainda que, no momento, as condições para o tratamento nesse modo de assistência estão limitadas e se distanciam das atuais propostas da reforma psiquiátrica, cuja concepção enfatiza a rede de atenção em saúde mental comunitária, práticas interdisciplinares e participação ativa dos usuários e familiares em seu contexto sócio-econômico, estabelecendo uma articulação com a rede de recursos sociais no processo de transformação.

Fazer medicação, levar o paciente para o banho, mandar escovar os dentes, qualquer um pode fazer, agora não é só isso que o paciente requer, em psiquiatria não é só isso não (TS - 11).

O modo de atenção integral à saúde mental se contrapõe ao modo de atenção concentrado no hospital psiquiátrico, que está ligado na sua trajetória de institucionalização ao objeto doença/cura, mostrando ser esta instituição insuficiente para atender à complexidade do processo de adoecimento mental. O HSVP, organizado nesse complexo hospitalar especializado e concentrando a maior parcela do atendimento do DF, por si só, mostra-se antagonico quando cotejado às políticas públicas em saúde mental e do SUS. Esse aspecto da tradição do HSVP como o lugar da urgência, implicitamente, traz o questionamento também em relação às outras unidades, contemplando principalmente o papel que vêm ocupando no sistema de saúde e se elas estão criando mecanismos de intervenção transformadora na relação com o doente mental.

3.2 A participação da clientela na ação institucional

As relações institucionais dos técnicos de saúde com a clientela têm o efeito de acentuar ou minimizar os entraves burocráticos, como se ater ou não às normas e rotinas estabelecidas, ou como elas possibilitam manter o espaço da escuta e acolhimento para melhor intervenção às necessidades do usuário e familiar. A formação do vínculo com a instituição é unilateral, segundo concepções e necessidades próprias identificadas nas falas dos técnicos de saúde e da clientela, uma vez que não está havendo uma responsabilização no sentido de se dar continuidade às necessidades de atendimento em sofrimento psíquico.

A instituição obstaculiza a formação de vínculos em várias ocasiões ao imprimir ações que reforçam a descontinuidade da assistência, como, por exemplo, uma distribuição de pessoas em papéis e funções bem definidas, com atividades previamente determinadas. A rotinização para cumprimento de horários e tarefas constitui forma de controle sobre o corpo profissional, de uns com os outros e com a clientela. Configuram um conjunto de procedimentos que se destinam a conter a demanda dentro dos limites desejados, um esquema de controle de atendimento que limita o acesso institucional mediante horários e cotas, fila para consulta, data estipulada para marcação de consulta, prática de agendamento prévio, critérios de admissão nos serviços e consulta para controle e acesso aos medicamentos.

Tanto o usuário como o familiar destacam nessa relação a atenção que recebem e o atendimento às necessidades de internação, consulta e medicamento. A atenção pode ser expressa sob a forma do atendimento recebido, momento em que passa a ver a instituição sob o prisma das relações pessoais e não da finalidade compreendida por ela. [...] *cada um faz a sua parte, tem que ter paciência, se der para atender, bem. Se não der, a gente espera, se não der [...] já fui embora sem ser atendida (F - 4).*

A intenção institucional de negar as necessidades do cliente é constatada quando não se evidencia qualquer projeto de continuidade da assistência, ficando esta caracterizada como intervenções imediatistas e de baixa capacidade resolutiva. A falta de continuidade do atendimento e a despreocupação em formar vínculos representam a negação do paciente, ficando este sujeito aos rituais de atendimento, normas, rotinas e horários para o acesso à consulta e a medicamentos, que ao mesmo tempo em que podem caracterizar uma necessidade de manutenção da ordem institucional, constituem-se em um ato de violência ao paciente, a sua negação.

Ao se referirem à situação de descontinuidade da assistência, os profissionais projetam as dificuldades como sendo externas a eles, mencionando que o que poderia ser feito dentro de suas competências técnicas tem sido feito. A saúde não é concebida na perspectiva de processo social. A deficiência da condição sócio-econômica da grande maioria dos usuários faz com que eles dependam desses serviços para atendimento, sujeitando-se às filas e regras definidas pela instituição ou buscando uma resposta rápida, a emergência.

Os técnicos apontam que o interesse maior de participação dos usuários ocorre pela ociosidade no ambiente familiar e busca de contato social proporcionado no ambiente das oficinas, transferindo para o espaço hospitalar a única possibilidade de convívio social. Isso, se reforçado pela instituição, estabelece outra forma de institucionalização, quando não trabalha a capacidade de auto-gestão e sociabilidade do paciente, uma vez que as atividades, na perspectiva do entreter para passar o tempo, em um grau notável de casualidade, *de falta de previsões, de ausência de avaliações* podem resultar ou não terapêutica, uma vez que elas não foram planejadas, coordenadas e avaliadas com propósitos terapêuticos que possibilitem a construção da cidadania do usuário⁽⁶⁾.

O fato de terem atividades ocupacionais não caracteriza, em si, caminhar no sentido da reforma, mas sim a finalidade que é dada às atividades realizadas por meio de desenho, dança, pinturas, poesias, canto e colagem. Essas atividades, se não são utilizadas com o objetivo de possibilitar uma expressão de sentido, espaço de criação e expressão de subjetividades, na formação de identidades e de cidadania, reduzem-se a atividades ocupacionais, rotineiras, burocratizadas, sem finalidade terapêutica⁽⁶⁾.

Observamos no HSVP que a família é tomada como objeto de intervenção, na concepção do modelo clínico, submetendo-se às normas e rotinas. Sua participação ocorre em momentos pontuais, quando convocada a prestar informações, e em momentos terapêuticos, discriminados como atividade regular na escala dos profissionais do hospital-dia, duas vezes por semana. É convidada também a participar em momentos de festas, bazares e outros eventos realizados em datas festivas. Trata-se de uma participação passiva, não se caracterizando de fato como momentos de sociabilidade.

Na fala dos sujeitos do grupo familiar percebemos que eles podem se sentir despreparados e em sofrimento para conviver e lidar com as oscilações de comportamento do seu familiar, decorrentes também do seu processo de adoecimento. E, ainda, pela discriminação e isolamento a que são submetidos por seus familiares e pela sociedade, e a dificuldade em buscar e receber ajuda institucional.

no início foi difícil mesmo aceitar, porque a gente

desconhecia a psiquiatria. E até a gente entender a forma de tratamento, como deve ser, a gente teve muitas barreiras no início com ela, quando começou a surgir essas coisas dela, barreiras assim, da gente não ter esclarecimento de fato. O médico dizia o problema dela é esse, o CID é esse (F - 3).

Esse despreparo pode contribuir para reinternações constantes, necessitando a família de suporte por parte da instituição para desenvolver atitudes mais saudáveis para atuar como apoio do seu familiar, buscando propiciar melhor qualidade de vida. A loucura como estigma continua presente na função social, servindo como instrumento de classificação, subordinado à noção de ordem.

Em relação ao atendimento e tratamento que é prestado aos usuários, os familiares na sua maioria consideram que é bom, porque sempre que procuram o serviço, eles são atendidos, principalmente no serviço de Pronto Socorro, e também pelo cuidado que o paciente recebe: remédio e alimento.

Eles me atendem bem, às vezes, eu me aborreço com eles, porque tem hora que eu levo para internar e acham que não devem internar, dão uma injeção e mandam para casa, como que eu posso com um homenzarrão daquele, mas o atendimento é bom (D6 - F).

A inserção ampliada da família implica conhecer a proposta do trabalho institucional. Essa participação de uma forma mais crítica pode resultar na formação de Associações, dentro de um movimento coletivo, que pode se caracterizar como uma instância de poder com vistas à mudança para uma assistência de qualidade e cidadã⁽⁷⁾.

3.3 A reestruturação da reforma psiquiátrica, o modo asilar e o modo psicossocial

Ao falar do processo de reforma psiquiátrica no contexto institucional, a totalidade dos técnicos remeteu, de uma forma ou de outra, ao período que antecedeu a gestão técnico-administrativa de 1999. Os entrevistados apontaram os aspectos positivos e conflitantes na condução do projeto terapêutico, implementado pela gestão de 1995 a 1998, para estabelecer a caracterização do atual processo nas práticas de saúde mental, como também, significativos que apontam o retrocesso no espaço institucional após 1999.

A reforma psiquiátrica que se pretendeu instituir propôs fazer transformações das práticas assistenciais do modo asilar para o modo psicossocial. Entretanto, as representações construídas a partir da vivência do desenvolvimento desse projeto evidenciam os conflitos e contradições em relação às concepções ideológicas quanto ao saber, as quais conformam as práticas assistenciais desenvolvidas no HSVP. Isso se verifica com o reconhecimento, pelos técnicos de saúde, de que tais práticas são insuficientes para o atendimento das necessidades reais dos pacientes e familiares.

Eu acho que a gente teve um avanço muito bom ao nível da reforma psiquiátrica, daquilo que era proposto, porque agora a gente deu uma estagnada, eu acho que teve um recuo (...) Porque a reforma não é desospitalizar, mas é você tratar o paciente no momento em que ele está precisando (TS - 7).

Esse retrocesso é dimensionado, pela maioria dos técnicos, como transcendendo o espaço institucional, atrelado ao momento político da saúde no DF que, a partir de 1999, imprimiu a lógica capitalista de racionalidade de custos financeiros nas ações de saúde mental e a concepção de reforma psiquiátrica como desospitalização. Tais medidas têm como impacto negativo o desamparo dos usuários e familiares.

Isso é evidenciado quando o princípio da desospitalização não vem acompanhado de estratégias de criação e oferta de serviços substitutivos que façam a superação da atenção centrada no Hospital Psiquiátrico, cujo objeto é concebido na determinação biológica. A reforma psiquiátrica reduzida à desospitalização, sem

uma rede de recursos extra-hospitalares para a atenção a pessoas com sofrimento mental, impõe a estas uma condição de desassistência. Elas tornam-se os novos pacientes crônicos, que os remetem às reinternações múltiplas por períodos curtos, fenômeno esse identificado da porta giratória⁽⁸⁾.

Outro aspecto associado à falta de continuidade da assistência na comunidade é a sujeição da pessoa com sofrimento mental a uma situação de abandono e de pobreza, seja pela insuficiência ou pela falta desses serviços substitutivos, como também pela falta de uma perspectiva de reinserção social: *Os pacientes estão tudo em casa, sem tratamento, sem controle, sem nada. Então não é falta de orientação? Aquelas visitas que tinha em casa não têm mais aqui (D 4 - TS).*

A desconstrução do aparelho psiquiátrico, na forma proposta por aquela gestão, teve como eixo norteador o modelo psicossocial, cujo objeto de intervenção é a pessoa em sofrimento mental e a sua família, como também a profissionalização dos agentes institucionais. Com o pressuposto de que a sustentação do modelo clínico ocorria pela hegemonia do saber médico como um dos problemas para a desconstrução do manicômio, no período de 1995 a 1998, criou-se a Direção Colegiada, envolvendo a participação de diferentes profissionais. Foram criados outros recursos assistenciais visando à implementação da proposta da reforma psiquiátrica, como sala de acolhimento, equipe comunitária, enfermaria de crise, oficinas de produção na perspectiva da ressocialização, entre outras. Esses recursos, entretanto, embora avaliados pela grande maioria dos técnicos como válidos, em face dos princípios da reforma psiquiátrica, se posicionaram contrários à forma como foi conduzida a implementação pela Direção Colegiada.

Outro aspecto criticado refere-se à fase em que se buscou trabalhar o hospital-dia como porta de entrada de pacientes em crise, caracterizando o atendimento de urgência. A idéia em si não foi criticada, mas a forma como as ações foram implementadas, uma vez que não se considerou a infra-estrutura do local para comportar cerca de oitenta usuários. Isso foi sentido por eles como fator de desgaste físico e emocional.

Para um grande número de técnicos, as mudanças introduzidas no período de 1995 a 1998 ensejaram outras mudanças, em termos de seu próprio comportamento, na forma de ver e estar com os pacientes. Como resultado, eles passaram a fazer uma avaliação positiva das propostas, uma vez que foram desmistificando e aprendendo uma nova forma de se relacionar e de ser com os pacientes e com a equipe de trabalho.

A reforma psiquiátrica não é a reforma só do serviço, acho que é uma reforma na cabeça, no jeito de tratar, no jeito de ouvir, como a gente falou nas questões anteriores [...] hoje eu percebo que se tentou uma mudança aqui e no DF (TS-10).

Consideramos importante o processo de socialização do conhecimento para melhor desempenho nas intervenções terapêuticas, por permitir maior autonomia e identificação do profissional nas práticas coletivas de saúde. A mudança de um paradigma clínico para o modelo psicossocial requer que o profissional saia do papel complementar das ações médicas, sustentado pelo saber da psiquiatria, para assumir a responsabilidade das ações no atendimento ao usuário e familiar, tendo a lógica da saúde mental comunitária como referência. Assim, ele participa na perspectiva de um profissional crítico, ativo, capacitado para potencializar os recursos terapêuticos na sua relação com a clientela, avançando na construção de um projeto terapêutico de inclusão do coletivo, dos técnicos e da clientela, nas práticas de saúde.

Para os técnicos entrevistados, foi significativo o retrocesso da reforma psiquiátrica no HSVP e DF, quando da mudança da conjuntura política em 1999. Para eles, a reforma psiquiátrica no âmbito político e administrativo está conduzida como desospitalização, imputando um processo de

desassistência e descontinuidade do atendimento aos usuários, uma vez que não houve a criação de uma rede comunitária em saúde mental.

Outra dificuldade na implantação da reforma psiquiátrica, mencionada por um número significativo de técnicos, foi o antagonismo que se estabeleceu na comunicação entre os profissionais. As pessoas são identificadas como sendo ou a favor, ou contra o movimento da reforma. Esse fato reforça a divisão interna e a desarticulação do trabalho da equipe profissional, além de interferir na organização do trabalho.

Há essa divisão interna no próprio hospital, o pessoal que está ligado à reforma psiquiátrica e o pessoal que desconhece e que não quer conhecer (TS - 13).

Esses argumentos evidenciam que os conflitos ideológicos emergem da tensão entre o modo asilar e o modo psicossocial, quando se tenta ir além de estruturas institucionais reformadas. Isso se verifica, principalmente, quando o debate exige uma nova definição dos papéis profissionais na construção do paradigma da saúde mental na concepção de saúde coletiva, o que requer intervenções que transcendam o espaço intra-institucional, considerando a participação do usuário e familiar em seu contexto sócio-econômico.

A idéia da descontinuidade da proposta assistencial tem como associação direta as mudanças de governo, da qual decorrem propostas de novas estratégias sem uma avaliação do impacto das ações desenvolvidas. Tal aspecto mostra que a assistência à saúde, entre outras, está atrelada ao momento político-econômico e ao âmbito de governo, que não tem priorizado concretamente a saúde mental como estratégia política de saúde pública e a saúde como um direito social.

Entretanto, no HSVP, é possível a percepção de processos individuais que apontam possibilidades de emergência de movimentos de contra-resistência rumo ao paradigma psicossocial. Eles se referem, porém, à dificuldade em integrar e consolidar essas atividades no cotidiano, apresentando como justificativa a falta de liderança da pessoa responsável pela coordenação do projeto terapêutico, que tem assumido prioritariamente uma administração burocrática, sem fazer a valorização e aproveitamento das potencialidades dos próprios recursos humanos existentes.

Na trajetória da organização das práticas de saúde do HSVP, houve avanços inegáveis, embora pouco significativos no que se refere à transformação do paradigma asilar, como a implantação do hospital-dia e das oficinas de produção, além de algumas estratégias para a humanização da assistência como a ampliação do espaço físico realizado. Assistimos à redução de leitos psiquiátricos em espaços excludentes da loucura, mas os resultados evidenciam que os recursos institucionais existentes são insuficientes para atender às necessidades dos usuários e familiares na perspectiva da reabilitação.

4 Considerações Finais

Na trajetória da organização das práticas de saúde do HSVP, houve avanços inegáveis, embora pouco significativo no que se refere à transformação do paradigma asilar, como a implantação do hospital-dia e das oficinas de produção, além de algumas estratégias para a humanização da assistência como a ampliação do espaço físico realizado. Assistimos à redução de leitos psiquiátricos em espaços excludentes da loucura, mas os resultados evidenciam que os recursos institucionais existentes não são suficientes para atender às necessidades dos usuários e familiares na perspectiva da

reabilitação, conforme mostram os resultados deste estudo. O hospital mostra-se insuficiente para absorver as demandas que chegam a ele e, para refreá-las, a instituição usa de estratégias de contenção, mediante o uso de normas e rotinas rígidas, redundando na falta de continuidade do atendimento, no não estabelecimento de vínculos com a sua clientela e na não responsabilização pelos resultados negativos da instituição, enfim, na institucionalização da doença.

O modo asilar prevalente tem como forças antagônicas as representações que os sujeitos têm sobre o significado de reforma psiquiátrica, percebidas através dos conflitos e contradições presentes na instituição enfocada, quanto aos princípios psicossociais e ao acesso do usuário a uma assistência integral em saúde mental, práticas de trabalho em equipes interdisciplinares e constituição de subjetividades. Esse cenário constitui espaço de lutas para novas representações, construção de possibilidades de acesso às estratégias de transformações do serviço, pressupondo uma redefinição de conceitos que norteiam as suas práticas de saúde para ocupar outro papel no espaço institucional.

Para a superação do hospital psiquiátrico é importante que os atores institucionais sejam incluídos e se façam incluir como sujeitos ativos no processo de reflexão e de construção de uma atenção à saúde renovada, por meio da exploração das possibilidades e potencialidades dos atores envolvidos, técnicos de saúde, usuários e familiares na sua capacidade de autogestão. É recomendável que as estratégias de mudança do paradigma psicossocial, comprometidas com os princípios do SUS, sejam recolocadas no espaço do HSVP por meio do debate das idéias conceituais entre seus atores, com envolvimento da participação dos trabalhadores, usuários, família, comunidade, gerentes de saúde e governantes, na busca do resgate de compromissos para avançar na construção de um sistema público sanitário e de saúde mental comunitária.

Referências

1. Costa MP. Saúde mental e reabilitação psicossocial [tese de Doutorado em Medicina]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1996. 202f.
2. Pitta AMF. Os centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1994 dez; 43(12): 647-54.
3. Albuquerque JAG. Metáforas da desordem: o contexto social da doença mental. Rio de Janeiro: Paz e Terra;1978.119p.
4. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.314p.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo:Hucitec;1998.269p.
6. Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2ª ed. Belo Horizonte (MG):Te Cora;2001.178p
7. Wetzel C. *Desinstitucionalização em saúde mental: a experiência de São Lourenço do Sul-RS* [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1995.216f.
8. Desviat M. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro:Fiocruz;1999.166p.

Data de Recebimento: 12/07/2004

Data de Aprovação: 22/12/2004