

# DESINSTITUCIONALIZAÇÃO - VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

*Maria Salete Bessa Jorge*<sup>23</sup>  
*Ana Ruth Macêdo Monteiro*<sup>24</sup>  
*Norma Faustino Rocha*<sup>25</sup>

**RESUMO:** O estudo aborda as representações dos profissionais de saúde mental que trabalham em hospitais psiquiátricos e serviços psicossociais. Estudo de natureza qualitativa e descritiva, tendo como suporte de análise as falas dos profissionais integrantes do estudo para construir o pensar, o fazer dos mesmos no campo do saber, referente a cultura manicomial exercida em seu cotidiano.

**UNITERMOS:** Reforma Psiquiátrica - Representações e Saúde Mental.

## INTRODUÇÃO

Pretendemos centrar este estudo nas representações que os profissionais de Saúde Mental atribuem ao movimento de desconstrução da cultura manicomial. Tal Movimento de desconstrução do aparato manicomial torna-se um ponto de reflexão importante para superação da cultura psiquiátrica tradicional, com a concomitante construção de uma nova prática.

Uma importante questão para iniciarmos o processo de mudança da prática manicomial é a construção de um novo conceito de doença mental, pelos profissionais de saúde e pela sociedade. O conceito de doença mental, a partir da perspectiva existência-sofrimento, reordena o objetivo da psiquiatria, passando da cura para a produção de vida e de sociabilidade e de subjetividade (*Sampaio, 1994*).

Desconstruir o manicômio significa bem mais que o desmantelamento de sua estrutura física, significa a desconstrução de todo um sistema de saberes e práticas construídas em torno do objeto doença mental no cotidiano, bem como reconstruir a complexidade do fenômeno existência-sofrimento, que implica a invenção de novas formas de pensar e lidar (*Rotelli; Amarante, 1992*).

A desinstitucionalização é muitas vezes, entendida como simples desospitalização, como ocorreu nos Estados Unidos e em outros países, sendo reduzida à medida de cunho preventivo-comunitário, com a implantação de

<sup>23</sup> Doutoranda da EERP/EE/USP. Curso Interunidades.

<sup>24</sup> Mestranda de Enfermagem em Saúde Comunitária na UFCE

<sup>25</sup> Aluna de Psicologia da UNIFOR. Relatora do estudo.

serviços e recursos extra-hospitalares, sem o enfrentamento preciso da questão manicomial, e sem a superação do modelo clínico (*Rotelli; Amarante, 1992*).

Penetrar no campo de psiquiatria e procurar compreender a sua dinâmica histórica é, no mínimo inserir-se em uma área polêmica, onde há questões não resolvidas e que requer ainda reflexões mais profundas para uma compreensão mais decifrável da realidade perquerida. Por outro lado, reconhecemos, como um dos norteadores, que as formas de assistência psiquiátrica, à doença mental e o saber que a reconhece são contraditórios e historicamente determinados, e que ninguém tem o último conhecimento sobre a forma de aprender, principalmente no que diz respeito a doença mental, uma vez que sua determinação tem múltiplas facetas, não se condicionando a fatores pré-estabelecidos. Interessa, nessa análise, pontuar os movimentos renovadores ocorridos no campo da Psiquiatria na Europa e nos Estados Unidos, para que possamos apreender, numa perspectiva histórica mais dialética, suas relações e influência na gênese da assistência psiquiátrica no Brasil, principalmente uma nova prática na área de saúde mental, que possibilitou o surgimento de outras modalidades terapêuticas alternativas, que redimensiona a forma de ver, entender, relacionar e tratar na esfera psiquiátrica.

A convergência de vários fatores sociais e econômicos, desde os anos 50, contribuiu para preparar o cenário e desencadear em todo o país um processo de construção dessa nova política de saúde mental, em que o doente não fosse visto como um indivíduo necessitando de um asilo mas de um espaço social de maior convivência e relacionamento com a sociedade. As péssimas condições de vida nos hospitais psiquiátricos sempre superlotados, assim, como a luta dos trabalhadores pelos direitos civis contribuíram para criar uma nova consciência do problema.

Os efeitos negativos da hospitalização, tais como a apatia, perda de capacidade de trabalho, o déficit da competência social, a perda de autonomia, já tinham se tornado características divulgadas como “neurose institucional ou efeito secundário da hospitalização.

Nesta perspectiva, os modelos da psiquiatria asilar se revelaram incapazes de atender esses casos, surgindo então movimento de reformas nas instituições psiquiátricas, o qual possibilita a criação das primeiras comunidades terapêuticas na Inglaterra (*Fleming, 1976*).

Os grandes movimentos ocorridos após a Segunda Guerra Mundial têm sido férteis para a psiquiatria. Nesta pesquisa, situaremos com brevidade cada um dos movimentos principais e sua repercussão no Brasil, tendo como vertente o estudo de *Sampaio, (1994)*.

O primeiro movimento relaciona-se à psiquiatria de setor, que se fundamenta em marcos econômicos e terapêuticos, entretanto o econômico refere-se à racionalização dos recursos e resulta em princípios organizativos baseados na regionalização, enquanto os terapêuticos estão baseados em assistência domiciliar, dispensários de higiene mental para atendimento a egressos e pronto atendimento, serviço de atenção especial, oficinas terapêuticas e oficinas protegidas.

A seguir, surgiu o movimento da análise institucional, movimento iniciado em 1945 e que pretendia organizar o hospital psiquiátrico como campo de relações significativas. Tratar o doente pela instituição, tratar a instituição como um doente, estabelecer a equipe como um melhor instrumento para reconstrução da instituição. Um dos principais fundamentos deste movimento é o da existência de um inconsciente de grupo, com estruturas e defesas semelhantes ao do inconsciente individual. Esse movimento chega ao Brasil em 1970, com a Psicanálise, e esta se encerra na prática liberal.

Posteriormente, surge a comunidade Terapêutica, no fim da Segunda Guerra Mundial, como movimento de transformação da Assistência Psiquiátrica. Esse movimento serviu de elo para a antipsiquiatria, Psiquiatria comunitária e a Democrática. O referido movimento chega ao Brasil na década de 60, através da clínica Pinel de Porto Alegre, como serviço lucrativo que se constituiu como comunidade.

A antipsiquiatria, movimento que chegou ao Brasil na década de 70, ficou circunscrito ao gueto intelectual, como debate moral que pudesse ser resolvido no campo das idéias, enquanto que a psiquiatria Comunitária, resultou de uma política assistencial que deixou de visar a doença para visar sua latência, suas prováveis condições de possibilidades. Essas propostas chegaram ao Brasil como instrumento modernizador das políticas para a área em 1976, através do Plano de Integração de Saúde Mental.

Também na década de 60, surgiu um outro movimento na Itália, o da Psiquiatria Democrática. Esse movimento toma a comunidade Terapêutica como primeira leitura crítica do Hospital Psiquiátrico, na medida que aponta as limitações da matriz teórica, que seguirá desvendando o poder real da decisão da Clientela. Neste sentido, o hospital serve apenas para dar limites aos desvios humanos e marginalizá-los, sendo que a transformação virá quando, dia após dia, destruímos os mecanismos de alienação.

Investigações realizadas por diferentes autores, como *Medeiros (1977) e Costa(1989)*, entre outros, situam na primeira metade do século dezanove, no Brasil, o início da hospitalização dos doentes mentais. Por outro lado, *Sampaio (1994)*, em seu estudo, elabora em quatro períodos a Assistência Psiquiátrica no Brasil, de 1500 a 1941, os quais destacarei para fim de análise.

1º. Período: de 1500 - 1817, a loucura não está constituída como doença, não é objeto médico, seu lugar é a rua e a cadeia;

2º. Período: de 1817 -1852, com a criação do Hospício D. Pedro II, constitui-se o marco institucional da Assistência Psiquiátrica Brasileira, inaugurado em 1852, o qual pretendia dignificar o tratamento aos doentes mentais, elevando a categoria de objeto da ciência e eximindo-os da assistência em instituições religiosas.

3º. Período: de 1852 -1890. Neste período surge a Assistência Médica Legal de alienados e das colônias da Ilha do Governador que se constitui a Idade de ouro do alienismo, com advento e a expansão de um saber psiquiátrico. A expansão dos asilos, sob os cuidados da filantropia religiosa, com lógica disciplinar, rapidamente degenerada em violência, começa a encontrar seus

críticos. A hospitalização dos chamados loucos aparece no cenário brasileiro e tem uma dupla função: excluí-los da sociedade, devido a perturbação da paz social, e por outro lado, as reivindicações dos alienistas que passam a exigir a construção de asilos especificamente destinados aos doentes mentais.

4º. Período: de 1890 - 1941, com a construção do modelo da Assistência Psiquiátrica do Brasil, que compreendia o Modelo das Colônias. Esta época, marcou o ano da criação do Serviço Nacional de Doentes Mentais. Ao fim do período, foram construídos 35 estabelecimentos psiquiátricos a mais que no anterior, dos quais treze com o nome de Hospital Colônia.

As alternativas brasileiras de reestruturação psiquiátrica apresentam-se através de uma variedade de procedimentos técnico-científicos e políticos que se enquadram num momento histórico de reorganização das estruturas institucionais e num processo de democratização, em cujo curso se concretizam “saber único de saúde. A municipalização das ações de saúde, o aumento das participações populares na resolutividade de seus problemas, o projeto de Lei de Paulo Delgado, no Ceará, o Projeto de Lei de Mário Mamede, em 1992, que “Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais Psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências...” (*Moura - Fé, 1992*).

No Ceará, a Política de hospitais psiquiátricos privados começou a entrar em declínio, coincidentemente em torno de 1974, ano este que marca o início da desaceleração da psiquiatria, enquanto prioridade relativa ao setor saúde. É por volta deste ano que se inicia a tentativa do Estado em racionalizar gastos e ampliar a cobertura dos serviços de saúde, via ampliação do número de ambulatórios e desestimulação das internações psiquiátricas prolongadas, (*Fraga, Silva, 1994*).

Nesta perspectiva, a reforma psiquiátrica propõe mudanças no sistema de saúde mental vigente, que adota o modelo hospitalocêntrico, levando o doente a cronificação de sua doença, bem como sua segregação social.

Diante das questões relatadas de mudança do paradigma de compreensão da doença mental, é que nós, docentes de enfermagem psiquiátrica, estamos nos propondo a compreender como pensam, o que dizem, elaboram e fazem os atores sociais da Saúde Mental para que esse processo de mudança cultural manicomial ocorra em sua plenitude; pois dependerá também de mudanças estruturais, políticas, sociais e até de posturas individuais e coletivas. Por hipóteses, não seriam eles meros objetos das práticas? ou, ao contrário, podem ser considerados sujeitos dotados de um saber teórico prático, voltado para a construção de uma forma de perceber a doença mental?

Neste estudo, partimos dos objetivos:

- Conhecer a representação dos profissionais de Saúde Mental sobre cultura manicomial em relação ao processo de desinstitucionalização;
- Compreender como os profissionais de Saúde Mental exercitam o discurso da desinstitucionalização na sua prática.
- Conhecer como os profissionais de Saúde Mental percebem a Reforma Psiquiátrica no Ceará.

## ASPECTOS METODOLÓGICO DA PESQUISA

Estudos de natureza qualitativa e descritiva, tendo como suporte de análise as falas dos profissionais integrantes do estudo para construir o pensar, o fazer dos mesmos no campo do saber, referente a cultura manicomial exercida em seu cotidiano.

O estudo desenvolveu-se com profissionais de Saúde Mental, que trabalham num Hospital de grande porte de Fortaleza-Ceará, em um hospital-dia e um hospital psiquiátrico particular, na mesma jurisdição. A escolha dessas Instituições deveu-se à necessidade de termos, no grupo amostral, uma representação de Hospital Privado e de Hospital Público, para melhor compreensão do fenômeno estudado.

Os participantes desta investigação constituem-se de enfermeiros, assistente social, psicóloga, Médico, que fazem parte do staff do hospital dia e do Hospital filantrópico; chefes de serviços das referidas instituições, e profissionais que trabalham em centro de apoio psiquiátrico de uma cidade do interior do mesmo Estado.

A coleta de dados realizou-se através de entrevista, com questões norteadoras, tais como: Como você vê a função do Hospital Psiquiátrico no atendimento ao doente mental? O que significa para você o movimento de reforma Psiquiátrica? Como você vive em sua prática esse processo de reforma?

Os dados foram coletados pelas autoras do trabalho. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. O momento de parada da coleta aconteceu quando emergiram as respostas das questões, que estávamos pesquisando.

A análise se baseou nos pressupostos de análise qualitativa de *Triviños* (1987), em que foi feita leitura minuciosa e atenta, com "olhos bem abertos", das respostas das questões norteadoras para termos uma compreensão do todo; fizemos uma segunda leitura para sublinhar as idéias que melhor delineassem o fenômeno; a seguir realizamos uma listagem das respostas, por categorias e por questões; a seguir, classificamos as respostas de acordo com as convergências e divergências, relacionando com as categorias pré-estabelecidas. Utilizamos as falas, para melhor visualizar o fenômeno estudado.

### 1. FUNÇÃO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SOB A ÓTICA DOS RESPONDENTES.

Os profissionais de saúde apreendem a função do hospital psiquiátrico, com base em sua atividade profissional específica, compreendendo medidas contensivas, especificamente medidas medicamentosas, diagnóstico do estado mental, com subsequente triagem dos mesmos, isto é, determinação da necessidade de interná-los ou mantê-los sob tratamento ambulatorial, que é o processo de controle e exclusão social. Os depoimentos revelam estas questões.

*“A função do Hospital hoje é ambulatorial e de urgência”  
(ent. 6)<sup>26</sup> “O meu trabalho é de emergência, eu só atendo. (...)  
faço a medicação de urgência e se for necessário eu interno.  
(...) tem a função de atender bem o paciente, mas nem sempre  
é possível dar um atendimento melhor” (ent. 12).*

Observamos que o paradigma vigente de suas ações é o modelo organicista. Este modelo entretanto, parece desconhecer a interação como fonte de abordagem ao cliente como também de sua relação com outros profissionais. Os discursos mostram que há um privilegiamento do saber acadêmico como sendo absoluto, servindo-se dele como regra básica de conduta, uma vez que os objetivos e funções das instituições se reduzem no âmbito de sua atuação profissional.

*Aqui neste hospital é evitar a internação. (...) é tirar da crise...  
Toda uma rotina de atividade e tem uma equipe  
interdisciplinar ... proposta é evitar internamentos (ent. 1).*

*(...) objetivo de atender a clientela de um modo geral, onde a  
gente coloca os pacientes, os usuários para fazer um tratamento  
com a equipe multidisciplinar. (ent. 2)*

*“a função é fazer com que o paciente deixe de se internar...  
(ent. 4)*

Apreendemos que esse pensar dos sujeitos participantes da desconstrução do saber psiquiátrico, voltado para a internação, ainda está muito forte, pois sentimos que os discursos são falas que parecem não exercitadas na prática, quando se colocam no cotidiano do assistir ao indivíduo como pessoa.

Dentre os profissionais entrevistados um deles declarou não estar engajado nos objetivos da instituição, referindo realizar seu trabalho motivado por experiência pessoal, ou seja baseado naquilo que sua experiência de vida revelou ser bom para si e conseqüentemente para os pacientes que atende.

*(...) faço atendimento a alcoólatras... sou um deles, estou sem  
beber... Não estou engajado nesse movimento de reforma e não  
me considero uma pessoa engajada para falar nele. (ent. 8)*

Destarte, constatamos, nos discursos, que os profissionais enfermeiros apreendem a função do hospital tipo manicomial como uma maneira de

---

<sup>26</sup> ENT. Entrevistado e o número é a ordem das entrevistas

melhoria do Sistema de atendimento ao doente mental. Conseguem eles vislumbrar essa melhoria dentro de uma perspectiva mais ampla ou apontar o estabelecimento de práticas de relacionamento pessoa-pessoa e o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar de Equipe, diante de propostas capazes dessa melhoria. Embora o discurso mostre essa faceta de abordagem de um caminho de mudanças, observamos que a prática diária ainda está restrita ao que se concebe como funções específicas do enfermeiro, apreendidas no meio acadêmico ou mesmo apropriadas às reais necessidades da instituição nas práticas de triagem, visando o internamento e o controle dos pacientes em crise.

*“Quando o paciente vem atendido pela emergência, vem a medicação dele prescrita, aí a gente dá. (...) quando ele está apresentando impregnação, aí a gente leva o prontuário e diz ao médico.” (ent. 11).*

Por outro lado, membros da equipe multidisciplinar consideram em suas falas que a função do hospital psiquiátrico está basicamente voltada para a diminuição do número de atendimentos através da reintegração familiar. Entretanto, não percebemos esse elo quando os outros profissionais da área de saúde mental apontaram as funções do referido hospital.

Nesta perspectiva, apreendemos que a rede social de relações do paciente reduz-se ao grupo familiar e, assim sugere uma transferência de responsabilidade sobre o doente mental para a família. Mais uma vez os objetivos constitucionais se confundem com a ideologia profissional. Embora o trabalho do assistente social seja voltado para as questões sociais, a palavra ressocialização não foi mencionada, e se inserida no discurso, é vista apenas no âmbito da família. As funções do hospital são apreendidas a partir da ótica profissional, quando é patente que esta, historicamente, sempre foi voltada para o fortalecimento das práticas de exclusão social e estigmatização do doente mental.

*“É socializar a família, um menor número de internamentos e para que a família assuma mais os pacientes como uma pessoa normal.” (ent. 3)*

*“(...) a gente conversa com a família, encaminha os pacientes para receber dinheiro, chama os familiares para fazerem visitas, o paciente fica indo e vindo para se internar” (ent. 13)*

Evidenciamos, através dos discursos, que outros profissionais da equipe transdisciplinar argumentam que a função do hospital psiquiátrico se relaciona à

reabilitação sócio familiar. Um deles teceu críticas ao modelo manicomial, considerando ser este centrado nas práticas de internamento e medicalização. No entanto, omite-se em falar de sua prática atual do seu cotidiano.

*"(...) vale ressaltar que somos uma instituição centenária, onde não houve grandes mudanças no atendimento ao doente mental. o paciente aqui chega, se tem vaga é hospitalizado e medicado conforme suas necessidades" (ent. 10).*

## 2. O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NA COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NA ÁREA HOSPITALAR

Apreendemos, nos discursos dos entrevistados, que o movimento de reforma psiquiátrica está centrado nos seguintes jargões: desospitalização, rompimento da cultura manicomial, humanização da assistência, mudança da prática assistencial dentro do hospital, sem que isso necessariamente reflita mudança na cultura e ressocialização.

Para um dos elementos da equipe multiprofissional, a reforma compreende desde a alteração da estrutura física na Instituição de assistência, como argumentou: "Acabar com os portões e cadeados, a retirada dos pacientes dessas instituições decrépitas, os asilos (desospitalização)". Isto implica na diluição dos papéis profissionais, no sentido de hierarquia de poderes institucionais, em prol de um trabalho integrado que beneficie o paciente e privilegie a assistência ambulatorial, sendo esta compreendida como sendo uma necessidade de mudança na prática da instituição.

Ainda desvendam em suas falas que a reforma psiquiátrica passa antes de tudo, não por dentro das instituições manicômias, mas nas cabeças dos profissionais, que precisam mentalizar esse processo e agir de forma contundente no exercício de sua prática, resgatando a chamada cidadania.

*"(...) ainda existe muita resistência, muitas pessoas fazem oposição, até mesmo por desconhecimento. (...) sou mesmo de acordo com esse processo de desospitalização, de acabar com esses asilos, esse modelo é ultrapassado, não atende mais as condições, ele é muito excludente, eu acho que ele não ajuda em nada na recuperação dessa pessoa. (...) este processo rompe com isto aí, com esta estrutura, claro que precisa de cuidados, de assistência, de atendimento, a nível ambulatorial (ent. 1).*

Entretanto, outros profissionais que compõem a equipe de saúde mental, apontam como compreensão da reforma psiquiátrica uma ruptura com o modelo manicomial de assistência, que resultaria em uma abordagem humanizada,



como também a mudança de visão acerca da doença mental e do processo de adoecer, tanto no aspecto social, quanto moral. Enfatizam também a necessidade de mudança nas modalidades de tratamento e introdução de novas formas de terapias e de um trabalho de conscientização de familiares e comunidade, com o intuito de favorecer a reintegração social do doente.

*“Acho que deve haver um trabalho com a família e a própria sociedade que ajuda a segregá-lo... a gente encontra resistência principalmente da família... em famílias que compreendem a proposta, embora a gente trabalhe muito com elas. A gente nota que existe discriminação, no sentido de subestimar muito a capacidade de se gerir... do paciente chegar e comunicar... ao invés de investir na parte sadia dele, investe muito mais na que destoa, ... investe muito mais na doença do que na saúde” (ent. 1)*

*“... Movimento muito importante... que vai ter novas formas de atender, e ver que a não internação é o necessário” (ent. 2)*

*“É sair daquele modelo antigo, ... modelo de hospício para que se tenha uma visão mais humana do tratamento e que o paciente seja visto como ser social e normal” (ent. 3)*

*“... atualmente eu acho impraticável, porque não existe nenhuma alternativa. Eu sou a favor da desospitalização uma vez que haja uma alternativa que preencha o espaço vazio do hospital, que atualmente não tem...” (ent. 6)*

*“O atendimento ... ainda representa o sistema hospitalocêntrico... em algumas unidades... porém ainda estamos seguindo nesta unidade uma linha da reforma... é a unidade considerada de ensino, pesquisa, unidade de residência... apresenta uma conotação de maior liberdade, que não existem mais aquelas grades que tanto descodificavam...” (ent. 7)*

*“... tem que mudar muito a cabeça dos profissionais, como também a estrutura física. (...) eu não vejo é mesmo mudança nenhuma, a prática continua a mesma. (...) fazem cursos, mas não tenho observado mudança na prática delas, o conhecimento*

*só fica no discurso, práticas e mudanças que é bom nada  
(Hospital B. ent. 9)*

Um outro aspecto, que merece ser apreendido pelos profissionais da área de enfermagem, é centrar a questão da reforma psiquiátrica no resgate da cidadania do paciente e na melhoria do sistema de atendimento, que incluem: medidas de assistência alternativa, criação de hospitais-dia e mudança de sua estrutura física, mentalidade dos profissionais e criação de leitos em hospitais gerais. Um dos elementos da equipe de enfermagem concebe a reforma apenas em termos práticos, os benefícios que ela traz para a prática dos cuidados ao doente mental.

*"(...) a gente vê o resgate dos direitos da cidadania de um paciente" (ent. 5)*

*"(...) resgatar a cidadania do paciente..." (ent. 7)*

*"(...) o paciente ficar ocupado, ter mais seu tempo ocupado, não ficar seu tempo solto no pátio, sem fazer nada..." (ent. 12).*

### **3. VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE TRABALHAM EM SERVIÇOS ALTERNATIVOS SOBRE O SIGNIFICADO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO, COMO FORMA DE CONTRIBUIR COM O PROCESSO DA CONCRETIZAÇÃO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.**

Evidenciamos, através das falas dos respondentes que trabalham em serviços alternativos, que eles desconhecem a função do hospital psiquiátrico, pois não têm a vivência desse setor, enfatizando que a sua experiência é pautada na prática acadêmica, porquanto, apenas dois entrevistados fazem referência, a essa função, para a grande maioria da vivência de estágio curricular parece não ter sido significativa, não lhe serviu sequer para formar uma opinião acerca deste tipo de assistência. Percebem o hospital psiquiátrico como cronificador de doenças, pelo tempo prolongado de internamento a que o paciente é submetido, internações desnecessárias, uso de medicamentos diversificados, favorecimento do isolamento social e familiar do paciente. Tudo isto favorece a discriminação do paciente, fomentando a idéia de que ele, doente mental, é hostil, daí a e presença de atitude de punição contra os mesmos. Os discursos revelam estas questões:

*"(...) hospital psiquiátrico tem tido a função de realmente cronificar as doenças... pacientes ficam internados desnecessariamente... muitos deles não deveriam estar ali" (ent. 14).*

*“Cada um tem sua função definida, faz determinadas atividades (...) eu tenho a função de Consulta de Enfermagem, sou o responsável pelo programa de visita familiar...” (ent. 15).*

Embora existam críticas negativas, alguns dos profissionais entrevistados admitem a necessidade do hospital psiquiátrico, embora sejam de consenso que hajam modificações na forma de assistir e cuidar, conforme fala:

*“O hospital já foi necessário, mas precisa ser repensado, o manicômio teve a sua necessidade histórica, foi e ainda está sendo útil, não gostaríamos que acabasse, gostaríamos que mudasse o paradigma, o tipo de tratamento, Algumas vezes precisamos dele”...; Dar a eles outra feição, ou outro tipo de tratamento.” (ent. 15).*

*“Dar todo tipo de atendimento possível no sentido da necessidade do paciente, a gente faz ambulatório, prescrição de medicamento se for necessário, acompanhamento com a comunidade, com a família, atendimento psicoterápico e na terapia ocupacional.” (ent. 17).*

Um outro aspecto a observar nos discursos é a carência de instituições alternativas capazes atender a demanda em Psiquiatria, o que se faz sentir pela expressão de necessidade da equipe de manutenção dos hospitais psiquiátricos, com prática que possibilite ao paciente, aos familiares e profissionais de Saúde Mental estabelecerem, conjuntamente o que pode ser feito para que o usuário, que esteja em situação de crise, estabeleça sua cidadania e o poder de mando seja diluído no espaço de discussão da situação.

#### **4. PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL QUE TRABALHAM EM CENTRO DE APOIO PSICOSSOCIAL SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA**

O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil é percebido pelos profissionais que exercem suas atividades fora do campo hospitalar, como forma de construir uma cultura antimanicomial, uma mudança de atitude frente ao doente mental, tratando-o não como um louco, mas como uma pessoa que está em sofrimento psíquico, que precisa ser ouvido e ajudado para que encontre uma alternativa para sair desta situação, inserindo aí a família e a rede social de relações, visando humanizar a assistência aos mesmos.

Este movimento, vê a equipe que compõe o serviço alternativo como uma proposta a reintegração sócio-familiar, com o tratamento domiciliar, educação dos membros da família e da necessidade em abordar o paciente em crise,

maior envolvimento da equipe multidisciplinar, controle e eficácia da terapêutica medicamentosa, tendo como consequência a redução do tempo de internamento no hospital, redução da demanda psiquiátrica, maior participação da família, tratamento do doente, resgate da cidadania, mudança da concepção de loucura e combate ao preconceito e alienação.

*“É um respeito pelo que a pessoa pensa. Tirar a discriminação, ... rótulo das pessoas que têm sofrimento mental, ser visto como louco no sentido pejorativo, pessoas que vieram rotuladas passam a ficar rotuladas sem o respeito devido da sociedade e da família.” (ent. 16)*

*“(...) engaja o paciente na sociedade no hospital quando eu estagiei os pacientes ficavam isolados tanto dos familiares, quanto da sociedade aqui eu vejo assim, você entra e você sai e passa a conviver com os próprios problemas das pessoas.”. (ent. 18)*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Pelo que podemos apreender nos discursos dos participantes da pesquisa, evidenciamos que concebem a Reforma Psiquiátrica como um movimento que visa mudanças não só na estrutura física das instituições, mas que contempla também mudanças de cultura da organização manicomial, mudanças na percepção e condutas dos grupos sociais acerca do doente mental, melhora do sistema global de atendimento, integração dos profissionais e diluição de poderes.
- Observamos que alguns dos membros da equipe de Saúde Mental revelam um certo reducionismo quanto à proposta da Reforma;
- Atribuem os membros da mesma equipe que existem muitas dificuldades para implementação de medidas que fortaleçam o movimento à resistência dos familiares dos pacientes, à discriminação imposta tanto pela sociedade como pelos profissionais de Saúde Mental, que estão vivenciando o processo mesmo à distância, pois não se envolvem na prática cotidiana, e insistem em dar continuidade a subestimar a capacidade do paciente de gerir seu próprio destino.
- Acomodação de uma grande parcela da equipe de Saúde ao sistema Manicomial. Acreditam eles que as medidas alternativas implantadas nas instituições psiquiátricas sejam indícios positivos, embora um deles coloque que existem altos custos implicados no processo;
- Um segmento da equipe multidisciplinar refere não acreditar na Reforma, considerando-a impraticável, devido a existência de poucos serviços de assistência e práticas alternativas capazes de viabilizar as propostas da Reforma.

- Outros apontam como mecanismo de superação de dificuldades o trabalho de conscientização da equipe multidisciplinar como caminho para romper as condutas viciadas, considerando que, em termos práticos, embora existam esforços no sentido de viabilizar o movimento de reforma, não há mudança significativa na prática dos profissionais, que apenas fica reduzida a formulações teóricas;
- Apontam como ponto de referência, para mudança do paradigma de atuação, a necessidade de “reformatar a mente dos profissionais” o que compreende a ruptura e a superação da cultura manicomial.

*“Entretanto os achados nos revelam que, em Saúde Mental, sabemos primeiro que não existe nenhum procedimento terapêutico que não possa ser realizado a nível ambulatorial; segundo mesmo nos casos episódicos de necessidade de internação, esta, sendo realizada em Hospital Geral, proporciona melhores condições de recuperação imediata e determina prognóstico mais favorável; e, terceiro, o Hospital Psiquiátrico não dispõe de um complexo de equipamentos e cuidados para a assistência ao doente que o diferencie de um ambulatório bem equipado, e nem tem conseguido uma resolutividade satisfatória da problemática que recebe. Por outro lado, tem servido de irresolutividades, evidenciadas pela alta incidência de reinternamentos e por uma população residual internada de crônicos”. (Moura Fé, 1995)*

Nesta perspectiva, a fala do autor em epígrafe condiz com as falas dos respondentes da pesquisa, legitimando o seu discurso. Portanto, os profissionais que estão inseridos nesse movimento necessitam pôr em prática sua idéias e procurar se aproximar das resistências e fazer com que reflitam sobre os pontos significativos dessa reforma.

**ABSTRACT:** This study reports mental health professionals representations who work for psychiatric hospitals and psychosocial services. This descriptive and qualitative work has as basis the professionals from the study to build up the thinking, their doing in the field of knowledge referring to the manicomial culture executed daily speech analysis.

**KEYWORDS:** Psychiatric Reformulation - Representations - Mental Health

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COSTA, Jurandir Freire. *História da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Campus, 1980. 104 p.
2. FLEMING, Manuela. *Ideologias e práticas psiquiátricas*. Porto Alegre: Afrontamento, 1976, 156 p.
3. FRAGA, M. N. O.; SILVA, N. B. O surgimento de hospitais psiquiátricos no Ceará e as Políticas de Saúde no Brasil. *R. Bras. Enferm.* Brasília. v. 47, n. 1. p. 15-19, jan. 1994.
4. MEDEIROS, T. A. *Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil*. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1977, 165 p. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro.
5. MOURA-FÉ. Municipalização e hospital psiquiátrico. *Informe Saúde*. Fortaleza. Mar. 1995. p. 3
6. \_\_\_\_\_. Reestruturação Psiquiátrica, possibilidades e alternativas. Apresentado junto a I CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL. São Luiz, 09-12/09/92. 5 p.
7. ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. IN: BEZERRA, B; \_\_\_\_\_(Org). *Psiquiatria sem hospício: contribuições a reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 41-67, 1992.
8. SAMPAIO, J. J. C. *Hospital Psiquiátrico Público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis*. Fortaleza, 1988. 82 p. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1994.
9. TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução a pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1990, 175 p.