

O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO COMO CENTRO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL

*Edna Paciência Vietta **
*Margarita Villar Luís ***

RESUMO: As autoras abordam, através de um discurso ingênuo e descomprometido, as incoerências da internação e dos hospitais psiquiátricos quanto suas reais finalidades, mostrando durante seu relato, o predomínio das instituições psiquiátricas tipo custodial, em relação às instituições consideradas de tipo Terapêuticas. Baseadas nesta análise as autoras questionam o hospital psiquiátrico como centro de saúde mental, passando a refletirem criticamente sobre o ideal e o real, o ser e o dever ser, a teoria e a práxis desta questão.

INTRODUÇÃO

O enfoque da Saúde Mental, preceitua a internação do doente em hospital psiquiátrico como medida a ser adotada, após esgotarem-se as demais instâncias terapêuticas disponíveis. Entende-se por enfoque de Saúde Mental o movimento social caracterizado por uma preocupação pública crescente, como problemas de saúde mental com apoio de órgãos competentes (Governo e Estado), dirigidos às atividades neste campo com renovados esforços cooperativos de diversas especialidades profissionais.

STROTZKA^{1 2} afirma que o movimento de psiquiatria social dedjou-se, inicialmente, à melhoria das instituições hospitalares e, depois de modo geral, às possibilidades da prevenção das falhas do desenvolvimento psicossocial. O movimento atual pela saúde mental põe em relevo não só a importância do tratamento e reabilitação dos casos de grave perturbação, mas coloca ênfase crescente nas ações preventivas,

* Professor-Assistente Doutor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

** Professor-Assistente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

no desenvolvimento de uma saúde mental positiva. Esta concepção incita a mobilização de todos os recursos de assistência à saúde, como: o hospital psiquiátrico, unidades psiquiátricas do hospital geral, o hospital-dia, ambulatórios, centros de saúde e outros.

A filosofia deste movimento é, portanto, preventiva em seus três níveis: primário, secundário e terciário.

Entende-se por nível primário, ou prevenção primária, o afastamento das condições capazes de desencadear a moléstia mental. As ações dirigem-se para a promoção da saúde mental e prevenção das doenças.

Prevenção secundária ou de nível secundário compreende todos os processos terapêuticos capazes de obstar que a moléstia mental eclodida chegue a cronicidade através do diagnóstico precoce e pronto atendimento, acrescem-se ainda ações que garantam o tratamento efetivo.

Finalmente, nível terciário ou prevenção terciária significa a preocupação em reduzir até onde seja possível a incapacidade ocasionada pela enfermidade mental, através de atividades de reabilitação dos indivíduos e re integração dos mesmos na sociedade.

Nos programas de saúde mental o hospital psiquiátrico deve convergir seu atendimento às ações preventivas a nível secundário e terciário, portanto: a) receber o paciente e tratá-lo durante o período em que necessitar de cuidados intensivos; b) contribuir para que o tratamento seja efetivo e que a permanência do paciente neste contexto seja a mais breve possível; c) cuidar para que a sua recuperação seja conseguida, sua reintegração facilitada e sua reabilitação garantida através de assistência pós-alta.

O hospital psiquiátrico é então convocado a repensar suas reais funções. De mero oferente de ingênuo isolamento e proteção estéril, passa a ter que proporcionar situações sociais terapêuticas, condizentes com seus autênticos propósitos.

Na atual política de saúde mental fica implícito também a necessidade da inclusão na rede básica de saúde a assistência psiquiátrica com a cobertura a todo segmento da sociedade, estendendo seus esforços à utilização de recursos sociais, sócio-culturais (mais precisamente da prevenção, cura e reabilitação da doença mental da coletividade), promovendo a assistência comunitária. Esta política implica em novas responsabilidades para o pessoal da área da saúde mental: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e outros.

Segundo LEON, citado por MARIZ⁷, a concepção de um sistema de assistência psiquiátrica cuja cobertura pudesse incluir o maior número possível de habitantes de uma região, é um processo de ocorrência

relativamente recente e suas origens se relacionam possivelmente com os seguintes fatores:

1º) A crescente insatisfação com as atividades tradicionais de atenção psiquiátrica. Métodos de hospitalização crônica que fomentam o institucionalismo^a, também chamado hospitalismo e ocorrência da neurose institucional^b ou "deterioração psiquiátrica" e social, a discriminação sócio-econômica para aplicação de método terapêutico e desigual distribuição de oportunidades para o tratamento do transtorno mental;

2º) O advento de métodos farmacológicos efetivos que têm permitido a redução drástica da população hospitalar crônica e o auge dos tratamentos ambulatoriais;

3º) O notável incremento da investigação epidemiológica no campo das enfermidades crônicas (incluindo os transtornos mentais) e a evidência obtida por seus métodos da correlação da enfermidade com fatores demográficos, econômicos e sociais;

4º) A sub-utilização dos escassos recursos disponíveis devido a falhas na organização dos serviços.

Conscientes dos efeitos nocivos que decorrem de se oferecer aos doentes mentais apenas uma custódia hospitalar, passou-se a entender que o ambiente social pode interferir facilitando ou prejudicando a recuperação do interno.

BARTON¹ escrevendo sobre a esquisofrenia assevera que após quatro anos de permanência nos hospitais psiquiátricos a maioria dos pacientes começa a sofrer duas doenças: 1) Esquisofrenia; 2) Neurose institucional ou hospitalismo.

Conclui-se que a má instituição possui dois efeitos negativos: a) os pacientes podem ter agravada sua "loucura" e b) adquirir uma neurose.

Considera-se ainda que quanto mais precoce o diagnóstico, maiores as possibilidades de cura e reabilitação dos indivíduos acometidos de algum distúrbio mental.

a. Institucionalismo é um fenômeno patogênico identificado e definido como "uma síndrome que se desenvolve no ambiente institucional e que limita a capacidade do indivíduo para viver fora do hospital. Não se trata, pois, de institucionalizar, ou seja, a adaptação do paciente às regras e normas de vida dentro do hospital, mas a amputação psicológica e funcional que a vida do hospital causa no indivíduo"¹⁰.

b. Neurose institucional é a perda de interesse especialmente pelos assuntos de natureza pessoal, submissão, visível inabilidade para fazer planos para o futuro, falta de individualidade e algumas vezes postura e marcha característica¹.

A precocidade diagnóstica é fundamental para um prognóstico favorável. As estatísticas mostram que a grande maioria das enfermidades mentais são curáveis se convenientemente tratadas nas primeiras semanas ou nos primeiros meses do seu surgimento. Transcorridos seis meses, as probabilidades de cura diminuem sensivelmente para se tornarem mínima após alguns anos de evolução.

Importa, portanto, que na medida do possível possam-se evitar que os indivíduos assumam sem necessidade o papel de doentes mentais e que permaneçam por tempo indeterminado no hospital tornando-se pacientes crônicos, cuidando-se que a internação seja medida indicada somente em situações específicas e a curto prazo.

Faz-se necessário cuidar para que os indivíduos não adoeçam, conservando-os membros ativos e produtivos da sociedade. Caso adoeçam, que seu diagnóstico seja o mais rapidamente detectado, favorecendo condições de cura e reabilitação.

O estabelecimento de sub-programas de Saúde Mental em centros de saúde, articulados com ambulatórios e hospitais psiquiátricos preconizados pela Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo, vem promover o renascimento do interesse pela Saúde Mental Comunitária, sendo um incentivo para os profissionais de saúde, motivando-os à procura de estratégias de ações que visem contribuir, a longo e médio prazos, para a transformação dos hospitais psiquiátricos em centros de promoção de Saúde Mental. Este reavivamento tem-se constituído em novo alento para esses profissionais já tão desiludidos de encontrarem soluções eficazes para tão intrincada questão.

O enfermeiro, assim como os demais profissionais da saúde, devem acolher e assimilar tal proposta, por mais remota que possa parecer sua concretização, considerando que as instituições psiquiátricas hoje existentes, do modo como se apresentam favorecem muito mais a iatrogenia psiquiátrica do que a promoção de saúde.

Baseado em tais reflexões consubstanciadas em nossa vivência como profissional de saúde mental, consolidada na revisão da literatura existente, particularmente em trabalhos científicos: monografias, teses resultantes de pesquisas na área específica e afins é que nos propomos a identificar as características indispensáveis para que um hospital psiquiátrico possa se transformar em centros de promoção de Saúde Mental.

Análise do contexto hospitalar

Segundo a literatura específica, os hospitais psiquiátricos podem ser classificados quanto às suas funções em: custodiais e terapêuticas.

Hospital Custodial

São denominados os hospitais do tipo asilar, que concebem o paciente como indivíduos diferentes dos outros, pessoas "totalmente loucas", "estranhas", "que não sabem o que fazem", "indivíduos de grande periculosidade", "nocivas para si próprias", "para sua família e para a sociedade". "Seres incapazes", "sem juízo", "desorientados", "irrecuperáveis", "necessitados de proteção e isolamento". Instituições representadas em sua maioria por macro-hospitais, ou instituições superlotadas que abrigam doentes mentais por tempo indeterminado, transformando-os, muitas vezes, em "hóspedes" permanentes.

Construídos geralmente em majestosas áreas verdes, dissimulando seu interior frio e deprimente, nos quais o tratamento, se é que podem assim ser denominadas as práticas aí exercidas, limitam-se a reclusão e a rígidos esquemas medicamentosos. Rígidos no sentido de não haver reavaliações sistemáticas e periódicas com reformulações dos mesmos de acordo com as respostas e reações dos pacientes frente às medicações prescritas. Este tipo de hospital é constituído de pátios enormes que não oferecem nenhum tipo de proteção aos seus usuários, quanto ao sol ou chuva. Os pacientes são privados total ou parcialmente do contato com o pessoal médico ou de enfermagem. Com raras exceções, a maioria dos pacientes permanecem ociosos^c no pátio, sem qualquer atividades que os ocupem.

Os refeitórios imensos reproduzem mais um campo de concentração, não oferecendo o mínimo de condições para reeducação do paciente, condicionando-o a adquirir certos hábitos como comer com as mãos, sentar no chão para comer e outros comportamentos não aceitos socialmente. Os alimentos ricos em hidratos de carbono e pobres em proteínas são oferecidos em bandejas desarranjadas e com tempo estipulado para o término da refeição.

Os objetos de uso pessoal, inclusive óculos, dentaduras, alianças, são retirados do paciente por ocasião da sua admissão e guardados fora de seu alcance. O paciente não tem direito de emitir opinião e nem tem acesso às decisões que são tomadas a seu respeito.

No hospital de características custodiais, predomina o uso da terapia medicamentosa, impregnação e eletrochoqué e os recursos psicoterapêuticos são raros ou muito pouco utilizados.

c. O ócio quando maciço, desorganiza o sentido do ciclo do dia, do transcurso da semana e leva o internado realmente a ter como tarefa a estruturação de seu delírio⁹.

O pessoal responsável pelo cuidado direto ao paciente são geralmente pessoas leigas, na sua maioria insatisfeitas, frustradas, revoltadas, pessimamente remuneradas, às vezes doentes, e de condições sócio-econômicas e sanitárias (condições de vida) muito semelhantes às dos pacientes. Fatores estes muitas vezes responsáveis pelo tipo de cuidados que oferecem. Apresentam geralmente escolaridade de nível primário, e são introduzidos ao serviço pelos colegas mais antigos sem nenhum preparo prévio. Todos esses fatores concorrem para um desgaste emocional muito grande, uma provável diminuição do nível de tolerância às tensões. Não tendo como e onde aliviá-las, descarregam-nas nos pacientes ou recorrem a outros mecanismos de defesa, prevaricando em suas funções^d.

Alguns, diante da impotência em melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem, acabam por abandonar o hospital para não se tornarem coniventes com situações contrárias a seus princípios éticos e profissionais. Outros acabam por se adaptarem a estrutura caótica, deixando-se violentar pelo sistema e "enlouquecem". Profissionais como psicólogos, assistentes sociais, dentistas, terapeutas ocupacionais, desenvolvem trabalhos de forma independente^e. O entrosamento quase sempre dificultado ou inexistente, decorre da hospitalidade criada pelo próprio clima de competição destrutiva que se estabelece neste tipo de instituição. Estes profissionais se defendem e se protegem isolando-se em consultórios inacessíveis. O ambiente é controlado a chaves e a circulação para os pacientes fica condicionada e reduzida a um pequeno território dependente de horário e atividades rigidamente estabelecidas. Estas características podem ser comparadas às encontradas por GOFFMAN⁵, nas famigeradas instituições totais^f.

d. GOFFMAN⁵ afirma que em todas as instituições por ele estudadas encontrou nos internos o predomínio de ações involuntárias de submissão e de deteriorização do EU, e na equipe dirigente o abuso de poder, dominação, uso da força para obter submissão.

e. PRIMO¹¹, analisando a equipe de saúde em um hospital psiquiátrico de característica custodial, afirma que no desempenho de atividades a equipe, mostrou uma série de inconsistências quanto ao seu exercício bem como em relação à própria integração existente entre as diversas categorias ocupacionais.

f. Instituição total é toda instituição que representa características semelhantes (prisões, conventos, orfanatos, academia militar), onde há um limite bem definido de separação com o mundo exterior, são fechadas e proibidas as saídas. Caracterizam-se por: a) todos os aspectos da vida diária são realizados no mesmo lugar e sob a mesma autoridade; b) cada fase da vida diária do indivíduo é realizada junto a um mesmo grupo e número de pessoas; c) todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários pré-fixados e toda seqüência de atividade é imposta de cima, por um sistema rígido de regras formais; d) as diversas atividades obrigatórias são reunidas em um só plano, organizado para atender aos objetivos próprios da instituição⁵.

Os fatores que têm contribuído para que os hospitais não cumpram suas reais finalidades podem ser assim resumidas: 1) número reduzido de recursos humanos; 2) despreparo do pessoal disponível; 3) desinteresse por parte dos administradores; 4) superpopulação dos hospitais psiquiátricos.

Estudos têm sido realizados, relacionando-se espaço e superpopulação com comportamento humano. Há uma crescente preocupação com a perda da identidade que o indivíduo sofre, quando é obrigado a conviver com um número excessivo de outros indivíduos, ou quando não há condições de preservação do espaço pessoal. A identidade própria e as relações saudáveis tendem a se deteriorar. Segundo THENS¹³ existe uma relação direta entre alta densidade demográfica e a agressividade, inimizade e violência entre os seres humanos. A superpopulação acarreta problemas de espaço pessoal, contaminação e deterioração do Eu⁹.

A antropologia social tem mostrado a influência do meio sobre tipos de comportamentos patológicos. Toda concentração de seres humanos em uma instituição é acompanhada de comportamentos particulares, este institucionalismo se manifesta por comportamentos de apatia, de inibição, de ausência de iniciativa, de desaparecimento de senso de responsabilidade, de dependência em relação à instituição tão presentes em nossos pacientes.

Depreende-se do exposto que não será em um contexto desta natureza que se fará possível o estabelecimento de um centro de promoção de saúde mental. Pelo contrário, este é o ambiente propício para a proliferação e cronicidade iatrogênica do doente mental, portanto, um centro promotor de doença mental.

Hospital Terapêutico

Em contraposição ao hospital custodial surge o hospital terapêutico onde os métodos são orientados de modo que a internação quando imprescindível seja cuidadosamente programada com vista a devolver o paciente à sociedade, total ou parcialmente recuperado. O pa-

g. A contaminação e deterioração do Eu acontece em consequência das várias e constantes agressões que o indivíduo sofre, sem condições de defesa, em instituições fechadas e superlotadas.

ciente é visto como ser ativo, dinâmico, integrante do meio conservando partes sadias^h de sua personalidade relacionadas a sentimentos, emoções, afetos, inteligência, habilidades, etc. . . , dependendo da área comprometida.

A tendência é introduzir no hospital o ambiente mais semelhante possível ao da comunidade da qual procede o paciente e para qual ele deve retornar. O doente é considerado como pessoa, digna de respeito cuja individualidade deve ser preservada. O paciente é visto como membro de uma família, integrante da sociedade na qual desempenha os mais diferentes papéis: de pai, esposo, filho, irmão, empregado, patrão, etc... O objetivo do tratamento é o de ampliar, na medida do possível, a parte sadia da personalidade do paciente, devolvendo-lhe a autonomia pré-mórbida.

Estes hospitais estão localizados em lugares aprazíveis, não necessariamente fora do perímetro urbano . Suas construções primam pela descaracterização dos manicômios, prédios de pequeno ou médio porte ou em extensas propriedades subdivididas em setores ou unidades menores.

Nesses estabelecimentos hospitalares, acredita-se na recuperação do doente e busca-se a otimização da assistência. A equipe age em função das satisfações das necessidades do paciente, permitindo-lhes maior liberdade para expressão de conflitos e sintomas e oportunidades de reconstrução e reintegração da personalidade. As responsabilidades são compartilhadas em grupo e com a participação de todos, pacientes e equipe. O paciente está em contato constante e direto com enfermeiros psiquiátricos, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, médicos, sendo freqüentemente estimulados a tomar parte em atividades programadas, tornando-se um participante ativo do processo de sua própria cura.

Também se encoraja a participação dos familiares no tratamento do paciente com o intuito de favorecer e facilitar o estabelecimento do elo entre o hospital, família e comunidade. Além disso, adota-se uma maior utilização de técnicas psicológicas no tratamento individual e gru-

h. Todo doente mental é uma pessoa extensamente dissociada em pelo menos duas partes: uma não psicótica capaz de manter relativo controle da personalidade e contato com o mundo externo e uma parte psicótica atuante. Quando esta predomina, o paciente geralmente requer um ambiente tolerante e controlado.— o hospital — até conseguir um equilíbrio pelo menos precário e compatível com a vida no grupo social. Achamos, pois, que cada um e todos os pacientes hospitalizados, independente do nível de regressão ou etiologia, tem uma capacidade de se relacionar não-psicótica, através da qual estabelece contato com o ambiente e o terapeuta³.

pal, atendimento mais individualizado, proporcionando diversas modalidades de psicoterapias: psicanálise, psicodrama, psicoterapia de grupo e outras atividades terapêuticas: grupos operativos, terapias administrativas, etc... Os integrantes da equipe recebem supervisão e treinamento específicos segundo as funções que desempenham. O tratamento medicamentoso, quando realizado, é periodicamente avaliado e seus esquemas sistematicamente refeitos de acordo com a evolução e reações do paciente em relação às medicações prescritas.

Portanto, todo empenho é feito para criar-se e manter-se um ambiente terapêutico favorável ao desenvolvimento humano, estimulando a utilização máxima de seu potencial: sua criatividade, espontaneidade, autenticidade, habilidades, responsabilidades e independência, permitindo-lhe ainda um confronto com a realidade com percepção e aceitação de seus limites.

Instituições com estas características tendem a se transformar em comunidades terapêuticasⁱ tornando-se locais ideais para o desenvolvimento de centros de promoção de saúde mental. A alta dos pacientes, neste contexto, não significa o fim do tratamento e o seguimento pós-alta é garantido pelo oferecimento de assistência ambulatorial.

Além dos hospitais tipo custodial e dos hospitais terapêuticos encontramos ainda os hospitais cuja situação é indefinida, com tendências a transformação, caracterizado por um estado de transição, ou seja, aqueles de assistência custodial, mas com a proposta de virem a se tornar instituições nos moldes terapêuticos.

Todavia, há relutâncias em se aceitar alterações, pois modificar princípios existentes por muitos anos e substituí-los por outros novos não é uma tarefa fácil, requer dos membros envolvidos esforço, disponibilidade pessoal para mudanças e tempo para assimilar as aquisições novas em termos de crenças e atitudes para com o doente mental.

Além disso, a mobilização de velhas estruturas, sejam elas construções ou "status" pessoais é um processo difícil e lento, exigindo que

i. Focaliza-se, neste conceito, a necessidade de que quando possível o paciente deve desempenhar papéis sociais e vocacionais durante sua permanência no hospital, que se aproximem daqueles que encontrará na comunidade externa. Reconhece, portanto, a importância do meio ambiente no tratamento do doente mental e procura tratá-los de forma mais próxima do ambiente em que vive. A comunidade terapêutica surgiu em contraposição ao confinamento e a segregação do doente mental. Pretende que os pacientes paulatinamente possam abandonar velhas condutas e substituí-las por outras socialmente mais adaptadas através de uma situação de aprendizagem vivida, que implica relacionar-se no dia-a-dia com um grupo de pessoas. Os princípios ideológicos da comunidade terapêutica têm sido resumidos em quatro temas básicos: democratização, permissibilidade, espírito de comunidade, confrontação com a realidade³.

os administradores e membro da equipe de saúde, estejam emocionalmente preparados, inclusive para aceitarem e enfrentarem que o entusiasmo inicial possa ceder lugar ao cansaço e resistência, na medida em que vão surgindo obstáculos.

BASAGLIA², EY & BRISSET⁴, referem que em se tratando de modificações na filosofia de assistência psiquiátrica, só se obtém sucesso (ou surge mais facilmente) quando se estruturam novas instituições com funcionamento previsto nos novos moldes de assistência terapêutica, com colaboradores e funcionários treinados que compartilham das mesmas metas afins sobre o atendimento a ser oferecido ao doente mental.

Por isso, observa-se que apesar das tentativas reformistas adotadas para solucionar a complexidade dos fenômenos envolvidos na área da saúde mental, estas se revelaram infrutíferas, e na maioria das instituições psiquiátricas existentes predominam ainda hoje as características custodiais, remontadas à época de Pinel.

Isso é até compreensível, pois a estrutura custodial assemelha-se a uma engrenagem mecânica, sólida, pesada e de tal forma interligada, que não podemos ingenuamente acreditar que se romperá somente com boas intenções e profissionais competentes, serão necessários ainda leis que protejam o enfermo mental, que lhe garantam ser assistido por profissionais qualificados e competentes e que garantam a obrigatoriedade de implantação nos hospitais, de normas e rotinas mais flexíveis e eficientes, cujo intuito seja facilitar o trabalho de funcionários e o benefício dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Teoricamente o hospital psiquiátrico poderá eventualmente se transformar em centro de promoção de Saúde Mental se além de apresentar características de instituição terapêutica se articular com os demais serviços de saúde disponível na comunidade como: centros de saúde, hospital geral, ambulatorios (localizados nas dependências dos hospitais psiquiátricos ou próximos a ele, ou ainda anexos aos hospitais gerais e centros de saúde), hospitais—dia (funcionando como um setor do hospital psiquiátrico ou como institutos isolados), devendo contar ainda quando possível com a colaboração de Universidades e Convênios.

Caberá aos serviços de promoção e proteção à saúde, instruir, informar e esclarecer a comunidade, utilizando-se de meios de comunicações: rádio, imprensa, televisão, divulgando artigos, proferindo palestras, ministrando cursos com o intuito de orientar a comunidade em como utilizar os recursos existentes, aproveitando todas as oportuni-

des para diminuir os preconceitos e desfazer os mitos da doença e do doente mental.

As atividades ambulatoriais deverão incluir as seguintes modalidades de assistência de acordo com os meios providentes: triagem, sessões de higiene mental para toda a comunidade, atividades de grupo: grupos de orientação de mães, grupos de adolescentes, grupos de orientação de pais, grupos de gestantes, grupos de ocupação e lazer para pessoas em idade avançada, atendimento individual: intervenção em crise, seguimento pós-alta para egressos de hospital psiquiátrico ou hospital-dia, psicoterapias breves, atendimento de emergência e outras psicoterapias.

Um programa desta natureza se concretizaria somente com a disponibilidade de uma rede básica de serviços para atendimento à saúde e infraestrutura adequada: recursos humanos e financeiros suficientes.

Se esta possibilidade desperta a crítica de um despropósito, mais absurdo será aceitar que recursos astronômicos continuem sendo desperdiçados com atividades que absolutamente revertam em benefícios para a sociedade. Haja visto o montante de verba gasta em tratamentos e internações desnecessárias que bem poderiam ser revertidas em benefícios de uma melhor qualidade de assistência e outras contradições como a subutilização de categorias profissionais (enfermeiros e auxiliares de enfermagem) com abuso da utilização de pessoal leigo (atendente) gerando a proliferação de sub-empregos e conseqüente baixa na qualidade dos cuidados de enfermagem oferecidos à população.

A solução para o problema da Saúde Mental, teoricamente parece ser possível, entretanto a prática tem nos revelado o oposto, que o processo de resolução é moroso, às vezes inerte e sem muitas transformações.

No momento, com as propostas da atual política de Saúde Mental no Estado, despontam novos horizontes, surgem novas esperanças que nos levam à reflexão:

Em termos de idéia, uma utopia?

Em termos de ação, uma incerteza?

Em termos de realidade, um delírio?

Em termos de sonho, uma realidade?

Teoricamente uma esperança

Na prática um desafio.

A natureza essencial comum entre a reflexão e continuidade do real, convoca a teoria a declarar-se como práxis, a partir do momento em que é a nossa razão quem cria a realidade, no pensamento confun-

dem-se o "ser" e o "dever ser", originando-se aí a nossa impotência para executar a ação.

O hospital psiquiátrico já é, a nosso ver, uma instituição falida, que sobrevive em função de ideologias que fundamentam uma psiquiatria repressiva e outras ideologias dominantes (Ex.: as relacionadas aos meios de produção). Quando alguém "perverte" a ordem ou ameaça a assimilação destas ideologias perturbando o "equilíbrio" do sistema é imediatamente rotulado de louco e "trancafiado a sete chaves" em pavorosos manicômios, palcos de máxima repressão mental. O problema da instituição psiquiátrica é sério e grave e é de total competência dos Governos e Estados. Todavia, a responsabilidade das coisas tem sido transferida para a comunidade e por fim para a família que sem apoio nem orientação adequadas tornou-se o "vilão" da estória, porque "criou e não absorveu" o "seu louco" dentro da estrutura familiar.

A instituição psiquiátrica é um problema social e político, pois atualmente não é mais nenhum segredo a influência que as variáveis sócio-econômicas representam no desencadear das doenças mentais, haja visto a camada social de onde provêm os nossos doentes mentais internados.

Assim, na impossibilidade ou melhor na inconveniência de se estabelecer uma dialética das contradições a esse nível, dado as possibilidades de virmos a ser "mal interpretados" ou tachados de pessimistas, reacionários ou revolucionários, é que retomamos o discurso teórico, acreditando mais uma vez nas proposições de mudança da atual política de saúde mental, compete agora às autoridades engajadas nesse processo, provar que a teoria desta vez terá a sua aplicação prática efetiva.

SUMMARY: Through a simple and non-committal discourse, the authors approach the inconsistencies of the inpatient care and psychiatric hospitals as regards their true Purposes. As the report proceeds, it is uncovered the Prevalence of Custodial-like psychiatric institutions over institutions considered Therapeutic-like. Based on this analysis, the authors question the psychiatric hospital as Mental health center in order to reflect critically upon ideal and real, be and must be, theory and praxis concerning this issue.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARTON, R. Institutional Neurosis. N. Y., John Wright and sons, 1959.
2. BASAGLIA, F. A instituição da violência. In:—, *La institución negada*, Trad. Jaime Pomar. Barcelona, Barral Editores, 1972.

3. BLAYA, M. *Grupos operativos hospitalares*. Trabalho apresentado no 5º Congresso Latino Americano de Psicoterapia de Grupo, maio de 1967. Mimeogr.
4. EY, H & BRISSET, B. C. H. Técnicas psicoterápicas. In:—. *Tratado de Psiquiatria*. 7. ed. Barcelona, Toray-masson, 1975.
5. GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, Perspectiva, 1974. 315p.
6. LEMOS, M. M. Diretrizes para a saúde mental. In: Ribeirão Preto. Departamento de Neuropsicopatía e Psicologia Médica. *Introdução à Psiquiatria comunitária*. Coletânea de trabalhos. 1974.
7. MARIS, P. *Psiquiatria de comunidade, fundamentos teóricos do projeto integrados de Saúde Mental*, 1976-79. Mimeogr.
8. MINZONI, M. A. *Assistência ao doente mental internado: análise de uma experiência de treinamento de atendentes em hospital psiquiátrico*. Ribeirão Preto, USP/Faculdade de Enfermagem. Tese Livre-docência.
9. MOFFATT, A. *Psicoterapia del oprimido: ideologia y tecnicas de la psiquiatria popular*. 3. ed. Buenos Aires, Ed. Libreria ECRO, 1975.
10. NEGRETE, J. C. *La epilepsia como problema de Salud Publica*. Material apresentado em el curso de Extension Universitária sobre Epilepsias, promovido pela Coordenadoria de Saúde de São Paulo, Nov. 1974.
11. PRIMO, N. C. *Equipe de Saúde no Hospital Psiquiátrico*. Ribeirão Preto, USP, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. 1975.
12. STROTZKA, H. *Elementos de psiquiatria social*. Tr. Blaunstein, A., Rio de Janeiro, Ed. Bloch, 1968.
13. THENS, K. *Etologia: a conduta animal, um modelo para o homem?* São Paulo, Circulo do Livro, 1977.

Endereço da Autora: EDNA PACIÊNCIA VIETTA
 Author's Address: Rua Barão do Amazonas, 500 Apto 800
 14010 - Ribeirão Preto (SP)