Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países

Marina Bandeira[1]

Resumo

O projeto de política de saúde mental do Brasil apresenta características semelhantes à de vários outros países. Estes porém já convivem com os erros e limites desta política e já apontam seus mitos e dificuldades: falta de apoio financeiro suficiente para criar serviços comunitários adequados; falta de formação, preparação e engajamento da comunidade no acolhimento ao doente mental, dificuldade de coordenação dos diversos setores dos serviços oferecidos, divergências ideológicas entre os trabalhadores da saúde mental membros das equipes interdisciplinares, falta de tolerância com os subgrupos mais deficientes de pacientes, falta de um atendimento permanente a cada paciente.

Esta configuração tem levado a resultados difíceis: o aumento dos casos tratados fora dos hospitais é acompanhado de aumento também dos casos tratados em instituição, numa taxa maior que a do crescimento da população. Muitas instituições na comunidade diferem pouco dos hospitais psiquiátricos. Observa-se um problema de obstrução das unidades psiquiátricas e das emergências de hospitais gerais, que têm se tornado a porta de entrada do paciente. Observa-se um aumento de rehospitalizações de um contingente de pacientes jovens, pobres, desempregados, itinerantes, que acabam sendo recolhidos pela igreja ou transitam nas ruas ou prisões.

Uma discussão generalizada sobre as conseqüências da desinstitucionalização se impõe, para utilizar positivamente a experiência de outros países.

Unitermos: hospitalização; rehospitalização; programas alternativos

[1] Departamento de Psicologia Clínica — Instituto de Psicologia — Universidade de Brasília

© 1991 — ECN-Editora Científica Nacional Ltda.

Desde meados dos anos 50, tem-se observado na Europa e América do Norte um movimento de desinstitucionalização do doente mental e desenvolvimento da saúde mental comunitária que atingiu seu auge nos anos 60, prosseguindo até os nossos dias. Primeiro, este movimento surgiu com um grande entusiasmo e pouca preparação e, em seguida, alvo fácil de uma crítica crescente, experimentou várias dificuldades, erros e sobretudo limitações que procuraremos sintetizar, colocando em relevo os fatores essenciais a serem considerados em processos semelhantes no futuro. Esta discussão se impõe, na verdade, já que a nova política de saúde mental da Divisão de Saúde Mental do Ministério de Saúde segue claramente os moldes dos demais países[31].

A convergência de uma série de fatores sociais e econômicos, desde os anos 50, contribuiu para preparar o terreno e desencadear em vários países todo um processo de construção desta nova política de saúde mental, em que o doente mental não mais era visto como um indivíduo necessitando da proteção de um asilo, mas ao contrário, era visto como alguém que está se prejudicando com ele. Em particular, o movimento humanitário de contestação com relação às péssimas condições de vida nos hospitais psiquiátricos superlotados, incentivado por vários escritores, assim como causas ganhas por advogados de pacientes psiquiátricos e movimentos de ativistas de direitos civis contribuíram para criar uma nova consciência do problema (Schepper-Hughes[23]).

Os efeitos negativos da hospitalização, tais como a apatia, a perda da capacidade de trabalho, o déficit na competência social, a perda da autonomia, já tinham se tornado características divulgadas e reconhecidas amplamente como uma "neurose institucional" ou efeito secundário da hospitalização, ou seja, uma segunda doença que se adicionava ao problema inicial. Além disso, com o advento dos medicamentos psicotrópicos, a doença mental tornou-se um problema controlável na sua sintomatologia positiva para uma grande maioria de pacientes, possibilitando o tratamento fora do hospital

e contribuindo para o desenvolvimento de um maior sentimento de segurança por parte da sociedade em geral (Crowcroft[5], Schepper-Hughes[23], Shadis[25]).

A tolerância da sociedade com relação ao doente mental aumentou então consideravelmente na Inglaterra, em particular, onde a psiquiatria social já vinha se desenvolvendo, o que proporcionou o processo de desinstitucionalização desde os meados de 1955 e a sua legalização já em 1959, com a instituição da nova Lei da Saúde Mental, com bases numa ação comunitária. Com efeito, esta lei atribuía às autoridades locais a responsabilidade de fornecer assistência aos doentes mentais (Crowcroft[5]). Na Itália, por outro lado, os fatores social e sobretudo político-ideológico contribuíram em grande parte para o movimento da desinstitucionalização que se desenvolveu tardiamente nos anos 60, juntamente com uma série de outras reformas sociais. Estes fatores contribuíram também para sua legalização que foi estimulada pelo partido radical e aprovada pelos dois maiores partidos políticos no poder em 1978 (Mosher[20], Schepper-Hughes[23]). No Quebec, este movimento surgiu igualmente junto com outras reformas sociais, no que se convencionou chamar de "Revolução tranqüila" (Losson e Parratte[19]).

Um outro fator, porém, que pesou muito na legalização do processo de desinstitucionalização, sobretudo dos Estados Unidos, que instituiu em 1963 uma nova política oficial de saúde mental comunitária, consiste no fator econômico, ou seja, os custos excessivos e cada vez maiores do estado com os hospitais psiquiátricos, assim como a previsão de um aumento adicional deste custo devido à necessidade de reformas dos espaços físicos das instituições em decrepitude. Procurou-se então acomodar as necessidades de atendimento aos doentes mentais de uma forma que fosse menos onerosa para o estado (Shadish[25], Schepper-Hughes[23]).

Paralelamente à retirada dos pacientes dos hospitais psiquiátricos, procurou-se desenvolver ao longo destes anos, embora não suficientemente, uma série de serviços e recursos comunitários, como alternativas ao tratamento hospitalar. Em conseqüência, o número de casos clínicos tratados fora dos hospitais psiquiátricos tem crescido cada vez mais nos Estados Unidos desde meados dos anos 50, e no Canadá desde os anos 60. No Canadá, por exemplo, se observa uma redução de 47.633 a 15.011 leitos psiquiátricos, de 1960 a 1971 (Richman e Harris[22]), seguido de uma redução de 50% no período seguinte de 1970 a 1978 (Harnois[10], Barnes e Toews[2]). Nos Estados Unidos, Kiesler[14] observa, por exemplo, que no período de vinte anos decorridos entre 1955 e 1975, o número de episódios clínicos tratados fora dos hospitais aumentou quase vinte vezes, ou seja, de 379.000 a 4.600.000 casos clínicos. A proporção de casos de saúde mental tratados fora dos hospitais aumentou de 23% em 1955 a 77% em 1975. Entretanto, estas estatísticas não devem ser mistificadas pois também houve um aumento de 34% de casos tratados em instituições neste mesmo período, excedendo a taxa de crescimento da população, o que diminui bastante o impacto dos dados anteriores.

Neste processo de desinstitucionalização, foram criados 600 centros regionais de saúde mental comunitária até 1980 e mais 100 centros adicionais estavam em construção nesta época, o que é claramente insuficiente pois somente a previsão inicial tinha sido de 2.000 unidades (Kiesler[13,15]).

Cada centro comunitário estava destinado a servir uma população de 75.000 a 200.000 pessoas (Bender[3]) sendo composto de equipes multidisciplinares contendo uma média de quatro psiquiatras e oito psicólogos (Kiesler[13]). Foram também criadas pequenas unidades psiquiátricas nos hospitais gerais para curtas internações.

Assim, o local das hospitalizações dos doentes mentais mudou consideravelmente, a maioria (60%) sendo realizada em hospitais gerais, que não conseguem suprir a demanda. Somente 25% das hospitalizações se faz em hospitais psiquiátricos (Kiesler[15]). Com efeito, um dos problemas da desinstitucionalização tem sido a obstrução das unidades psiquiátricas dos hospitais gerais e também da urgência nos hospitais gerais que não têm unidades psiquiátricas, que passaram a constituir uma das portas de entrada do doente mental na rede de serviços. Paralelamente, desenvolveu-se ainda uma ampla gama de serviços comunitários informais, ou seja, fora da rede oficial, que multiplicam e expandem os serviços formais, tais como os programas de suporte comunitário, os grupos alternativos radicais e os grupos voluntários e de auto-ajuda. Este desenvolvimento paralelo reflete assim as insuficiências do novo sistema e a necessidade de mais recursos comunitários.

Na Itália, desde o início do movimento de desinstitucionalização em 1968 até 1977, observou-se uma diminuição de 40% dos casos clínicos hospitalizados. Depois da legalização do sistema de saúde mental comunitário, em maio de 1978, observou-se uma diminuição adicional de 18% de casos clínicos hospitalizados, até 1982. Observou-se igualmente, neste mesmo período, uma diminuição de internamentos compulsórios da ordem de 60% (Mosher[20]). Centros de Saúde mental comunitária, compostos por equipes multidisciplinares, também foram criados para servir a regiões contendo uma população de aproximadamente 70.000 indivíduos, numa base de intervenção de crise no local ou na casa do paciente, segundo a necessidade (Mosher[20]). Somente um número limitado de leitos (sete) era permitido nestes centros para casos de curtas internações. Alas psiquiátricas de 15 leitos no máximo foram criadas em hospitais gerais para o mesmo fim (Kinoshita[16]).

Na Inglaterra, a diminuição dos casos clínicos hospitalizados foi tão acentuada já por volta de 1955 que se calculou para os dez anos seguintes uma baixa de quase metade da população hospitalar, cálculo sobre o qual se baseou o Plano de Dez Anos (Crowcroft, 1982). Na verdade, observou-se uma diminuição de 28% de casos clínicos hospitalizados entre 1954 e 1971 (Bender[3]). Os serviços comunitários cresceram e as acomodações proporcionadas pelas autoridades locais elevaram-se de 115.000 em 1960 para 140.000 em 1963 (Crowcroft[5]).

Todo este deslocamento do atendimento aos doentes mentais em unidades menores na comunidade foi, evidentemente, promovido por agentes sociais não vinculados ao trabalho de cientistas sociais, como acontece geralmente nas mudanças sociais (Shadish[25], Braun e cols.[4]). Isto reflete provavelmente que o motor e a razão deste movimento estavam longe de preocupações com a eficácia de tratamentos, mas se relacionavam mais com questões de ordem econômica ou política. Somente a posteriori, pesquisas foram realizadas com o objetivo de avaliar a eficácia relativa destas duas formas de tratamento, hospitalização versus programas alternativos comuni-

tários. Felizmente os resultados têm demonstrado em geral a superioridade do segundo ou uma igualdade dos dois.

Kiesler[14], numa revisão de literatura envolvendo 10 pesquisas que respeitam o critério metodológico de designação randômica dos sujeitos aos grupos experimental e de controle, mostra resultados encorajadores. Com efeito, os programas alternativos apresentam todos um custo de serviço muito mais baixo, e em vários casos uma superioridade de resultados, com relação a variáveis tais como: tempo de permanência na comunidade sem recidiva, ou seja, sem rehospitalizações; freqüência de atendimento ao trabalho e atividades escolares; sintomatologia medida por escalas psiquiátricas. Ele acrescenta a constatação de que o melhor preditor de rehospitalizações é o número de hospitalizações prévias, o que equivale a dizer que se trata de um processo que se auto-eterniza. O autor conclui que os programas comunitários são, portanto, uma alternativa certamente mais econômica e algumas vezes mais eficaz.

Braun e cols.[4], fazendo uma revisão de 18 estudos comparativos entre hospitalização e três tipos de programas alternativos, com ou sem requisito de designação randômica dos grupos, conclui que, em muitos casos, os pacientes selecionados para os programas alternativos obtêm, em algumas escalas psiquiátricas, resultados superiores aos dos pacientes hospitalizados do grupo controle. Quando havia diferença de resultados, esta era a favor dos programas alternativos. Estas conclusões se aplicam principalmente para os tratamentos alternativos a uma primeira admissão, os autores não podendo concluir com firmeza quanto aos tratamentos alternativos a uma longa hospitalização para pacientes crônicos. Zipple e McDonald[30], revendo alguns estudos nesta área, acrescentaram ainda que os resultados positivos dos programas comunitários são geralmente observados independentemente da severidade da sintomatologia dos pacientes e que a maioria dos pacientes pode viver na sociedade.

Harding (1978), num estudo longitudinal de acompanhamento a longo termo de 269 doentes mentais severos que foram desinstitucionalizados por volta de 1955, observa que 70% deles continuavam fora do hospital, 10 anos depois. Uma avaliação realizada 20 a 25 anos depois, com 262 dos pacientes, mostrou, através de protocolos de entrevistas construídos a partir de escalas, que 50 a 75% destes pacientes apresentavam uma melhora considerável. Em ambas as avaliações, constata-se que estes pacientes sofrem, entretanto, constantes rehospitalizações ou recidivas. Harding (1978) observa que é necessário um follow-up prolongado para avaliar adequadamente a reinserção de pacientes há tanto tempo hospitalizados.

Kiesler[15] e Barnes e Toews[2], fazendo um levantamento das pesquisas realizadas nesta área, concluem que os resultados positivos são consistentes de um estudo a outro, apesar das diferenças dos métodos de tratamento alternativo utilizados. Porém, embora se observe uma consistência de resultados, vários problemas metodológicos afetam a validade interna e externa destes dados. Por exemplo, na grande maioria das pesquisas revistas, os "follow-ups" (acompanhamento) são geralmente curtos demais para avaliar o verdadeiro impacto do programa avaliado na vida cotidiana dos pacientes. Com efeito, já foi observado que a taxa de readmissão dos doentes mentais aumenta muito (de 30% a 75%) com o tempo passado (de seis meses a cinco anos) desde sua desinstitucionalização (Wallot, 1984; Barnes e Toews[2]). Além disso muitos estudos mostram que a diferença entre os grupos experimental e de controle se mantêm durante o período de tratamento, com o acompanhamento intenso e, em seguida, diminui com o tempo, as vantagens do grupo experimental diminuindo tanto que algumas vezes não se observa nenhuma diferença mais (Kiesler[14]; Davis, Diniz e Pasamanick[6]; Fenton, Tessier, Struening[9]). A duração do follow-up ou o momento de colher os dados influenciaria assim os resultados obtidos.

Outras variáveis muitas vezes são negligenciadas na avaliação dos resultados, tais como a influência do entusiasmo das equipes em testar um programa experimental (efeito Hawthorne), a motivação dos pacientes selecionados para um programa especial (efeito placebo), assim como a perda de sujeitos do grupo experimental, fatores estes que introduzem um viés experimental em favor do tratamento alternativo. Outros problemas encontrados consistem no número reduzido de estudos contendo uma designação randômica dos pacientes aos grupos experimental e de controle, a falta de descrição dos diagnósticos dos sujeitos e da medicação recebida na grande maioria dos estudos e a falta de uma avaliação "blind" dos resultados dos dois grupos. Entretanto, a crítica mais encontrada é a de uma maior violação à validade externa, já que os pacientes são geralmente altamente selecionados, têm bons prognósticos, passam no crivo de vários critérios de exclusão e as amostras estudadas são muitas vezes pequenas. Os sujeitos não seriam assim representativos dos resultados que seriam obtidos, no caso de uma política global de saúde mental, onde pacientes de diagnósticos severos e heterogêneos participariam (Barnes e Toews[2]; Kiesler[14]; Braun e cols.[4]; Wallot, 1984).

Além disso, estes resultados positivos constituem apenas uma avaliação entre dois programas pontuais, não podendo garantir assim o bom funcionamento dos diversos ingredientes de uma política global de saúde mental. A avaliação do movimento como tal transcende esta comparação pontual entre dois programas tomados isoladamente. Trata-se aqui da implantação de uma política global de serviços e suas relações com outras agências ou grupos da sociedade.

Os tipos de sistemas comunitários mais adotados nos diversos países variam, segundo as características culturais de cada um. Nos Estados Unidos, apesar de uma ampla variedade de programas, predomina o que corresponde melhor à cultura norte-americana: o sistema dos "Nursing Homes". Por exemplo, dados da NIMH (National Institute of Mental Health) mostram que em 1969, 75% dos doentes mentais estavam em instituições, se encontravam nos "Nursing Homes" (Kiesler[13]). Shadish (1982) observa que este sistema se tornou o mais amplamente utilizado, devido ao fato de refletir valores básicos da sociedade em que se insere, tais como: profissionalismo, individualismo, pragmatismo, preocupação com o aspecto lucrativo, assim como respeito pela intolerância das famílias e da sociedade em geral em relação aos doentes mentais. Em outras palavras, um serviço que difere pouco do hospital psiquiátrico tradicional.

Já na Itália, o novo sistema comunitário de saúde mental se caracterizou, pelo menos enquanto seu líder carismático esteve vivo, por uma participação da comunidade e da família dos doentes mentais na sua reinserção social, assim como participação dos diversos setores da sociedade, tais como par-

tidos políticos, sindicatos de trabalhadores, associações de artistas, etc. (Mosher[20]; Schepper-Hughes[23]).

Programas alternativos cujos valores básicos divergem radicalmente dos da cultura na qual se inserem têm menor chance de se desenvolver ou de se manter em funcionamento, como foi o caso flagrante do programa da "Lodge society", na América do Norte. Apesar de se tratar de um programa viável e de qualidade (Rappaport[21]), sua utilização se limitou a 10% dos hospitais, embora uma ampla campanha de informação à seu respeito tivesse sido realizada (Shadish, 1982). Outros programas igualmente de qualidade, referentes ao atendimento a crianças autistas e deficientes mentais, permaneceram nas gavetas, igualmente devido a uma diferença muito grande entre os valores subjacentes aos programas e os da comunidade onde se inserem. A questão dos valores constitui portanto um fator importante a ser considerado na implantação mesmo de programas discretos, ainda mais de sistemas globais que atingem setores heterogêneos da sociedade.

O próprio processo de desinstitucionalização na América do Norte encontrou dificuldades na sua implantação, devido à sua divergência com os valores da sociedade, já que na base deste movimento se encontra a expectativa de participação da comunidade, cujo engajamento nesta questão é no mínimo duvidosa (Wallot[27]). Outros fatores entram em jogo, tais como: falta de preparação da comunidade, assim como incoerência do governo que promove a desinstitucionalização mas fornece proporcionalmente mais verbas para a hospitalização, e falta de uma planificação do processo em etapas progressivas, etc. Estas dificuldades levaram o processo de desinstitucionalização americano a uma prática que se assemelha mais a uma transinstitucionalização, com a descentralização dos hospitais tradicionais (Schepper-Hughes[23]). Mesmo na Itália, regiões onde os valores básicos da sociedade são menos consistentes com a nova política de saúde mental comunitária, há maior resistência de certos setores à desinstitucionalização (Mosher[20]). Baseando-se nesta experiência de outros países, torna-se claro que o processo de implementação constitui em si mesmo um fator crucial a ser considerado.

Shadish (1982) sugere diversas estratégias de implantação de sistemas de saúde mental, entre outras: 1. Avaliação inicial das necessidades da comunidade particular onde o programa será implantado; 2. Descrição detalhada da rede de serviços formais e informais já em funcionamento na comunidade, em termos de número de casos clínicos tratados, custos, número de recidivas e estratégias de funcionamento; 3. Identificação das tensões existentes no sistema, em termos econômicos, legais e da demanda de serviços; 4. Promoção ativa da viabilidade do novo sistema, através de incentivos aos profissionais implicados, técnicas de marketing, sistemas de reembolso por seguros aos beneficiários do novo programa e controle do acesso aos outros programas vigentes. O autor acrescenta que no caso do programa de saúde mental divergir consideravelmente dos valores sociais vigentes, um longo processo de mudança ideológica é necessário antes da implantação do novo sistema.

Desta maneira, o novo sistema tem maior chance de refletir as necessidades e valores da comunidade em questão, favorecendo a participação da mesma, além de promover a motivação dos participantes do programa e evitar o desencadeamento de resistência ao novo sistema, já que todo programa se insere num conjunto de estruturas sociais, com seus diversos grupos de interesse, com valores, ideologias e necessidades próprias, grupos estes reagirão à introdução de um novo sistema.

A implementabilidade de um sistema depende também, segundo o autor, do apoio financeiro que obtém. O incentivo à participação da família do doente mental na Itália contou, segundo Mosher[20], com subvenções do governo, o que favoreceu o bom funcionamento do novo sistema, pelo menos no que diz respeito à acolhida pelas famílias. Se, por outro lado, incentivos federais, tais como pensões da previdência social ou seguros de saúde favorecem a hospitalização, isto iria de encontro ao esforço da desinstitucionalização, prejudicando gravemente seu andamento, como tem acontecido nos Estados Unidos. Segundo Kiesler[14,15], 70% dos dólares concernentes à saúde mental vão para as instituições, o que indica que a política nacional de fato ainda é a institucionalização (Kiesler[15], Shadish[25]). Em outras palavras, tem se observado uma incongruência entre a política oficial e a prática de fato da desinstitucionalização prejudicando seu andamento (Kiesler[13]). E tem-se observado igualmente uma falta de continuidade no apoio financeiro federal, já que as subvenções garantidas no governo de Kennedy foram cortadas no governo de Reagan, prejudicando igualmente o funcionamento do sistema (Woodbury[29]).

A experiência italiana, comparativamente à americana, mostrou que alguns ingredientes são essenciais ao bom andamento do processo de desinstitucionalização. Entre outros, a preparação da comunidade onde se dará a reinserção do doente mental constitui uma variável importante, incluindo um trabalho de redefinição da loucura, informação e contato da sociedade com os doentes mentais e conhecimento de suas necessidades. O intercâmbio na Itália foi tão intenso que o espaço físico do hospital foi transformado, em alguns casos, em locais para creche, pensões, lojas, etc. Com efeito, a atitude da sociedade sendo, na maioria dos casos, negativa ao doente mental (Link, Cullen, Frank, Wozmak[18]), um trabalho particularmente intenso e longo precisa ser realizado se quisermos aumentar a probabilidade de sucesso de programas comunitários. Um outro aspecto importante focalizado pela experiência italiana consiste na necessidade de uma reformulação das leis concernentes à tutela jurídica e aos direitos civis do doente mental, que se encontram na base da prática da saúde mental, como foi o caso da Lei 180 (Kinoshita[16]).

Além disso, parece necessário um maior grau de tolerância com relação a um subgrupo de doentes mentais que, por diversas razões (gravidade da doença, idade, senilidade, deficiência física, etc.), querem e necessitam permanecer num ambiente mais protegido. No caso do hospital de Gorizia, por exemplo, dos 800 pacientes inicialmente internados, 300 preferiram permanecer, porém obtendo um status de "hóspedes", com os seus direitos civis preservados (Mosher[20]). Nos Estados Unidos, por outro lado, a retirada de 4.000 pacientes do Hospital Estadual de Boston a partir de 1960 levou ao que Schepper-Hughes[23] classifica de desastre social. Deste total de pacientes, somente 200 retornaram ao hospital por serem considerados incapazes de uma vida comunitária, o que sugere uma tolerância muito menor. Outros 1.500 já estavam mortos em 1977, 800 foram para os "Nursing homes", 1.000 para outros serviços ("board-and-care" e casas de transição) e 500

foram considerados como estando na comunidade. Com efeito, a falta de um processo gradual de desinstitucionalização, a falta de um ajustamento às necessidades de subgrupos de doentes mentais, assim como a falta de preparação da comunidade tem levado a problemas sérios que levantam muitas críticas e protestos de setores da sociedade americana, pondo em risco o sucesso desta política de saúde mental (Zipple e MacDonald[30]).

Um fator crucial que tem sido sistematicamente negligenciado é a planificação e desenvolvimento de recursos comunitários adequados e em número suficiente, proporcional à diminuição dos leitos psiquiátricos (Woodbury[29], Wallot[27], Losson e Parratte[19], Watt e El-Guebaly[28]). Em conseqüência, a qualidade de vida dos pacientes desinstitucionalizados tem sido alvo de críticas acirradas, nos Estados Unidos, Canadá e Itália. O doente mental é freqüentemente pobre, desempregado, sem instrução, errante, isolado e explorado por outros (Dorvil[8], Schepper-Hughes[23]). A acolhida da comunidade e das famílias tem sido considerada um fracasso (Losson e Parratte[19]). Segundo Wallot[27], certas acomodações comunitárias são simplesmente, na melhor das hipóteses, unidades hospitalares com designação diferente, mesmo em Trieste, e a modificação efetuada no processo de desinstitucionalização consiste concretamente na redução de pacientes por instituição e na diminuição do poder do antigo hospital psiquiátrico, ou seja, uma simples transinstitucionalização.

Outro fator cuja importância não tem sido corretamente avaliada, a não ser tardiamente, consiste na necessidade da maioria dos pacientes psiquiátricos crônicos de estarem recebendo continuamente uma assistência e um acompanhamento em todos os aspectos de sua vida, pois o efeito benéfico do tratamento comunitário não se mantém por si só, com um "follow-up" tradicional, mas depende de um atendimento constante que geralmente só prevalece durante o período de tratamento experimental (Barnes e Toews[1]; Wallot, 1984; Davis e cols.[6]; Fenton e cols.[9]; Stein e Test[24]).

Além disso, a manutenção de medicação psiquiátrica constitui, na maioria dos casos, um requisito essencial (necessário, mas não suficiente) para uma reinserção bem sucedida do paciente psiquiátrico, mas tem sido subestimado apesar da constatação bem fundamentada através de dados de pesquisa, com condições de controle placebo (Hogarty, Goldberg, Schooler, Ulrich[12]; Davis e cols.[6]; Davis[7]). Certos autores (Braun[4]; Carpenter, 1978; Test e Steint[24]) chegam mesmo a sugerir que os resultados positivos dos grupos experimentais seriam determinados provavelmente pela variável "manutenção da medicação", assegurada pelo acompanhamento intenso. A condição experimental que garante a menor taxa de recidiva foi a medicação combinada com terapia de suporte. Sem estas condições, aumenta-se a probabilidade de recrudescência de surtos agudos, sintomas ativos, uso de drogas que levam finalmente muitos pacientes psiquiátricos a pequenos roubos e assaltos e à experiência do ciclo vicioso ruas-prisão-hospital (Lebfevre[17]). Com efeito, duas instituições principais têm recolhido os doentes mentais desinstitucionalizados e errantes: de um lado, as prisões e de outro lado, a igreja (Schepper-Hughes[23]). Um número crescente de casos psiquiátricos nas prisões tem sido observado nos últimos anos, chegando a ocupar 10 a 15% dos locais de encarceração (Lebfevre[17]).

Finalmente, o sistema de saúde mental comunitária requer uma boa coordenação entre os diferentes setores da rede de serviços, o que não tem sido atingido, principalmente na América do Norte. A realidade cotidiana mostra ao contrário uma dificuldade de coordenação entre os setores e ainda lutas de poder entre os interventores e profissionais dos diversos serviços (Wallot[27]). Trabalhadores da saúde mental dos centros locais de assistência e de programas alternativos, geralmente de ideologia antipsiquiatra, articulam mal com as unidades de psiquiatria dos hospitais gerais, as urgências e os hospitais psiquiátricos. A psiquiatria, por outro lado, tendendo a uma maior medicalização, também articula mal com os trabalhadores dos centros locais. A falta de coordenação reflete uma descontinuidade de ideologias e o paciente vive esta ruptura. Mesmo no interior das equipes multidisciplinares de um mesmo serviço esta luta persiste entre os diversos profissionais e o paciente sobre as conseqüências no dia-a-dia. Estes fatores têm assim dificultado o bom funcionamento dos serviços de saúde mental.

Todos os fatores discutidos acima constituem variáveis a serem seriamente consideradas em qualquer novo movimento de desinstitucionalização, não como justificativas para o retorno ao sistema asilar, mas como lições a serem retiradas das tentativas feitas por outros países de colocar em prática e tornar cada vez mais viáveis as conquistas do movimento de saúde mental comunitária. Um maior cuidado com estes aspectos aumentariam talvez as chances de sucesso deste movimento e diminuiriam talvez as vozes que clamam em vários países por um retorno ao sistema asilar (Zipple e MacDonald[30]). O conhecimento dos ingredientes ativos necessários ao bom funcionamento do processo de desinstitucionalização, embora já disponíveis em grande parte, não está suficientemente difundido para que possa ser útil a novos atores sociais (Barnes e Toews[1]).

Summary

Deinstitutionalization or transinstitutionalization: lessons of some countries

The brazilian mental health policy project is based on the policy adopted by other countries in the past. However, these countries are actually suffering the consequences of several difficulties and limitations of this community mental health policy, such as: lack of sufficient and adequate community centers, ideological struggles among mental health professionals, lack of coordination among the services, lack of preparation of the community to accept the patients, lack of permanent caring to the patient.

The consequences of these difficulties have been the obstruction of the emergencies and the psychiatric units of the general hospitals, overcrowded community centers which do not differ very much from the psychiatric hospitals, rejection of the patients by the society and an increase in the number of rehospitalizations.

A general discussion of the brazilian project, based on the lessons from other countries, is proposed.

Uniterms: hospitalization; rehospitalization; alternative programs

Referências

• **1. BARNES GE, TOEWS J** — Mental health professionals knowledge in the field of caring for chronic mental disorders. **Soc Sci Med, 21** (11): 1229-1233, 1985. • **2.**

BARNES GE, TOEWS J — Deinstitutionalization of chronic mental patients in the canadian context. **Canadian Psychology, 24** (1): 22-36, 1983. • **3. BENDER MP** — Psicologia da Comunidade. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1978. • **4. BRAUN P, KOCHANSKY G, SHAPIRO R, GREENBERG S, GUDEMAN JE, JOHNSON S, SHORE MF** — Overview: deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. **Am J Psychiatry, 138** (6): 736-749, 1981. • **5. CROWCROFT A** — O Psicótico: Compreensão da Loucura. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1971. • **6. DAVIS AE, DINIZ S, PASAMANICK B** — The prevention of hospitalization in schizophrenia: five years after an experimental program. **Am J Orthopsychiatry, 42**: 375-388, 1972. • **7. DAVIS JM** — Overview: maintenance therapy in psychiatry. I. Schizophrenia. **Am J Psychiatry, 132**: 237-45, 1975. • **8. DORVIL H** — Les Caractéristiques du Syndrome de la Porte Tournante à L'Hôpital Louis H. Lafontaine. **Santé Mentale au Québec,** XII, 1, pp. 79-89, 1987. • **9. FENTON FR, TESSIER L, STRUENING EL** — A comparative trial of home and hospital psychiatric care: one-year follow-up. **Arch Gen Psychiatry, 36**: 1073-1079, 1979. • **10. HARNOIS GP** — Challenges to the reintegration on the mentally ill in Quebec, Canada. **Int J Ment Health, 15** (4): 6-15, 1987. • **11. HARDING CM, BROOKS GW, ASHIKAGA T, STRAUSS MJS, BREIER A** — The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: methodology, study sample ans overall status 32 years later. **Am J Psychiatry, 144** (6): 718-726, 1987. • **12. HOGARTY GE, GOLDBERG SC, SCHOOLER NR, ULRICH RF** — Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. **Arch Gen Psychiatry, 31**: 603-618, 1974. • **13. KIESLER CA** — Mental health policy as a field of inquiry for psychology. **Am Psychol, 35** (12): 1980. • **14. KIESLER CA** — Mental health and alternative care: non institutionalization as potential public policy for mental patients. **Am Psychol, 37** (4): 349-360, 1982a. • **15. KIESLER CA** — Public and professional myths about mental hospitalization: an empirical reassessment of policy-related beliefs. **Am Psychol, 37** (12): 1323-1339, 1982b. • **16. KINOSHITA RT** — Uma Experiência Pioneira. A Reforma Psiquiátrica Italiana. *In*: Marsiglia RG, Dallari DA, Costa JF, Moura Neto FDM, Kinoshita RT, Lancetti A — Doença Mental e Cidadania. São Paulo, Edições Mandacaru, 1987. • **17. LEBFEVRE Y** — Chercher asile dans la communauté. **Santé Mentale au Québec, XII** (1): 66-78, 1987. • **18. LINK BG, CULLEN FT, FRANK J, WOZNIAK JF** — The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. **Am J Sociol, 92** (6): 1461-1500, 1987. • **19. LOSSON JP, PARRATTE J** — Desinstitutionalisation au Québec. **Information Psyquiatrique, 64** (10): 1289-1298, 1988. • **20. MOSHER RL** — Italy's revolutionary mental health law, an assessment. **Am J Psychiatry, 139**: 199-203, 1988. • **21. RAPPAPORT J** — Community Psychology: Values, Research and Action. New York: Holt, Rinehart e Winston, 1977. • **22. RICHMAN e HARRIS** — Mental hospital deinstitutionalization in Canada. A national perspective with some regional examples. **Int J Ment Health, 11** (4): 64-83, 1983. • **23. SCHEPPER-HUGHES N** — Has Deinstitutionalization Failed? Caveats and Lessons from U.S. and Italy. *In:* Regards Anthropologiques en Psychiatrie, pp. 161-177, Montréal: Edition du Girame, 1988. • **24. STEIN LI, TEST MA** — Alternative to mental hospital treatment: conceptual model, treatment program and clinical evaluation. **Arch Gen Psychiatry, 37**: 392-97, 1980. • **25. SHADISH WR** — Lessons from the implementation of deinstitutionalization. **Am Psychol, 39** (7): 725-738, 1984. • **26. WALLOT H** — La Désinstitutionalisation. L'Union Médicale du Canada, Tome 114, juillet, pp. 584-590, 1985. • **27. WALLOT H** — L'ideologié de la désinstitutionalisation en psychiatrie. **Information Psychiatrique, 64** (10): 1281-1286, 1988. • **28. WATT, EL-GUEBALY** — The chronic mental patient. The position of the Canadian psychiatric association. **Can J Psychiatry 26**: novembro, 1981. • **29. WOODBURY MA** — La psyquiatrie aux États-Unis, à Porto Rico et aux Iles Vierges Americaines. **Information Psychiatrique, 64** (10): 1247-1255, 1988. • **30. ZIPPLE PJ, MACDONALD J** — A rehabilitation response to the call for asylum. **Schizophrenia Bull, 13** (4): 539-545, 1987. • **31.** — Conferência Nacional de Saúde Mental: Relatório Final. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

Endereço para correspondência
Marina Bandeira
Praça do Rosário, 52
36570 — Viçosa — MG