

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: ESTÃO OS PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA PREPARADOS?

Marina Bandeira

Fundação de Ensino Superior de São João Del Rei

RESUMO - Foi feito um levantamento do grau de conhecimento apresentado pelos psicólogos sobre a literatura relevante à reinserção social dos doentes mentais, em particular quanto aos dados colhidos pela pesquisa na área. Um questionário contendo 16 itens de conhecimento sobre o assunto foi enviado às coordenações de estágio das clínicas de atendimento de 81 departamentos de psicologia de universidades brasileiras. Apenas 43% responderam os questionários. Os resultados sugerem um viés em favor da desinstitucionalização dos doentes mentais, mas indicam um baixo grau de conhecimento sobre a literatura da área. A porcentagem de acerto das questões (58%) foi próxima do nível do acaso. Os dados foram comparados aos de uma amostra canadense e discutidos em termos dos seguintes pontos: pouca importância atribuída à formação do psicólogo para atendimento comunitário em saúde mental, pouca importância atribuída à pesquisa avaliativa em geral, falta de dados brasileiros na área de saúde mental e o lento progresso na aplicação da política de saúde mental comunitária.

Palavras-chave: desinstitucionalização, reinserção social do doente mental, pesquisa em saúde mental, formação dos psicólogos.

DEINSTITUTIONALIZATION: ARE PSYCHOLOGY PROFESSIONALS PREPARED?

ABSTRACT - A questionnaire containing 16 items to evaluate the degree of knowledge psychologists have about the literature on the deinstitutionalization of psychiatric patients was sent to the clinics of 81 departments of psychology. A low percentage of answers was obtained (43%). The results suggest a bias favoring deinstitutionalization but indicate a small degree of knowledge about the literature on this area, since a small percentage of correct answers was observed to the questions (58%), which is near chance level. These data were compared with a Canadian sample and discussed in terms of the following points: low value attributed to the training of the students on the community mental

Endereço: Praça Dom Helvécio 74, 36300, São João del Rei, MG.

health interventions, low value attributed to research in general and mental health research in particular, lack of data obtained in Brazil.

Key words: deinstitutionalization, psychologist's training, research on mental health services.

O projeto de saúde mental do Ministério de Saúde do Brasil (Ministério da Saúde, 1987), assim como projeto de lei do deputado Paulo Delgado (Delgado, 1991), os dois projetos brasileiros que traçam os moldes de uma futura política de saúde mental comunitária, incluem direta ou indiretamente a participação ativa de vários profissionais, entre outros os psicólogos, em equipes multidisciplinares que assistiriam diretamente os doentes mentais na sua comunidade. O primeiro projeto inclui ainda a participação das universidades em atividades de pesquisa e de formação contínua dos trabalhadores de saúde mental.

Com efeito, os pontos essenciais destes projetos, à imagem dos modelos adotados por outros países (Kiesler, 1982; Barnes e Toews, 1983; Mosher, 1982), são: a desospitalização ou redução progressiva do número de leitos em hospitais psiquiátricos, além de ficar proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos: a criação de serviços comunitários de assistência psiquiátrica alternativa à internação, tais como hospital-dia, hospital-noite, lares protegidos, oficinas de trabalho protegidas, unidades psiquiátricas em hospitais gerais; a implementação de programas de recuperação da população internada; trabalho em equipes multidisciplinares e a formação contínua dos profissionais de saúde mental pelas universidades e incentivo à atividade de pesquisa (Ministério da Saúde, 1987).

Os psicólogos teriam, portanto, um papel importante a desempenhar na execução futura do projeto de saúde mental comunitária: no trabalho de orientação da família dos pacientes, de reabilitação da população internada, de preparação do doente mental para sua reinserção social e sua manutenção na comunidade, de agente de ligação entre centros comunitários e hospitais e demais serviços, de preparação e orientação profissional do doente mental, de pesquisa e avaliação de programas, assim como de participação na formação dos demais trabalhadores de saúde mental e de informação à sociedade sobre questões ligadas à saúde mental.

A formação do psicólogo, entre outros profissionais, para este tipo de atividade se tornará, portanto, um dos requisitos básicos para o bom funcionamento do projeto de saúde mental comunitário. Com efeito, a implementação deste tipo de projeto implica uma série de cuidados e preparação, se quisermos garantir seu bom funcionamento. Na prática de outros países, o funcionamento deste projeto tem encontrado inúmeras limitações e dificuldades, tais como: a falta de formação, preparação e engajamento da comunidade no acolhimento ao doente mental; dificuldade de coordenação entre os diversos setores dos serviços oferecidos: dificuldade de entendimento entre os membros das equipes multidisciplinares: falta de serviços comunitários adequados e em número suficiente; falta de atendimento contínuo e permanente a cada paciente em particular.

A consequência destas dificuldades é a existência de um contingente cada vez maior de doentes mentais reinternados frequentemente, desempregados, pobres, que habitam residências inadequadas e transitam nas ruas e prisões (Scheper-Hughes, 1988; Richman & Harris, 1983; Losson & Parrate, 1988; Dorvil, 1987; Wallot, 1988).

Estas dificuldades surgiram, por exemplo nos Estados Unidos, apesar do projeto americano de saúde mental ter sido construído a partir de um levantamento cuidadoso das necessidades reais dos doentes mentais crônicos, estudo este promovido por um comitê designado expressamente pelo Congresso americano para este fim (Kiesler, 1982). Segundo Shadish (1984), muitos problemas surgem na aplicação de programas aparentemente satisfatórios por falta da utilização de uma estratégia adequada de implementação do programa. Além disso, não basta só uma estratégia de implantação de um programa, mas também de seu funcionamento posterior. É necessária uma avaliação contínua das necessidades da clientela ao qual o programa se aplica, da adequação e da formação contínua dos profissionais que fornecem o serviço, da coordenação e funcionamento dos diversos setores entre si, dos efeitos do programa em termos de eficácia e de sua repercussão nos diversos setores da sociedade. Neste contexto, a atividade de pesquisa se torna fundamental como instrumento de avaliação permanente do programa de saúde mental.

Barnes e Toews (1985) destacam como um dos impedimentos ao fornecimento mais satisfatório dos serviços psiquiátricos aos doentes mentais a falta de conhecimento dos profissionais da área sobre os cuidados que este grupo de clientes necessita. A necessidade de uma educação permanente dos profissionais da área de saúde mental ainda não foi preenchida satisfatoriamente, segundo estes autores. Com efeito, um levantamento de dados efetuado por eles nas diversas províncias do Canadá, a partir de questionários preenchidos pelos diversos profissionais de saúde mental (enfermeiras, psiquiatras, assistentes sociais, psicólogos e terapeutas educacionais), mostrou um grau de conhecimento baixo sobre saúde mental e sobre os efeitos da desinstitucionalização nos pacientes, pois a porcentagem de acerto das questões (66 por cento) foi apenas ligeiramente acima do nível do acaso.

Os resultados obtidos indicam, por exemplo, que estes profissionais subestimam a importância da medicação para a manutenção do paciente na comunidade sem reinternações repetidas. No entanto, este dado já tem sido comprovado em pesquisas que comparam grupos designados aleatoriamente às condições experimentais de placebo, de medicação e de medicação combinada com psicoterapia (Hogarty, Goldberg, Schooler & Ulrich, 1974; Davis, Diniz & Pasamanick, 1972). Estas pesquisas mostram que o fator isolado que tem mais resultado em diminuir a taxa de reinternações é a medicação, depois a psicoterapia, enquanto que a condição placebo é a que provoca mais reinternações (80 por cento). A utilização da medicação diminui a taxa de readmissões para quase metade (48 por cento).

Finalmente, a condição mais eficaz para diminuir a taxa de reinternações é a combinação de medicação com psicoterapia. Com efeito, a medicação e a terapia de apoio são importantes procedimentos capazes de diminuir a taxa de readmissões, o que constitui um dos principais problemas provocados pela desinstitucionalização. Sabe-se que as taxas de readmissões aumentam com o tempo, após a alta do paciente do hospital. Anthony, Buell, Sharrott e Antholf (1972), por exemplo, fazendo uma revisão sobre estudos nesta área, observam que os resultados são muito seme-

lhantes de um estudo a outro. Nos seis meses seguintes à alta hospitalar, 30 por cento a 40 por cento dos pacientes são readmitidos; um ano após a alta hospitalar, 40 por cento a 50 por cento dos pacientes são readmitidos e finalmente após 3 a 5 anos, 65 a 75 por cento dos pacientes são readmitidos. Trata-se, portanto, de um problema importante e o conhecimento de fatores que diminuem estas taxas se torna fundamental. Por exemplo, Kirk (1976), observa que a utilização de serviços pós-cura, tais como centro de dia, diminui as taxas de readmissão de 17 por cento por paciente.

Os resultados obtidos por Barnes e Toews (1985) sobre o conhecimento dos profissionais a respeito de saúde mental mostram ainda que os profissionais estudados superestimam a durabilidade dos efeitos positivos dos programas alternativos à internação e superestimam o peso sentido pelas famílias nestes programas. Na verdade, os efeitos positivos dos programas alternativos diminuem com o passar do tempo após o término do programa e a continuação com um acompanhamento tradicional. Nos estudos em que se compara um grupo de tratamento alternativo a um grupo de tratamento hospitalar convencional, observa-se que, com o passar do tempo, os dois grupos, experimental e de controle, se igualam quanto ao grau de recidiva dos pacientes. Isto indica ainda que o doente mental crônico necessita de um programa comunitário contínuo, que forneça um acompanhamento completo permanentemente (Harnois, 1987; Test & Stein, 1978).

Estes dados nos mostram, portanto, uma má informação da parte dos profissionais que trabalham em contato direto com os pacientes e que constituem agentes ativos na tomada de decisões importantes acerca de seu tratamento. Esta má informação pode conduzir a decisões errôneas da parte destes profissionais ao fornecer serviços e programas a esta clientela, por exemplo subestimando a necessidade da medicação, subestimando a necessidade que estes pacientes têm de um acompanhamento permanente, assim como sua necessidade de participar de atividades significativas.

Os resultados obtidos por Barnes e Toews (1985) mostram, por um lado, uma falta de conhecimento dos trabalhadores da saúde mental sobre questões importantes referentes à reinserção social do doente mental. Por outro lado, estes autores encontram também, certamente não baseada em conhecimento, mas baseada numa resposta mais emocional, uma atitude tendenciosamente favorável ao tratamento psiquiátrico comunitário contrariamente ao tratamento hospitalar. Com efeito, os erros cometidos ao se responder ao questionário foram geralmente no sentido de favorecer o primeiro tipo de tratamento. Esta atitude segue as linhas do movimento antipsiquiátrico que permeia o trabalho dos agentes de inúmeras intervenções alternativas comunitárias (Wallot, 1988) e que tem atingido a opinião pública nas últimas décadas. Este tipo de atitude pode se tornar perigosa, por exemplo, se considerarmos a questão do medicamento. Sendo esta atitude antipsiquiátrica naturalmente antimedicamentosa, intervenções no sentido de eliminar a medicação podem advir desta abordagem, o que pode provocar sérios problemas com relação aos psicóticos, que necessitam deste tipo de intervenção medicamentosa. Com efeito, as pesquisas nesta área encontram que apenas 20 por cento dos esquizofrênicos foram capazes de viver sem medi-

camento, pelo menos no curto período do acompanhamento fornecido durante a pesquisa (Hogarty et al, 1974).

A formação dos profissionais em saúde mental, a informação à sociedade, assim como a atividade de pesquisa sobre a reinserção social do doente mental e sua divulgação constituem aspectos fundamentais de uma política de saúde mental, se quisermos aumentar a probabilidade de que ela funcione. Os resultados divulgados por Barnes e Toews (1985) foram obtidos em um país em que a atividade de pesquisa e avaliação de programas é levada a sério, contrariamente ao Brasil, onde ao que parece, esta tradição ainda não criou raízes. Como comenta Shadish (1984), em geral as decisões sobre a desinstitucionalização foram tomadas por agentes sociais, com base em motivos políticos e econômicos, sem nenhuma relação com os cientistas sociais e sem que nenhuma atividade de avaliação tivesse sido efetuada com relação ao efeito desta intervenção. Só posteriormente, a pesquisa tomou a frente para efetuar estas avaliações, principalmente porque a desinstitucionalização começou a apresentar problemas.

Se, por um lado, o projeto de saúde mental do Brasil é limitado primeiramente por não ter sido elaborado a partir de um levantamento concreto das necessidades reais da clientela e dos serviços existentes na nossa sociedade e se, por outro lado, este projeto carece de uma estratégia de implantação para evitar as dificuldades já experimentadas pelos demais países, assim como carece de atividades de pesquisa e avaliação das primeiras tentativas de desospitalização, é de se supor também que uma outra limitação esteja presente, que consiste na falta de conhecimento não só dos profissionais que trabalham diretamente com o doente mental, mas ainda dos profissionais que serão eventualmente um dos agentes de formação do novo programa assistencial psiquiátrico.

Com efeito, a estrutura dos serviços de estágios para a formação clínica dos estudantes de psicologia no Brasil tem se preocupado tradicionalmente com o atendimento clínico particular, num modelo do psicólogo clínico de consultório. Só recentemente este modelo tem se expandido para incluir um âmbito de atuação maior do psicólogo na comunidade, entre outros sua atuação ao nível do atendimento ao doente mental crônico (Bastos, 1986; Arcaro e Mejias, 1990). Este quadro recente nos sugere que o nível de conhecimento a respeito de dados relevantes da literatura sobre o atendimento ao doente mental crônico ainda não esteja desenvolvido nos programas de formação dos estudantes em estágios de psicologia.

Este estudo visa fazer um levantamento do grau de conhecimento sobre a saúde mental e os principais fatores que podem afetar a manutenção do doente mental crônico na sociedade e diminuir o seu grau de recidiva, assim como sua reação aos programas alternativos comunitários. Tal estudo visa avaliar este tipo de conhecimento junto aos responsáveis da coordenação dos estágios de psicologia nos departamentos de Psicologia das principais Universidades do Brasil, uma vez que são estes os focos de formação dos futuros profissionais que serão os agentes diretamente implicados na reinserção social do doente mental na sua comunidade, tal como indicado no projeto de saúde mental do Ministério de Saúde do Brasil.

MÉTODO

Sujeitos

Trata-se de profissionais especializados, professores dos Departamentos de Psicologia de universidades brasileiras, que são responsáveis pela formação dos estudantes nos estágios supervisionados.

Material

Um questionário contendo dezesseis questões referentes ao conhecimento dos fatores que afetam a reinserção do doente mental na comunidade. As questões foram retiradas de um questionário mais extensivo sobre saúde mental contendo 143 itens, elaborado a partir de uma consulta extensiva a mais de 100 artigos científicos de pesquisa nesta área (Barnes e Toews, 1985). Somente as questões sobre conhecimento foram então utilizadas. Estas questões, cujos itens estão descritos na Tabela 1, abordam os seguintes dados comprovados pela pesquisa na área:

- Os programas comunitários são tão eficazes ou, às vezes mais eficazes que a internação.
- Os programas comunitários são menos onerosos que a internação.
- A manutenção da medicação é um fator crítico essencial na manutenção de esquizofrênicos na comunidade.
- O acompanhamento do paciente na comunidade precisa ser permanente e intensivo. A superioridade dos programas comunitários desaparece quando o acompanhamento se torna espaçado.
- Não há um peso maior para as famílias quando os pacientes participam de programas comunitários em vez da internação em hospitais.
- As internações de curto prazo podem ser tão eficazes quanto as de longo prazo.
- Os atendimentos de hospital-dia servem para reduzir as taxas de readmissões dos pacientes.

Procedimentos

Os questionários foram enviados do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília (UnB) a todos os departamentos de psicologia das universidades federais e particulares que compunham a lista fornecida pelo Ministério da Educação, assim como a lista atualizada da Revista *Psicologia: Teoria e Pesquisa* da UnB. Foram enviados inicialmente 81 questionários, juntamente com uma carta explicativa dos objetivos deste estudo e um envelope de retorno previamente endereçado e selado para aumentar a probabilidade de resposta. Estes questionários foram enviados juntamente com outro questionário referente a um levantamento sobre as condições gerais dos estágios de psicologia clínica, desenvolvido por outros autores, professores de psicologia clínica da UnB. Ambos os questionários deveriam ser devolvidos no mesmo envelope de retorno fornecido.

Após esta primeira remessa, enviamos, em seguida, uma carta lembrando aos

Desinstitucionalização

TABELA 1 - Questionário sobre conhecimento de fatores que afetam reinserção do doente mental na comunidade.

Nº DO ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM
1	O tratamento domiciliar tem sido uma alternativa mais eficiente do que o tratamento hospitalar para o paciente não-suicida e sem distúrbios orgânicos, que se apresenta ao hospital para ser admitido.
2	Nos estudos sobre alternativas à hospitalização, as famílias, cujos pacientes são mantidos em casa, com assistência médica e apoio de serviços especializados, manifestaram sentir um fardo significativamente maior do que as famílias, cujos pacientes foram admitidos em hospitais.
3	Os pacientes mantidos no hospital por um período mais longo tem menor probabilidade de retornar ao hospital para readmissão, em comparação com aqueles que recebem tratamento em casa.
4	Para as pessoas que sofrem de uma doença mental crônica, a hospitalização a curto termo (7 a 10 dias) pode ser tão eficaz quanto a hospitalização a longo termo.
5	Os indivíduos submetidos a um tratamento comunitário global funcionaram melhor que os submetidos a um follow-up tradicional.
6	Os indivíduos submetidos a um tratamento comunitário global mantiveram seus ganhos terapêuticos quando retornaram à condição de follow-up tradicional.
7	É menos dispendioso (considerando-se os custos totais) manter um paciente no hospital do que em um serviço estabelecido de assistência comunitária.
8	Tem-se constatado que as unidades de internação para períodos de crises diminuem significativamente a frequência de readmissões hospitalares de doentes mentais crônicos.
9	As unidades de atendimento de dia não provocaram uma diminuição significativa na frequência de readmissões hospitalares de doentes mentais crônicos.
10	O uso continuado de medicação, como um fator isolado, tem se mostrado menos eficaz para evitar as readmissões do doente mental crônico do que a terapia social, também tomada como um fator isolado.
11	Tem-se constatado que o uso continuado da medicação é o fator isolado que mais contribui para evitar as readmissões do doente mental crônico.
12	Se o uso continuado da medicação pudesse ser assegurado, as recaídas dos doentes mentais crônicos poderiam ser eliminadas.
13	A taxa de recidivismo é mais alta quando os doentes mentais crônicos vivem em residência de grupo do que quando vivem sós.
14	Há uma correlação positiva entre a obtenção de assistência comunitária pós-cura e a prevenção de rehospitalização para doentes mentais crônicos.
15	O movimento de desinstitucionalização foi iniciado a partir de pesquisas de avaliação de programas, cujos resultados demonstraram que viver na comunidade era mais benéfico para os doentes mentais crônicos.
16	A localização das residências, das acomodações e serviços comunitários para doentes mentais crônicos provocaram uma migração destes indivíduos para as áreas centrais das cidades.

responsáveis dos estágios sobre a importância para nós, de enviarem suas respostas. Finalmente, enviamos uma segunda remessa de questionários para os que não haviam respondido da primeira vez.

RESULTADOS

Porcentagem de respostas

Um total de 35 questionários foram preenchidos e enviados, ou seja, 43 por cento dos 81 centros de estágio contatados. A porcentagem do presente questionário que foi respondida é mais baixa ainda do que a porcentagem respondida do outro questionário enviado no mesmo envelope, este atingindo até 70,4 por cento dos centros consultados.

A baixa porcentagem de resposta obtida para o presente questionário pode se explicar talvez pelo fato de se referir a itens de conhecimento, que implica em avaliação do respondente, enquanto que o outro questionário se referia apenas a itens de organização e conteúdo dos estágios, portanto contendo baixa conotação avaliativa.

Outra explicação seria o baixo nível de interesse dos profissionais responsáveis pelos estágios com relação ao tema da saúde mental, em particular da desinstitucionalização do doente mental crônico. Com efeito, como se constitui apenas um projeto, embora já antigo, do Ministério da Saúde, a política de saúde mental comunitária, com sua vertente de desospitalização, se acha ainda longínqua da realidade do profissional de saúde mental, principalmente do psicólogo.

Escores de conhecimento sobre a desinstitucionalização

A Tabela 2 mostra os índices de porcentagem de respostas corretas, de respostas erradas e de respostas em branco às 16 questões de conhecimento sobre a desinstitucionalização e sobre os fatores relevantes à reinserção social do doente mental. Podemos observar que a porcentagem total de respostas corretas foi ligeiramente acima do nível do azar (58 por cento), um resultado que mostra um desconhecimento ainda maior do assunto nesta amostragem brasileira do que na amostragem canadense (66 por cento). Este resultado é compatível com a realidade brasileira no que concerne a desinstitucionalização, pois trata-se de um assunto ainda pouco debatido e divulgado, uma vez que, se refere a um projeto de lei a ser ainda aprovado e executado. Porém, já se observa uma tentativa informal dos setores públicos de diminuir as internações e aumentar o acompanhamento ambulatorial e já se observa também focos de tratamento comunitário bastante desenvolvidos.

Por outro lado, a amostra brasileira não se refere a profissionais da saúde mental que estejam diretamente ligados à problemática da reinserção social dos doentes mentais, por exemplo, em ambulatórios de hospitais psiquiátricos públicos ou em postos de saúde. Neste último caso, a falta de conhecimento se explicaria pela ausência de formação contínua destes profissionais, como é o caso da amostra canadense. Ao contrário, trata-se aqui de especialistas das universidades brasileiras, responsáveis pelos estágios em psicologia, portanto mais suscetíveis de estarem a par dos conhe-

Desinstitucionalização

TABELA 2 - Respostas para itens de conhecimento sobre saúde mental.

Nº DOS ITENS	RESPOSTAS CORRETAS	% ACERTO	% ERRO	% BRANCO OU NÃO SABE
1	C	94,29	5,79	
2	F	40	51,14	2,85
3	F	71,43	28,57	0
4	C	51,43	37,30	14,30
5	C	91,43	2,85	5,70
6	F	25,70	57,14	17,14
7	F	71,43	22,85	5,70
8	C	74,30	22,85	2,85
9	F	68,57	22,85	8,60
10	F	20	65,70	14,30
11	C	28,57	65,70	5,70
12	F	85,70	11,40	2,85
13	F	74,30	11,40	14,30
14	C	94,30	0	5,70
15	F	5,70	80	14,30
16	C	34,30	42,85	22,85
	MÉDIAS	58,20	33,40	8,57

cimentos acadêmicos mais recentes sobre o assunto retirados de pesquisas e dos debates sobre os projetos de política de saúde mental. Estes resultados sugerem, portanto, que o conhecimento do assunto é bastante baixo, refletindo talvez que a evolução dos estágios de formação clínica em psicologia é ainda muito recente em direção a uma tendência mais aberta no que se refere às funções do psicólogo e seus campos mais amplos de atuação. Seria o momento, portanto, de desenvolver mais esta vertente da formação que se refere à reinserção social do doente mental.

Os resultados mostram ainda que alguns erros cometidos foram a favor do atendimento comunitário alternativo, sugerindo talvez uma atitude positiva tendenciosa em favor da desinstitucionalização, atitude contrária ao tratamento psiquiátrico tradicional. Por exemplo, 65 por cento das pessoas responderam a duas das questões sobre medicamento (itens 10 e 11), subestimando sua importância terapêutica. A terceira questão (item 12) sobre medicação teve mais acertos (85,70 por cento) que erros, mas se trata de uma questão negativa com relação à medicação. Estes dados sugerem, portanto, que se a medicação é vista como parte do tratamento tradicional, parece que ela é rejeitada como forma eficaz de tratamento.

A simpatia incondicional à desinstitucionalização aparece ainda quando a maioria dos respondentes (80 por cento) acredita erroneamente que este movimento se desenvolveu a partir de pesquisas científicas provando que viver na sociedade é mais benéfico para os doentes mentais (item 15). A mesma tendência se observa quando a maioria (57,14 por cento) considera erroneamente que os ganhos terapêuticos de um programa comunitário alternativo se mantêm, quando os pacientes voltam a receber apenas um acompanhamento tradicional. A opinião só se divide quando se trata de considerar se as famílias dos pacientes sentem um peso maior quando estes recebem tratamento comunitário, mesmo com um bom acompanhamento para os familiares. Embora isto não tenha ocorrido na maioria dos estudos publicados, quando se garante um bom acompanhamento e apoio às famílias, 51,14 por cento dos respondentes duvidam disto.

Os dados obtidos neste levantamento parecem, portanto, confirmar os resultados apresentados por Barnes e Toews (1985), apesar das grandes diferenças que podemos observar na realidade das duas amostragens. Com efeito, a amostragem canadense difere em termos de sua experiência direta da desinstitucionalização, a qual completa duas décadas no caso do Canadá, contrariamente ao Brasil no qual ainda nem foi iniciada oficialmente. Difere também quanto à importância dada à pesquisa e à avaliação de programas de intervenção e da abundância de dados disponíveis sobre o assunto senão especificamente do Canadá, pelo menos do país vizinho, Estados Unidos, de onde flui grande quantidade de dados sobre a questão, contrariamente à amostra brasileira que não tem acesso a este tipo de pesquisa no país, pois esta é ainda escassa e pouco valorizada no nosso contexto tendo, portanto, acesso só às pesquisas estrangeiras.

A semelhança dos resultados, portanto, sugere que, na verdade, talvez não se trate mesmo de dados referentes a conhecimento, mas sim referentes a uma tendência de favorecer o tratamento comunitário para os doentes mentais, atitude esta talvez estimulada pelo remanescente de uma corrente antipsiquiátrica, a qual parece caracterizar talvez o zeitgeist nos meios acadêmicos e nos meios psiquiátricos.

REFERÊNCIAS

- Anthony, W. A., Buell, G. J., Sharratt, S. e Althoff, M. E. (1972). Efficacy of psychiatric rehabilitation. *Psychological Bulletin*, 78, 447-456.
- Arcaro, N. T. e Mejjias, N. P. (1990). A evolução da assistência psicológica e em saúde mental: do individual para o comunitário. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 6(3), 215-329.
- Bastos, A. V. B. (1986). Áreas de atuação - em questão o nosso modelo de profissional. In: Quem é o psicólogo brasileiro? *Conselho Federal de Psicologia*, cap. 10, pp. 163-193.
- Barnes, G. E. e Toews, J. (1983). Deinstitutionalization of chronic mental patients in the canadian context. *Canadian Psychology*, 24(1), 22-36.
- Barnes, G. E. e Toews, J. (1985). Mental Health professionals knowledge in the field of caring for chronic mental disorders. *Social Scientific Medicine*, 27(11), 1229-1233.
- Davis, A. E., Diniz, S. e Pasamanick, B. (1972). The prevention of hospitalization in schizophrenia: five years after an experimental program. *American Journal of Orthopsychiatry*, 42, 375-388.
- Delgado, P. (1991). Projeto de lei sobre a política de saúde mental apresentado para aprovação pela Câmara dos Deputados e Senado Federal.
- Dorvil, H. (1987). Les caractéristiques du syndrome de la porte tournant à l'hôpital Louis H. Lafontaine. *Santé Mentale au Québec*, XI(1), 79-89.
- Hamois, G. P. (1987). Challenges to the reintegration of the mentally ill in Quebec, Canada. *International Journal of Mental Health*, 15(4), 6-15.
- Hogarty, G. E., Goldberg, S. C., Schooler, N. R. e Ulrich, R. F. (1974). Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. *Archives of General Psychiatry*, 31, 603-618.
- Kiesler, C. A. (1982). Mental health and alternative care: Non institutionalization as potential public policy for mental patients. *American Psychologist*, 37(4), 349-360.
- Kirk, S. S. (1976). Effectiveness of community services for discharged mental hospital patients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 38, 209-217.
- Losson, J. P. e Parrate, J. (1988). Desinstitutionalization au Québec. *Information Psychiatrique*, 54(10), 1289-1298.
- Mosher, R. L. (1982). Italy's revolutionary mental health law: an assessment. *American Journal of Psychiatry*, 139, 199-203.
- Ministério da Saúde (1987). / *Conferência de saúde mental: relatório final*. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde.
- Richman, A. e Harris, P. (1983). Mental Hospital Deinstitutionalization in Canada. A national perspective with some regional examples. *International Journal of Mental Health*, 11 (4), 64-83.

M. Bandeira

- Scheper-Hughes, N. (1988). Has deinstitutionalization failed? Caveats and lessons from U.S. and Italy. Em *Regarás anthropobgiques en psyquiatric*, 1. Montreal: Editions du Girame, pp. 161-177.
- Shadish, W. R. (1984). Lessons from the implementation of deinstitutionalization. *American Psychologist*, 39(7), 725-738.
- Test, M. A. e Stein, L. I. (1978). Community treatment of the chronic patient: Research overview. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 3450-3454.
- Wallot, H. (1988). Lideologie de la desinstitutionalización en psiquiatric. *Information Psyquiatric*, 64, 1281-1286.

Recebido em 12.09.1991
Aceito em 09.12.1991