
A NEGAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DO DOENTE MENTAL

THE MENTAL DISORDERS PATIENTS' RIGHT HUMAN DENYING

LA NEGACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS PARA LOS ENFERMOS MENTALES

MARIA ALICE PEREIRA¹

ANTONIA REGINA FERREIRA FUREGATO²

Pesquisa efetuada junto a pacientes que sofreram longos períodos de internação psiquiátrica. O objetivo das autoras foi identificar pensamentos e conhecimentos acerca da loucura e suas conseqüências nas vidas dessas pessoas, evidenciando a negação de seus direitos humanos. Utilizou-se a técnica de História de Vida para entrevistar 4 mulheres internadas no hospital psiquiátrico. Os procedimentos teórico-metodológicos desta pesquisa foram enriquecidos com a observação e com o uso de técnica Projetiva (desenho-estória livre e com tema). Utilizamos a Análise Temática para trabalhar os dados o que possibilitou identificar as Representações Sociais que se constituem em sistemas de pensamentos, organizados em teorias psicopatológicas. Com base nas vivências concretas, as pacientes elaboraram as teorias que denotam seus difíceis percursos de vida, na condição de doentes mentais. Estas traduzem o drama de mulheres que passaram pela sofrida experiência da loucura, tendo sido submetidas ao tratamento psiquiátrico em longos períodos de internações.

PALAVRAS-CHAVES: humanização; sofrer psíquico; internação; representações sociais.

The present study was developed with patients that experienced long psychiatric hospitalization periods. The purpose was to identify thoughts and knowledges about madness and its consequences to their lives, evidencing the denial of their human rights. Authors used the life history technique to interview four psychiatric unit women hospitalized. The theoretical methodological procedures were enriched with constituted observation and the projective technique use (free drawing and drawing according a specific theme). Authors used thematic analysis to work with data, what enabled them to identify social representations that constituted an organized system of thoughts in psychopathologic theories. Based on concrete experiences, patients elaborated theories that showed their difficult lifes as mental disorder' women. They translated their drama as women who had a maddness experience and were submitted to long period hospitalizations.

KEY WORDS: humanization; psychic suffering; hospitalization; social representations

Pesquisa realizada con los pacientes que sufrieron largos periodos de internación siquiátrica. El objetivo de las autoras fue el de identificar los pensamientos y los conocimientos en relación a la locura y sus consecuencias en la vida de esas personas, dejando en evidencia la negación de sus derechos humanos. Para entrevistar a 4 (cuatro) mujeres internadas en el hospital siquiátrico se usó la técnica de Historia de Vida. Los procedimientos teóricos y metodológicos de esta pesquisa se vieron enriquecidos con la observación y el uso de técnica Proyectiva (dibujo – historia libre y con tema). Usamos el Análisis Temático para trabajar los datos, lo cual posibilitó la identificación de las Representaciones Sociales que se constituyen en sistemas de pensamientos, organizados en teorias psicopatológicas. Basadas en vivencias concretas, las pacientes elaboraron las teorías que denotan sus difíciles trayectos de vida en su condición de enfermas mentales. Estas traducen el drama de mujeres que pasaron por la sufrida experiencia de la locura, habiendo sido sometidas a tratamiento siquiátrico durante largos periodos de internaciones.

PALABRAS CLAVES: Humanización; Sufrir Síquico; Internación; Representaciones Sociales.

¹ Doutora em Enfermagem. Professora Assistente no DEPOCH – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. ornellas@eerp.usp.br

² Professor Titular no DEPOCH – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – furegato@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

Toda a cultura manicomial, composta por um conjunto de Representações Sociais sobre a loucura, suas leis, sua forma de assistência, e seus resultados, tem passado por avaliações e críticas possibilitando a construção de alguns caminhos na tentativa de mudanças.

Embora lentamente, a psiquiatria passa por um período de modernização voltando-se para o aumento da eficiência com o funcionamento de Serviços de Saúde Mental, nos vários segmentos da comunidade.

No entanto, ainda prevalece o modelo médico de atendimento, representado pela consulta médica, pela troca de receita, pelos longos prazos de agendamento; o cotidiano destas unidades é composto pela medicalização dos sintomas, pelo funcionamento apenas em horário comercial e pela carência de vínculos.

O que ainda se encontra é um tipo de atendimento voltado para a continuidade ou a reprodução de práticas assistenciais que há muito revelaram-se inadequadas. Isso nos remete à idéia de que a eliminação do manicômio e a possibilidade de abertura para um novo modelo de assistência passa, também, pela desconstrução dos manicômios presentes no interior de cada profissional e no próprio sistema como um todo, não desconsiderando a complexidade que envolve tais mudanças. Repensar o que há anos considera-se “certo” e quase imutável é tarefa que requer revisão de valores, de condutas, de normas, de princípios e de concepções.

Apesar de caminhar no sentido da desconstrução do modelo tradicional de psiquiatria, através de propostas de efetivação de modelos mais humanitários, as correntes de investigação e assistência são ainda voltadas para a análise e para os cuidados que visam fatores genéticos e biumorais dos distúrbios mentais.

O exame de prontuários psiquiátricos, com sua subdivisão das funções psíquicas dá a impressão de que o diagnóstico, a prescrição e a decisão de internação obedecem a consideração estritamente médica embora nesta estejam implícitas pressões por parte da família ou às vezes da polícia. Talvez esse profissional, esteja imbuído pela ética da responsabilidade lembrada de “tomar a si a responsabilidade de tratar”. No entanto, ao internar, o médico desconsidera muitas das implicações e compromettimentos deste ato para a vida da pessoa. A inflexibilidade do observador ante a diversidade e a transitoriedade psicológica, torna empobrecedora e expressa com frequência sua própria limitação e intolerância quando se faz juiz da anormalidade do outro (Pitta, 1996).

Holmes & Solomon (1980) citam que no ato da internação, a categoria “comportamento estranho”, quando re-

ferida pelo psiquiatra no prontuário, recebe avaliação diferente conforme o paciente tenha ou não sido internado anteriormente. Também concluíram que a variável “atitude do familiar/acompanhante” mostrou-se como fator de peso na tomada de decisão do médico.

Isto sugere que se a família não tem recursos, não conta com aportes sociais, o estado do paciente sempre parecerá grave e se a estrutura utilizada pela psiquiatria consiste apenas no hospital psiquiátrico, esta estrutura será valorizada socialmente. A decisão de internar pode estar atrelada à ordem social e política.

Tsu (1993), pesquisando sobre a internação psiquiátrica e o drama das famílias, verificou que o paciente tem maior probabilidade de ser admitido em hospital psiquiátrico, quando tem história de internamento anterior. Isto sugere que a pessoa que já esteve internada, adquire um estigma, não apenas aos olhos das pessoas em geral, mas até mesmo do médico. Considera ainda que a internação psiquiátrica é um ato complexo, dependente de variáveis que norteiam a tomada de decisão do profissional, das quais nem sempre tem consciência.

O presságio e o destino atribuídos à loucura e/ou à doença mental obedecem a diversidade cultural das sociedades humanas as quais respondem com condutas diferentes. Por exemplo, em algumas sociedades tribais o acolhimento ao louco se dá através do culto religioso. Nas sociedades orientais, somente a psicose é considerada patológica.

Em muitos países ocidentais estão sendo implementadas experiências de assistência psiquiátrica com novas possibilidades de tratamento, nas quais a internação é pouco utilizada. Quando este procedimento é indicado, a permanência do paciente na unidade é curta e efetiva e, de acordo com cada situação, ele deve ser inserido num programa reabilitativo de saúde mental na comunidade.

Isso nos remete a reflexão de que o tipo de resposta institucional e o acolhimento que recebe a pessoa na situação de distúrbio mental, condiciona sua evolução, ou seja, o apoio da rede familiar e social parece ser muito mais eficaz que a internação repleta de aparatos “terapêuticos”.

Os progressos científicos, a produção de conhecimento sobre os distúrbios mentais e sua complexidade, dependem da organização social, política e econômica da sociedade. No entanto, a resposta socialmente dada à loucura efetiva-se através da constante ignorância do que a mesma expressa, tentando organizá-la e normatizá-la, no transcorrer da história. Isto tem acontecido através de uma ciência ideologicamente opressora e que visa satisfazer a sua própria necessidade de organizar.

Santos (1987) diz que o declínio da hegemonia da legalidade é concomitante ao declínio da hegemonia da causalidade.

Segundo este autor, “o que quantifica, desqualifica, ao objetivar os fenômenos, os objetualiza e os degrada, ao caracterizar os fenômenos, os caricaturiza”.

No campo do conhecimento, vivemos hoje a transição da ciência moderna, para uma ciência pós-moderna e, para Santos (1987), “o salto mais importante é dado do conhecimento científico para conhecimento do senso comum; este é prático, pragmático, reproduz-se colado às trajetórias e às experiências de vida das pessoas ou dos grupos sociais”.

Estamos hoje situados no início de um novo milênio e de um novo século. A história tem em seus registros, as significativas mudanças de idéias que marcaram o passar dos séculos e contribuíram para a expansão de novas formas de pensamentos que vieram influenciar a própria história do homem. Entretanto, o discurso e as práticas de cunho organicista prevalecem na assistência psiquiátrica, havendo ainda menor penetração das ciências humanistas surgidas no início do século XX, as quais promovem a integração sujeito/objeto e visam maior conhecimento intersubjetivo, descritivo, levando a maior compreensão dos fenômenos humanos.

Nesta ótica, buscando contribuir com esta compreensão, o presente estudo tem como **objetivo**: Apresentar as Representações Sociais de doentes mentais evidenciando a negação de seus direitos humanos.

PERCURSO METODOLÓGICO

Realizamos uma pesquisa qualitativa junto a pacientes psiquiátricos internados numa instituição governamental fechada.

Através de entrevistas abertas e técnicas projetivas obtivemos histórias de vida sobre seus percursos na “carreira”.

Analisamos a história de quatro mulheres consideradas doentes mentais, com longos períodos de internação psiquiátrica: Joana – mais de vinte anos, Luíza – cinquenta anos, Rosa – sete anos e Selma – mais de quinze anos (os nomes são fictícios).

A análise fundamentou-se na Teoria das Representações Sociais.

Para Moscovici (1978), as Representações Sociais são entidades quase tangíveis; circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro em nosso universo cotidiano. São construídas de conceitos, afirmações, explicações presentes no meio social, em contínua interação entre o indivíduo, a sociedade e sua dinâmica.

Nessa perspectiva, as teorias trazidas pelos sujeitos deste estudo, são idéias e manifestações de conduta. São frutos de acontecimentos humanos. São experiências elaboradas e tecidas no contexto onde foram vividas e sentidas por cada um, de forma

única, subjetiva. São produtos do entrelaçamento de fatores que influenciam-se entre si, articulam-se como fios que vão tecendo e compoem uma tela, formando as trajetórias vividas. As expressões dos sujeitos são embasadas no concreto de suas próprias vidas e representativas do grupo social e do momento histórico aqui focalizados.

ANALISANDO TRAJETÓRIAS DE VIDAS NO CONTEXTO PSQUIÁTRICO

As qualidades de um ser humano derivam sempre de sua relação com o conjunto de condições totais e reais (Bleger, 1989). O conjunto de elementos, fatos, reações e condições constitui a situação que cobre sempre um certo período, um certo tempo.

Nesta perspectiva, os seres humanos devem ser estudados em função e em relação estreita com o contexto real dos fatores concretos que configuram a situação.

Quando a questão da loucura é contextualizada, é também valorizado o drama humano dos sujeitos; assim, saímos do território das certezas, garantido pela psiquiatria tradicional, e caminhamos para o espaço das probabilidades.

Isto vem se contrapor ao rigor da quantificação preconizada pelo positivismo científico no qual também se embasa e se protege a psiquiatria tradicional legalizadora e restituidora da ordem.

Segundo Alexander & Selesnik (1968), as três tendências básicas no pensamento psiquiátrico, podiam ser assim traçadas: a) a tentativa de lidar com acontecimentos inexplicáveis por meio de magia; b) a tentativa de encontrar explicação psicológica para as perturbações mentais; c) a tentativa de explicar as doenças da mente em termos físicos, isto é, o método orgânico. Hoje, é inconcebível qualquer tentativa de compreensão do doente, da doença, do sofrer psíquico e das propostas de assistência desvinculados do social.

Para os nossos sujeitos, o louco é aquele que não consegue elaborar as idéias e sofre um comprometimento no âmbito do pensamento. Todavia, nos relatos ouvidos, quase não aparece a palavra loucura. Existem opiniões que convergem para a idéia de um adoecer adjetivado encontrando-se então, referências a um estado de adoecer, estado que ocupou ou ocupa algum tempo na vida de cada pessoa.

Cada paciente elabora, na interioridade do seu ser, a sua teoria psicopatológica e sintomatológica sobre a loucura e/ou doença mental, internação e sofrer psíquico.

Para **Selma**, experienciar fatos tristes contidos em sua história de vida, os quais denominou de “triste passagem e tris-

te paisagem”, desencadeou o seu processo de adoecer. Refere que, a partir da morte do companheiro, “*não estava bem da cabeça*”. Este estado esteve interligado pelas emoções, tristezas e perdas sentidas naquele momento de fragilidade, no enfrentamento da realidade. Em decorrência, refere ter passado a ouvir vozes e conclui: “*eu peguei e fiquei doente*”.

Selma ainda fez alusão ao sobrenatural, ao que chamou de “*coisa feita*”, “*coisa mandada*” tentando explicar ou entender o que lhe sucedeu. Para ela, os acontecimentos difíceis de sua trajetória foram influenciados por forças malignas às quais denominou de “*encosto*”.

Rosa também menciona o sobrenatural, porém como um aspecto que lhe foi adicionado. Ter idéias extravagantes, devanejar, extravasar, contribuíram para que se tornasse iluminada, adjetivo outorgado pela Igreja Universal.

Faz articulação entre fatores psicossociais, místicos e até menciona o fator orgânico dizendo que a irmã “*...tem a cabeça igual a minha*”. Isto sugere a idéia de mal formação congênita ou algum defeito que não consegue entender ou explicar. Na história de Rosa, os conflitos emocionais vão se sucedendo e o seu acúmulo produz excesso de fantasias que pedem para ser extravasadas.

Luíza pensa que foi muito maltratada pela vida, atribui seu destino aos acontecimentos vividos na infância, às perdas sucessivas de objetos importantes, à violência sexual sofrida e à relação incestuosa com o pai, ao assédio sexual de outros homens, ao abandono à incompreensão das pessoas mais próximas. Tudo isto a deixou sem escolhas.

Após quase cinquenta anos de convivência com o ambiente da loucura ela diz: “*... mas eu não sou louca, eu sou doente mental*”. Para ela, as circunstâncias da vida tiveram influências determinantes na sua história de vida e na sua “doença mental”. Assim, essa é identificada e associada à sobrecarga de sofrimento psíquico que se reflete nas ações de sua dramática.

Joana também trouxe a questão do pensamento excessivo como fator psicopatológico, ressaltando que pensar em demasia no passado, no presente e temer o futuro foram determinantes para a trajetória marcada pela longa permanência no manicômio. Desde sua pouca idade, experienciou muitas faltas, abandono e desproteção. Isso a fez vagar literalmente pelos caminhos percorridos “*... andei, andei, sofrendo falta pelo mundo afora*”. As circunstâncias tiveram influência em sua “doença mental”.

Joana destaca os problemas emocionais vividos, o desamparo, o trauma psíquico provocado pelo assédio sexual do pai adotivo, as relações afetivas mal sucedidas, o fato de ver-se só no mundo e ser responsável por três crianças de pouca idade. Em sua história de vida estão presentes muitas

preocupações, pensamentos fortes de lamento do passado, sentimentos de impotência, de temor do presente e do futuro. Para Joana, pensar em demasia levou-a ao desequilíbrio emocional e ao primeiro contato com o hospital psiquiátrico. Destaca com clareza seu pensamento de que naquela época esteve doente, mas apesar das intervenções pouco terapêuticas e iatrogênicas sofridas nos longos anos no mundo da loucura, conseguiu não enlouquecer.

Neste contexto, os sujeitos trouxeram concepções etiológicas de diferentes naturezas onde cada qual elaborou uma teoria psicopatológica, ou seja, as causas atribuídas possuem características próprias, originais. Entretanto, todas têm como principais determinantes, fatores psicossociais.

Quais seriam então para nossos sujeitos, as conseqüências da loucura e ou doença mental? Quais os percursos percorridos?

Para Selma, a internação psiquiátrica provocou o afastamento do mundo das relações afetivas e sociais. Afastou-se dos filhos, perdeu mãe e pai, foi abandonada pelos irmãos e frustou-se na tentativa de conseguir um trabalho no período de alta hospitalar.

Refere que o tratamento recebido não foi eficaz e adequado para as suas necessidades; fugiu do hospital muitas vezes, procurou os irmãos, mas também não encontrou o que buscava “*Lá não tava do jeito que eu deixei, não tava bom lá (...)* tava tudo ruim...”. Entretanto, é ambivalente quanto a assumir a identidade de doente mental. Considera-se curada através do médico que no início “*só dava remédio, dava remédio, dava remédio, não tinha melhora...*”. Este médico a levou a um Centro Espírita para afastar o “encosto” que a perturbava. Segundo ela “*... aí o Dr. Mateus foi me dando conselhos, me dando passe, aí eu sarei (...)* aí eu melhorei, eu fui tomando os meus remédios aqui”.

Para ela, o hospital psiquiátrico é o último recurso e o abrigo para uma existência que denomina de “vida cansada”. Cansada de fracassos e de pobreza. Isso produz nela sentimentos de tristeza, de solidão e de falta.

O longo tempo de manicômio lhe trouxe certa “sabedoria” porque não tem mais ilusões ou fantasias sobre conseguir outro jeito de viver. Sente dó de paciente que ainda tenha esperanças. A vida na instituição tirou-lhe as possibilidades de ter expectativas, de aguardar novidades, de ter confiança ou fé na própria vida. Assim elaborou outras teorias de viver e de ver o outro (dentro do contexto institucional). Seu processo de desesperança e desilusão inexorável foi construído através de vivências subjetivas e de experiências de vida, reais e concretas.

Rosa parece ter assumido a identidade de “doente mental”, correspondendo ao que lhe era espelhado antes e durante a institucionalização. Sente-se incompreendida nos contextos onde

vive. Sente-se excluída pela família, pela sociedade, pela instituição e percebe que é incômoda a todos. A extravagância adicionada à iluminação divina, conduziu-a pelo mundo da loucura e, conseqüentemente, pela carreira psiquiátrica: *"ai começou prá lá e pra cá, não parou mais"*. O fato de ser *"ruim da cabeça"* e ter idéias extravagantes e criativas incorre em excesso de imaginação. Isto a conduz ao mundo da desrazão cuja sobrecarga a domina e a leva à devaneios. A recuperação da razão que poderia ser conseguida no hospital psiquiátrico, foi interdita, limitada. Não acredita em cura.

Demonstra ter conhecimento da impossibilidade de conter a natureza humana. Sente-se diferente e lamenta este fato como se a dor sentida fosse um preço a pagar pela própria diversidade *"... eu não queria ficar assim né? (.....) às vezes eu fico triste por dentro"*. Este estado de tristeza, conseqüência de seu intenso sofrimento psíquico, a deixa nervosa tendo atitudes que a conduzem de volta ao hospital psiquiátrico e quando dentro deste, às punições e aos corretivos que a fazem sofrer mais *"..... eu sinto que tá faltando um pouco de paciência com nós aqui ..."* por isso usa disfarces *"Eu tô disfarçada ... hoje eu sou eu mesma"*.

Do ponto de vista de Luíza, as conseqüências da loucura e ou doença mental foram o afastamento e a exclusão do mundo social e afetivo. Os acontecimentos vividos a deixaram nervosa, passou a ter atitudes indesejadas e a incompreensão do contexto a levou ao hospital psiquiátrico ainda adolescente, fato que veio subtrair suas chances de viver uma vida normal.

Essa situação a conduziu à rebeldia. Seus atos, no interior do espaço do manicômio, provocaram os "tratamentos" que a faziam sofrer ainda mais: *"Eu tomei muito eletrochoque, qualquer coisa era eletrochoque ... era quarto-forte..."*.

Não considera as respostas à sua conduta, como tratamento; ao contrário, sente como castigo, punição, violência; refere-se a esse processo como *"judiação"*.

O tratamento desejado está muito distante da assistência recebida. Sua teoria sobre o sofrer psíquico é caracterizada pelas culpas, recordações de fatos tristes, incômodos, pensamentos plenos de temores e a idéia de ser vítima do próprio pecado. Ela tenta eximir-se mesmo que superficialmente dos supostos erros cometidos dizendo *"... eu não sou louca, eu sou doente mental"*.

Para ela, as circunstâncias vividas foram responsáveis pela eclosão da loucura, do sofrimento psíquico intenso que resultou em atitudes tidas como "loucas". A internação transformou-a em doente mental.

A opinião de Joana articula-se perfeitamente com o ponto de vista de Selma, Rosa e de Luíza. A exclusão, a segregação e o afastamento do mundo social e afetivo, trouxe a todas o empobrecimento das relações e inúmeras perdas.

Joana, no entanto tece sua teoria de internação baseada na ausência de liberdade e pensa que a mesma lhe trouxe perdas de direitos, de voz, de escuta e correlaciona todos estes fatores a um tempo de punição.

O desequilíbrio emocional vivido, determinou sua primeira internação; considerou que naquela época estava doente. Diz que os tormentos contínuos sofridos no período de internação como eletrochoques e quarto forte a deixaram esquecida, adormecida. Acredita ter-se recuperado e superado este estado de doença; tenta resgatar a dignidade pessoal e fazer da doença, uma situação transitória e circunstancial, apesar dos tratamentos inadequados. Na sua opinião, a psiquiatria agravou seu difícil percurso de vida. Embora sintasse sobrevivente, fala de esperança, de possibilidades de mudanças sociais e afetivas.

Mesmo não tendo a fórmula adequada para o tratamento, ela não acredita na assistência tradicional *"... devia ter um outro jeito de tratar"*. Ela vive hoje a ambivalência do próprio sistema. Na produção do desenho, projetou seus desejos de *"Ter fé e esperança de um dia morar na pensão protegida"*. Aspira a liberdade para si e para os outros, mas não consegue ver-se livre de qualquer tutela.

Tece sua teoria de sofrer psíquico, embasada no medo, na solidão e na falta que a acompanham desde a pouca idade. Mesmo tendo vivido muito tempo no hospital, o tratamento e a terapêutica psiquiátrica não conseguiram tratá-la ou tocá-la propiciando assim catarses que poderiam ter-lhe aliviado as dores e conclui: *"... minha vida ... sempre sofrendo falta pelo mundo..."*

UM OLHAR SOBRE OS RESULTADOS

A partir das teorias construídas pelos sujeitos, é possível referir-se à loucura como a expressão da pessoa que não sabe o que faz, enquanto a doença mental é a expressão de intenso sofrimento psíquico, conseqüência dos contextos vividos, de interferência do sobrenatural e de iluminação divina.

Para os sujeitos, as formas de tratamento são ineficazes, podendo vir a ser iatrogênicas. Mencionaram a medicação psiquiátrica continuada, as aplicações de eletrochoque, os quartos-fortes, e as contenções. As terapêuticas recebidas, ao invés de promoverem a saúde, induzem à doença mental e aumentam o sofrimento psíquico.

Entre os sujeitos, circula a idéia de que a internação é tempo de exclusão, de segregação, de alienação, de perda de liberdade, de ausência de direitos e de punição pelos comportamentos desviantes, além do caráter de albergue, de asilo e último

recurso dos abandonados. Mostram que foram ignoradas em suas necessidades.

A reclusão, além de todas as restrições de um tempo mal vivido, trouxe intenso sofrer psíquico que foi e é expresso subjetivamente através de diferentes condutas, articulando-se sentimentos profundos, definidos pelas culpas, perdas, solidão e abandono. As pacientes atribuíram seus percursos e a condição de doentes mentais institucionalizadas às circunstâncias vividas, aos fatores psicossociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo ficou claro que o modelo de prática assistencial vigente tem sido continuísta, reprodutivo e isenta-se de possibilidades criativas que venham contribuir para a construção de projetos pessoais, propiciando a reinserção social da pessoa, facilitando o possível reencontro das trajetórias perdidas.

Evidencia-se um conjunto de ações sociais levando ou cronificando o desequilíbrio emocional. A solução proposta por esta sociedade aos desequilibrados os marginaliza e estigmatiza tirando-lhes as possibilidades de serem aceitos como tal.

As terapêuticas oferecidas se constituem em falta de respeito ao doente, visto que não tratam, de fato o seu mal. O percurso do paciente na Instituição é marcado por "regras" que o impedem de sarar, fechando-lhe as possibilidades de voltar à vida, obrigando-o a assumir a identidade de louco. A força das expectativas institucionais é tão poderosa que o doente pode tentar qualquer forma de conduta (calar, disfarçar, agredir, gritar ou chorar como as pacientes deste estudo fizeram) que não é suficiente para livrá-lo do contexto. Seu sofrimento é desconsiderado. Os aparatos da internação não levam em consideração a pessoa na sua subjetividade.

O ensino da enfermagem, com algumas exceções, ainda é ministrado de forma a manter este sistema, mesmo tendo caminhado significativamente na busca da humanização das relações interpessoais.

Preconizamos que é necessário um posicionamento ético dos profissionais da área da saúde, na perspectiva do resgate da cidadania da pessoa que atravessa um episódio de crise ou de doença mental.

Nossas pesquisas têm refletido as inquietações no sentido de minimizar o sofrimento, humanizando a assistência e em consonância com o processo de desconstrução de uma psiquiatria que continua incentivando a "carreira psiquiátrica" de pessoas que nunca deveriam ter feito parte deste contexto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, F.G.; SELESNICK, S.T. **História da psiquiatria**. São Paulo: IBRASA, 1968.
- BLEGER, J. **Psicologia da conduta**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989
- EVARISTO, P. **Gestione della psichiatria nella comunidade**. Trieste, 1996. (mimeo.).
- HOLMES, W.; SOLOMON, P. Criteria used in first admissions and readmissions to Psychiatric Hospitals. **Soc. Sci. Med.**, v. 14, p. 55-59, 1980.
- MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- PITTA, A.M.F. Ética e assistência psiquiátrica. In: FIGUEIREDO, A.C.; SILVA FILHO, J.F. **Ética e saúde mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.
- SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. 7. ed. Porto: Afrontamento, 1987.
- TSU, T.M.J.A. **A internação psiquiátrica e o drama das famílias**. São Paulo: EDUSP, 1993.