



Instituições de saúde e desinstitucionalização: qual o limite do cuidado?

Ludmilla Castro Malta



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Institucionalização & Vínculo

Institucionalização:

- Internar em instituição;
- Ato ou efeito de Institucionalizar(-se), de transformar-se em instituição.

Vínculo:

Encadeamento, conexão, associação, nexos, relação, laço, ligação, relacionamento, união, vinculação, imposição, restrição, condição.

“O louco é louco porque chegou
demasiado cedo [...] na sua época.”
(Halik, 2013)

A diferença entre as políticas públicas segundo a lei e sua expressão na assistência

Equipe pequena do CAPS trabalhando muito acima do que preconizam as portarias
leva a precarização das práticas.

Quando o serviço fica sobrecarregado, a tendência é o uso de estratégias ambulatoriais com frequência, além da busca de soluções rápidas para a demanda, como, por exemplo, a medicalização como primeiro (e às vezes ÚNICO) recurso.

A institucionalização do usuário no cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) ocorre quando o usuário, muitas vezes com condições crônicas, torna-se dependente da estrutura da Unidade Básica de Saúde (UBS), perde a autonomia e é reduzido a um "número" ou prontuário, não sendo visto como sujeito singular.

O processo de institucionalização e seus riscos

- **Perda de Autonomia:** O usuário pode se sentir "propriedade" da instituição, perdendo o protagonismo sobre seu próprio cuidado.
- **Mecanização do Atendimento:** O acolhimento, quando mal aplicado, pode transformar-se em uma triagem burocrática, com foco na retenção e não na autonomia do usuário.
- **Modelo Biomédico:** A ênfase excessiva em procedimentos, exames e medicamentos, em detrimento de uma escuta qualificada, favorece a institucionalização.

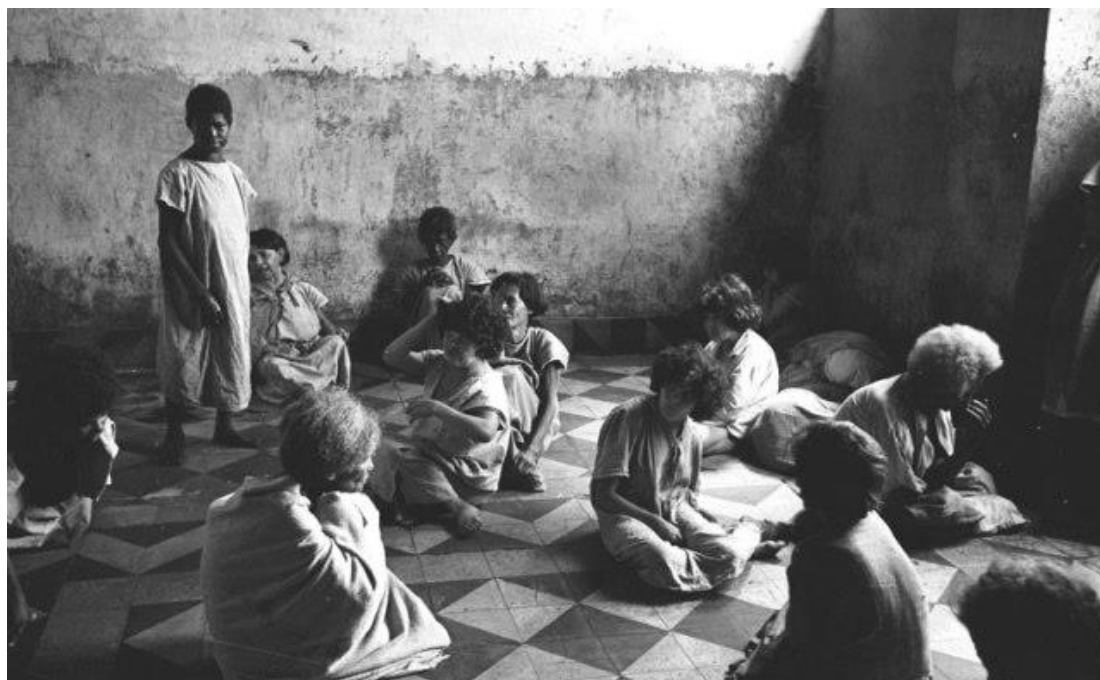
A **loucura**, em sua gênese, é todo comportamento, pensamento ou atitude que não cabe na moral de uma época e, por ser desviante, era **punida - lê-se “tratada”** - com a tomada da liberdade, a reclusão.

A institucionalização da loucura não está vinculada somente à estrutura manicomial, mas a todo um aparato “que liga saberes, as administrações, as leis, os regulamentos, os recursos materiais, que estruturam a relação médico-paciente” (Rotelli 1989, p. 151).

A exclusão é uma forma de esconder a diferença que a moral não suporta, pois a moral é a referência das relações sociais, influenciando as pessoas em como se relacionam e tomam suas decisões (Pietroluongo, 2005).

POR QUE INTERNAR?

Quais ferramentas usadas para tratar no hospital?



Por que o recomendado eram internações de longa permanência?



Por que há repetidas internações durante o tratamento no território?

Tipos de tratamento para a loucura

ESPIRITUAL

MEDICAMENTOSO

HOSPITALAR

RELAÇÕES SOCIAIS E TERAPÊUTICAS EM MEIO ABERTO

Internados e supervisores e o confisco do eu

Goffman (1999, p. 19) afirma que as instituições manicomiais são divididas em **dois grupos diferentes: dos internados e dos supervisores**.

A relação entre estes grupos é mediada por “*estereótipos limitados e hostis*”: o internado é submetido às ordens dos membros da equipe dirigente.

“O internado é violentamente despido de seus papéis sociais exercidos no mundo externo, cabendo-lhe apenas o papel de internado”. Um dos papéis dos quais o sujeito é despojado é o de cidadão, expropriado de seus direitos civis (Goffman, 1999).

O confisco de seus bens pode ser visto como outra forma de mortificação do sujeito institucionalizado, e a utilização de bens padronizados é obrigatória, bens que pertencem à própria instituição (Goffman, 1999).

Muitas instituições utilizavam o trabalho forçado como punição aos seus “prisioneiros”. Visava-se sanar a ociosidade e a preguiça.

O louco representava uma ameaça à moral da época por estar fora de si, não seguir os padrões de comportamento e estar à margem da moral médico-psiquiátrico hegemônico na época, sentido de “reinculcar-lhe os sentidos de dependência, humildade, culpa, reconhecimento que são a armadura moral da vida familiar” (Foucault, 1972).

A institucionalização da loucura não está vinculada somente à estrutura manicomial, mas a todo um aparato “que liga saberes, as administrações, as leis, os regulamentos, os recursos materiais, que estruturam a relação médico-paciente” (Rotelli 1989, p. 151).

A **relação entre profissional e usuário** ocorre por conta da doença e não do olhar à existência-sofrimento do usuário, minimizando o sujeito e sua condição humana (Amarante, 1998, p.46).

“A ênfase não é mais colocada no processo de ‘cura’ mas no projeto de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’” (Rotteli et al., 2001, p. 30).

PSIQUIATRIA & ANTI-PSIQUIATRIA

O movimento anti-psiquiátrico tem o intuito de abolir a reclusão e repressão impostas ao paciente e promover a liberdade com responsabilidade.

Tais propósitos incluíam a prática de discussão em grupo, postura essencialmente interdisciplinar (Antunes e Queiroz, 2007).

[1989/Congresso Nacional/Projeto de Lei do Dep. Paulo Delgado (PT/MG)]

A cidade é vista como espaço terapêutico e de ressocialização, há promoção de estratégias desinstitucionalizantes, o sujeito em sofrimento psíquico pode reconquistar seus direitos básicos que lhe foram expropriados e (re)construir sua cidadania (Nishikawa, 2012).

Política de Estado e a Rede

- Lei Federal nº 10.216/2001
- Portaria nº 148/GM/MS/2012 | **Leitos de Saúde Mental** em Hospital Geral
- Portaria nº 106/GM/MS/2000 | SRT **Serviços Residenciais Terapêuticos**
- Portaria nº 3.088/2011/GM/MS | Rede de Atenção Psicossocial
- Portaria nº 4.139/2024/GM/MS/PVC | Programa de Volta para Casa

Responsabilidade executiva:

Pactuação Federativa: A execução é descentralizada.

O MS define as regras, mas estados e municípios devem apresentar propostas via Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) para receber os recursos.

Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT):

O MS repassa incentivos financeiros de **implantação** (parcela única) e recursos mensais de **custeio** para a manutenção das casas onde os egressos moram.

Programa De Volta Para Casa (PVC):

Instituído pela Lei nº 10.708/2003, oferece um **auxílio-reabilitação psicossocial** pago diretamente ao beneficiário.

Em 2024, o valor foi reajustado para **R\$ 755,00** mensais.

Os Leitos de Saúde Mental podem ser habilitados em hospitais gerais, maternidades e hospitais pediátricos. As internações devem ser de curta duração, em situações de crise, em condições agudas e/ou crônicas.

A cooperação e o compartilhamento do cuidado entre o CAPS e outros pontos de atenção da RAPS e a intersetorialidade são essenciais.

Número de leitos de Saúde Mental em habilitados até novembro de 2024 em cada Estado, perfazendo um total de 2.116 leitos de Saúde Mental em hospitais gerais destinados ao SUS.

Considerando o parâmetro de 1 leito para 23.000 habitantes.

E em Santa Catarina...

Dentre o total de leitos de Saúde Mental habilitados nos 341 Hospitais Gerais, 60,15% dos leitos estão concentrados na Região Sul.

SUL	29.937.706,00	133	775	60%
Paraná	11.824.665,00	9	65	13%
Rio Grande do Sul	11.229.915,00	113	621	127%
Santa Catarina	8.058.441,00	11	89	25%
BRASIL	212.583.750,00	341	2.116	23%

Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS). Sistematização dos Estabelecimentos Habilitados por meio de portaria específica.

Serviço Hospitalar de Referência (SHR)

01 leito para 23 mil habitantes: O Brasil alcança atualmente 22,89% da meta de cobertura do leito 87

Em **Santa Catarina** a média seria de 440 leitos para o estado.

Temos hoje $79=87$ e $856+57=47$
(leitos contratualizados, ou seja comprados pela SES)

Internações referenciadas pelos CAPS em SC

ÚLTIMOS 06 MESES DE <u>2023</u>		
VOLUNTÁRIAS	237,8/mês	1427
INVOLUNTÁRIAS	115,3/mês	697
COMPULSÓRIAS	46/mês	276
ENCAMINHAMENTOS NOS ÚLTIMOS 06 MESES DE <u>2025</u>		
VOLUNTÁRIAS	289,5/mês	1737
INVOLUNTÁRIAS	127,2/mês	763
COMPULSÓRIAS	45/mês	270

Processo de desinstitucionalização

1. Residencialidade e construção social:

- Serviços de Residência Terapêutica (SRT);
- Programa "De Volta Para Casa": Benefício financeiro a pacientes de longa internação, permitindo a autonomia financeira e inclusão;
- AVDs e AVDIs: Treinamento de habilidades sociais e do cotidiano/autocuidado(compras, higiene, cozinha, manuseio de dinheiro)promover a autonomia.

1. Território Vivo resgatando o Saber de Ser Humano:

- Acompanhamento pelo CAPS/RAPS: O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) atua como articulador para a construção de novas redes sociais;
- Centros Conv. e Cultura: Fomentar todo o tipo de Arte: teatro, oficinas de arte , pontos de cultura, música, produção audiovisual;
- Geração de Renda e Cooperativas Sociais: Trabalho gerando sentido de vida e reinserção produtiva.

Processo de desinstitucionalização

3. Intersetorialidade e Cidadania:

- **Corresponsabilização Intersetorial:** a união entre os setores da saúde, assistência social, defensoria e Ministério Público, justiça restaurativa, judiciário, educação, habitação, dentre outros, para elaboração de políticas públicas que garantem ações desinstitucionalizantes;
- **Garantia de Documentação e Direitos:** regularização de documentos (RG, CPF, Título de Eleitor), acesso a benefícios previdenciários essenciais para cidadania, residencialidade e orientação envolvendo o aprendizado dos direitos constituídos por Lei;
- **Construção de Identidade e Pertencimento:** ocupar os serviços disponíveis do Executivo Municipal, apoio para a constituição de Associações e Comitês para o fortalecimento dos egressos, de forma a resgatar a segurança de ser em meio a sociedade e a reconstruir sua história de vida para além do hospital.

EAP/Desinsti

Portaria GM/MS nº 4.876/2024: Dispõe sobre a **Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei - EAP-Desinst**, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.

CRII (Comitê de Revisão de Internações Involuntárias) → GEAPS + Ministério Público

Referências

- ANTUNES; QUEIROZ. **O significado da reforma psiquiátrica para o familiar da pessoa com transtorno mental**. 2007.
- GOFFMAN, E. **Representação do eu na vida cotidiana**. Editora Vozes. Ed. 20ª. ISBN-10: 8532608752; ISBN-13: 978-8532608758, 2014.
- FOUCAULT, Michel. **Do Silêncio da Loucura**. 1972.
- HALIK, Tomás. **Paciência com Deus**, Paulinas, Prior Velho, 2013, 172-173.
- NISHIKAWA, Christiano Asano. **A Convivência como Instrumento Desinstitucionalizante**. ISBN-10: 6139620139; ISBN-13: 78-6139620135. Ed.: Novas Edições Acadêmicas, 2018.
- PIETROLUONGO, Ana Paula da Cunha; RESENDE, Tania Inessa Martins de. Visita domiciliar em saúde mental: o papel do psicólogo em questão. **Psicol. cienc. profissão**. Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, 2011.
- Lei nº 10.216/2001.
- Portaria nº 106/GM/MS/2000.



Instituições de saúde e desinstitucionalização: qual o limite do cuidado?

Ludmilla Castro Malta



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

