



apresentam

INTERNAÇÕES EM SAÚDE MENTAL: QUANDO? POR QUÊ? ONDE?

Prof^a Dr^a Daniela Ribeiro Schneider
PSICLIN / UFSC
danischneiderpsi@gmail.com

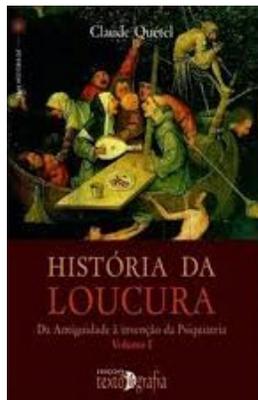
ITENS ABORDADOS

- Histórico das concepções e práticas em saúde mental e atenção psicossocial: o papel que as internações psiquiátricas tiveram neste cenário histórico.
- Reforma Psiquiátrica Brasileira – crítica à centralidade das internações no modelo chamado de manicomial.
- Regulação das internações na Lei 10216/2001.
- Critérios clínicos para as internações em saúde mental.
- Contexto atual e retomada, em determinados cenários, da ênfase nas internações psiquiátricas: Reflexões Finais.

Histórico das concepções e práticas em saúde mental e atenção psicossocial:

O papel das internações psiquiátricas

História da Consolidação do Modelo Manicomial no mundo: uma leitura de autores clássicos



História da Loucura (Foucault) Prisões, Manicômios, Conventos (Goffman)



História da Consolidação do Modelo Manicomial no mundo: uma leitura de autores clássicos

A Grande Internação Catarinense – O lugar da pobreza e loucura anos 1970:

A fala de alguns entrevistados da pesquisa sobre História da Saúde Mental SC mostra a condição no **Hospital Colônia Santana** quando, no início dos anos 1970, um grupo de profissionais assumiu a direção da instituição para fazer mudanças que urgiam:

O que nós encontramos na Colônia Santana quando chegamos em 5 de agosto de 1971, no dia da posse? Nós fizemos uma contagem geral no hospital, colocamos todos os pacientes do lado de fora das enfermarias e pessoas na porta contando. Eu supervisionei, junto com o Julio Gonçalves, recém nomeado diretor, essa contagem. Nós contamos 2156 pessoas internadas na colônia, que tinham entre camas e beliches 1400 leitos. Havia, então, 756 leitos-chão. Leito-chão era uma instituição brasileira. O Professor Luis Cerqueira falava muito, que leito-chão era uma instituição brasileira. Além disso, o hospital tinha somente 4 médicos e 90 funcionários na enfermagem para cuidar desses 2156 doentes (Kramer, 15 out. 2010).

História da Consolidação do Modelo Manicomial no mundo: uma leitura de autores clássicos

A Grande Internação Catarinense – O lugar da pobreza e loucura anos 1970:

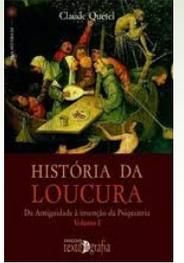
Como instituição eu a chamava de “associação de infelizes”, porque sempre tinham pobres, abandonados, inválidos, deficientes mentais, epiléticos e, no meio disso tudo, tinham loucos, que nesta situação só pioravam, tudo isso numa associação caótica, lamentável, inadministrável e sem recursos de modo geral. Porque? Porque o padre internava, o político internava, o juiz de direito internava, a família internava e a casa não tinha triagem, não tinha capacidade de se impor, de dizer a que ela se determinava, qual deveria ser seu objetivo. (Gonçalves, 19 out. 2010).

A Hospitalização da Loucura - Expulsa-se a pobreza, deixam-se os loucos trancafiados - **Séc. XIX**



- Libertam-se os loucos das correntes, para acorrentá-los na ordem moral, na (des)razão e no diagnóstico de doente mental.
- O internamento da loucura torna-se um **ato médico**, terapêutico, que visa “curar” um doente.
- Com diferentes terapêuticas Pinel, Tuke, Charcot entre outros iniciam o chamado **modelo manicomial**.

A Hospitalização – Expulsa-se a pobreza, deixam-se os loucos trancafiados nos hospícios - Séc. XIX



- Faz este movimento como um golpe de força que reduz a loucura à **doença**, e à *racionalidade médico psiquiátrica* que estava em formação nestes anos.
- Os poderes de decisão são entregues ao **juízo médico**: apenas a ele é permitido atuar no mundo da loucura. Apenas a ele é permitido distinguir o normal do insano, o criminoso do alienado irresponsável.
- O manicômio passa a ser um misto de “depósito social” e cuidado médico, servindo ao controle social e à terapêutica da loucura.

As Instituições Totais e sua função

- Quando listamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais "fechadas" do que outras.
- Seu "**fechamento**" ou seu caráter total é simbolizado pela barreira para a relação social com o mundo externo e por proibições a saída que muitas vezes, incluídas no esquema físico: por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dá-se o nome de **instituições totais**.
- A instituição total é um híbrido social, parcialmente *comunidade residencial*, parcialmente organização formal de *controle social e terapêutico*.
- O poder exercido nestas instituições é um poder modelador, repressivo e mutilador da subjetividade, pois trata-se de processar uma adequação da personalidade do paciente às normas sociais, em uma "**missão (res)socializadora**".

História da Consolidação do Modelo Manicomial no mundo: uma leitura de autores clássicos

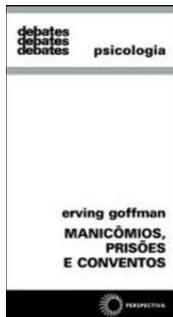


A carreira moral do “doente mental”

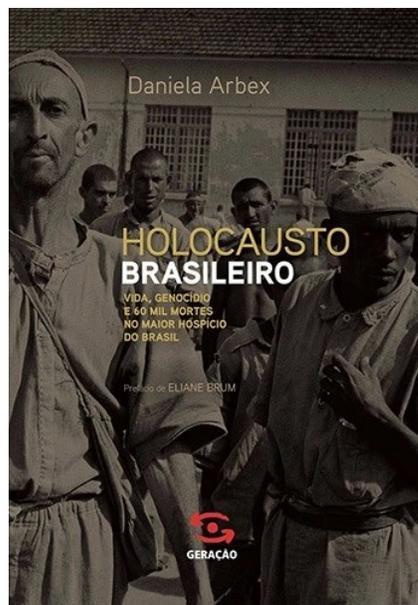
- As Instituições Totais são, portanto, estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer na personalidade do paciente.
- O diagnóstico psiquiátrico altera o destino social do paciente, a partir do momento em que passa pelo processo de hospitalização, inicia a carreira de “doente mental”, rótulo que passa a definir sua identidade.
- Surgem aspectos morais da carreira de doente mental: como deve se comportar, o que dizer, o que sentir... Tudo depõe contra o paciente para confirmar sua loucura, e qualquer rebeldia ao diagnóstico, acaba por confirmá-lo.

O Estigma Social e sua internalização

- O **estigma social** é definido pela **desaprovação** de características e crenças pessoais que confrontam as normas culturais prevalentes em determinado grupo social, levando as pessoas a serem vítimas de *preconceitos e marginalização*.
- 3 formas de estigma: deformidades físicas; características pessoais e comportamentais (distúrbios mentais, desemprego, dependência de drogas e outros tipos de dependência, prisioneiros) e estigmas tribais (pertencimento a uma raça, nação, religião).
- O **estigma internalizado** é um fenômeno processual que se estabelece à medida que o indivíduo torna-se consciente de sua condição de estigmatizada, concorda e aplica a si próprio os estereótipos negativos sobre seu transtorno.
- O processo de internalização do estigma torna-se central para as **condições psicológicas** destes indivíduos, levando à diminuição de autoestima e autoeficácia, percepção de descrédito, sentimentos de vergonha, culpa, angústia, raiva ou autorreprovação.

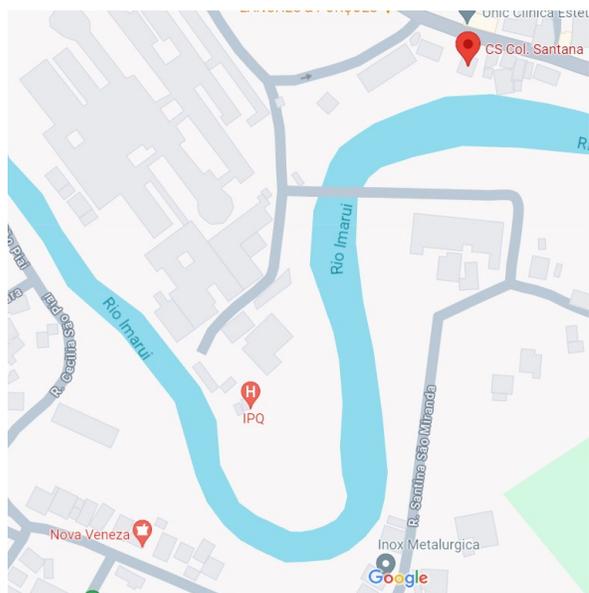


O Manicômio em sua vertente brasileira: Cuidado ou higienização e controle social?



O Hospital Colônia Santana

1941 – último hospital colônia criado pela Liga Brasileira de Higiene Mental
Tornou-se IPq/SC em 1996

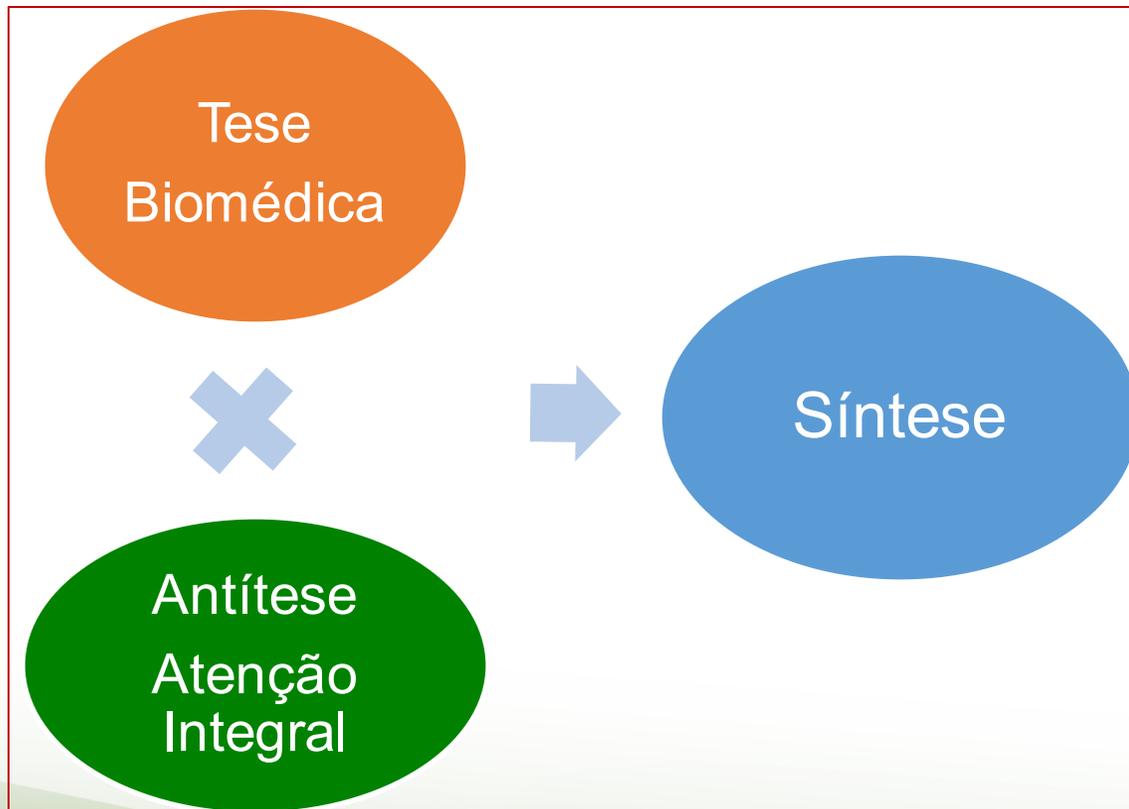


Reforma Psiquiátrica Brasileira:

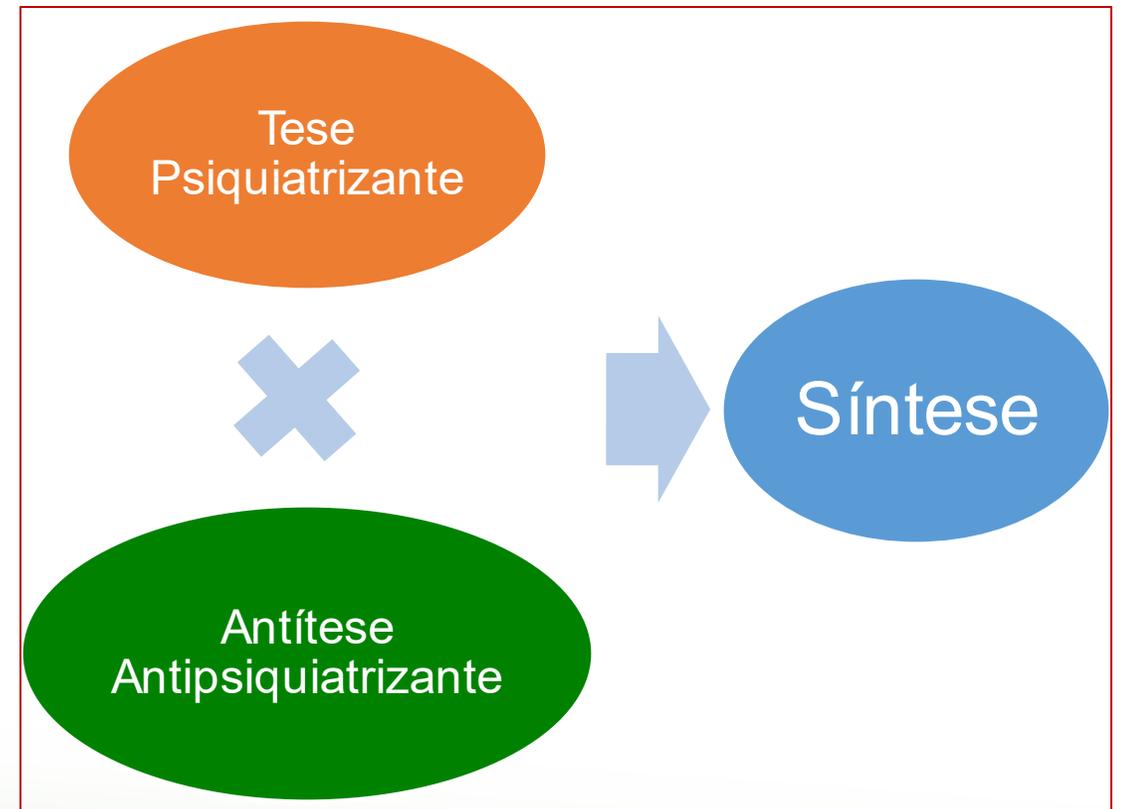
Crítica à centralidade das internações no modelo manicomial

História das políticas de saúde mental

Concepção dialética do campo da saúde



Concepção dialética do campo da saúde mental



Raízes da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Tese Psiquiatrizante

DIMENSÃO EPISTEMOLÓGICA

- Noção de “doença mental”;
- Perspectiva organicista;
- Perspectiva mentalista... Loucura enquanto transtorno individual;
- Modelo Empirista - descrição de sintomas – classificações – nosologia;
- Loucura como exclusão

DIMENSÃO TÉCNICA – PRÁTICA

- Modelo hospitalocêntrico;
- Poder centrado no médico ;
- Tratamento centralmente farmacológico – “camisa de força química”;
- Intervenção no plano individual;

DIMENSÃO POLÍTICA

- Retirada da voz e cidadania do louco;
- Relações hierarquizadas no tratamento;
- Interesses da indústria farmacêutica;
- Manutenção do “status quo” – da “moral e dos bons costumes”.

Psiquiatrização do social

Raízes da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Antítese Antipsiquiatrizante

DIMENSÃO EPISTEMOLÓGICA

- “Doença mental” como reducionismo;
- Loucura compreendida como fenômeno multideterminado, mas como produção das relações sociais;
- Modo Psicossocial;
- Existência-sofrimento
- Modelo mais qualitativo;

DIMENSÃO TÉCNICA – PRÁTICA

- Rede de Saúde Mental, SM na AB e CAPS ;
- Equipes multiprofissionais e perspectiva inter-disciplinar;
- Clínica ampliada;
- Intervenção na dimensão social - reinserção social;

DIMENSÃO POLÍTICA

- Reconhecimento da voz e da cidadania do louco ;
- Movimento dos usuários, familiares e trabalhadores;
- Relações horizontalizadas no tratamento – corresponsabilidade;
- Crítica ao instituído;

Despsiquiatrização do social

Reforma Psiquiátrica Brasileira

Breve Histórico

- Anos 1960 – Início do Movimento Antipsiquiátrico no mundo: questiona o modelo manicomial e seus pressupostos.
- 1978 – Reforma Psiquiátrica Italiana
- 1979 - Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil
- 1989 – Início da tramitação da Lei Paulo Delgado
- 1990 – Declaração de Caracas – documento que marca as reformas na atenção à Saúde Mental nas Américas.
- 2001 – Lei 10216 – Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil.



Modo Psicossocial

- Termo criado nos anos 1940 – com as comunidades terapêuticas de Maxwell Jones.
- Parte da compreensão da **dimensão sociocultural** como inerente dos processos de subjetivação e de sofrimento psíquico - outro olhar para o fenômeno saúde/doença, para além do organicismo.
- Nesse modelo, serão centrais os conceitos:
 - ✓ *território,*
 - ✓ *rede,*
 - ✓ *acolhimento e*
 - ✓ *cidadania.*
- Superação do modo asilar ou manicomial.

(Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003).

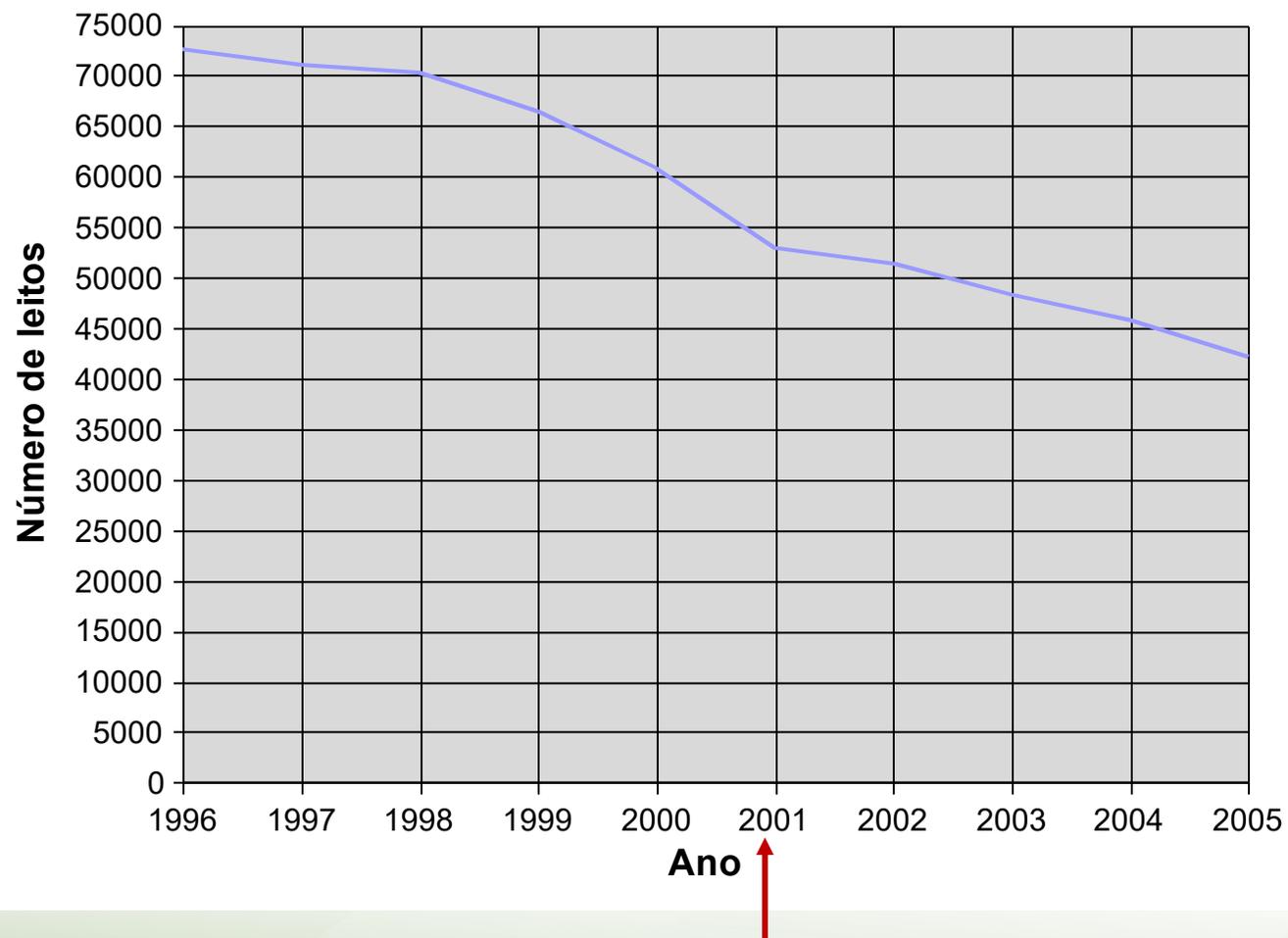
Rede de Atenção Psicossocial - Fpolis

- POPULAÇÃO DE FLORIANÓPOLIS - 574 200 habitantes (Censo 2022)
- ✓ 1 CAPS II – Ponta do Coral para “transtornos mentais”
- ✓ 2 CAPSad – Pantanal e Continente – para pessoas com problema de uso de drogas
- ✓ 1 CAPS Infantil
- ✓ 1 Ambulatório de especialidades infantil em saúde mental.
- ✓ Equipes Multiprofissionais – EMulti – nas UBS – 13 equipes na modalidade ampliada
- ✓ 1 Consultório de Rua – para atenção à saúde da Pop rua.
- **Nenhum CAPS III** (24 horas com leitos).
- **Nenhum leito em saúde mental em hospitais gerais.**

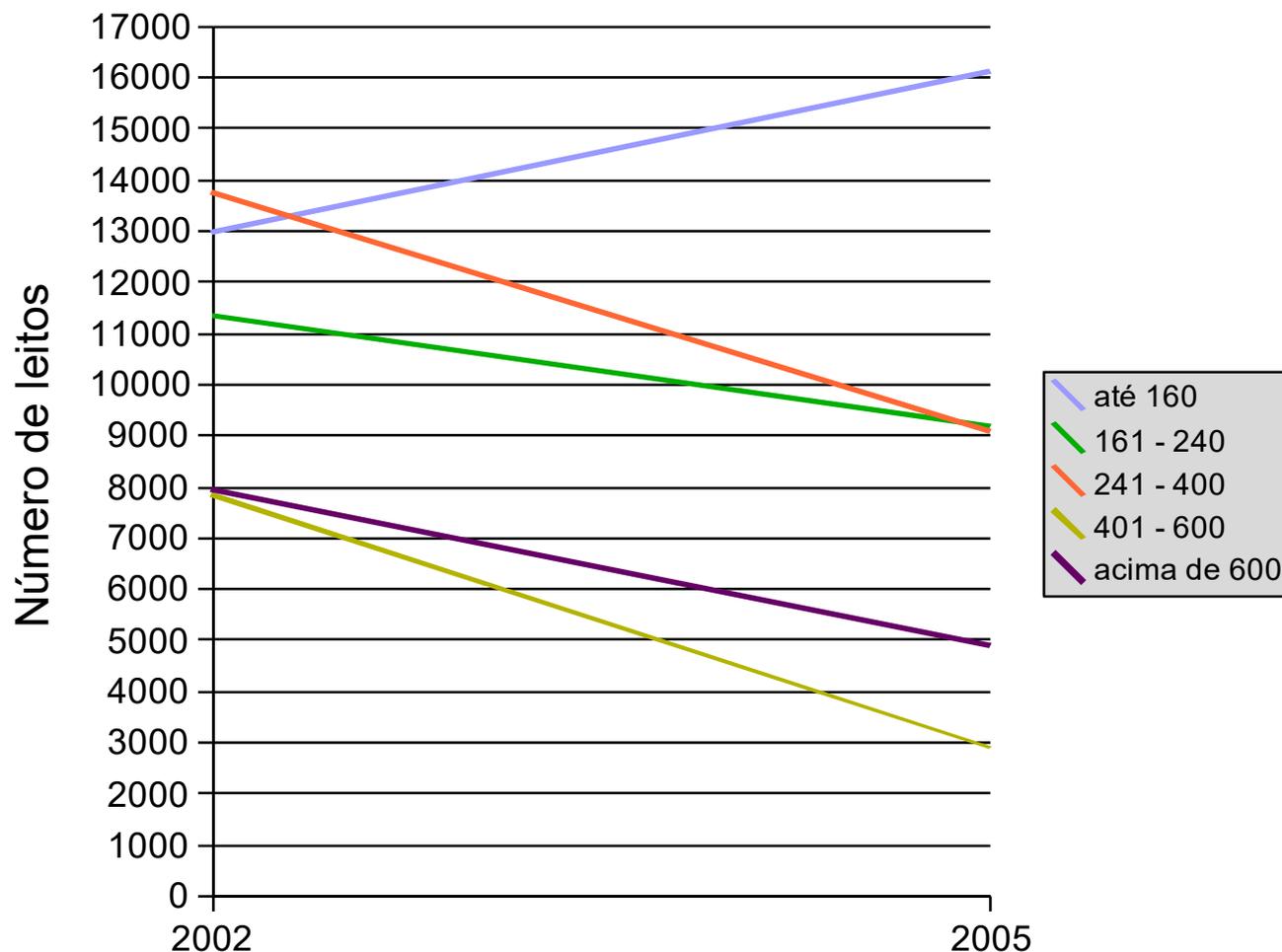
O financiamento em Saúde Mental e na Rede de Atenção Psicossocial

A história da construção da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

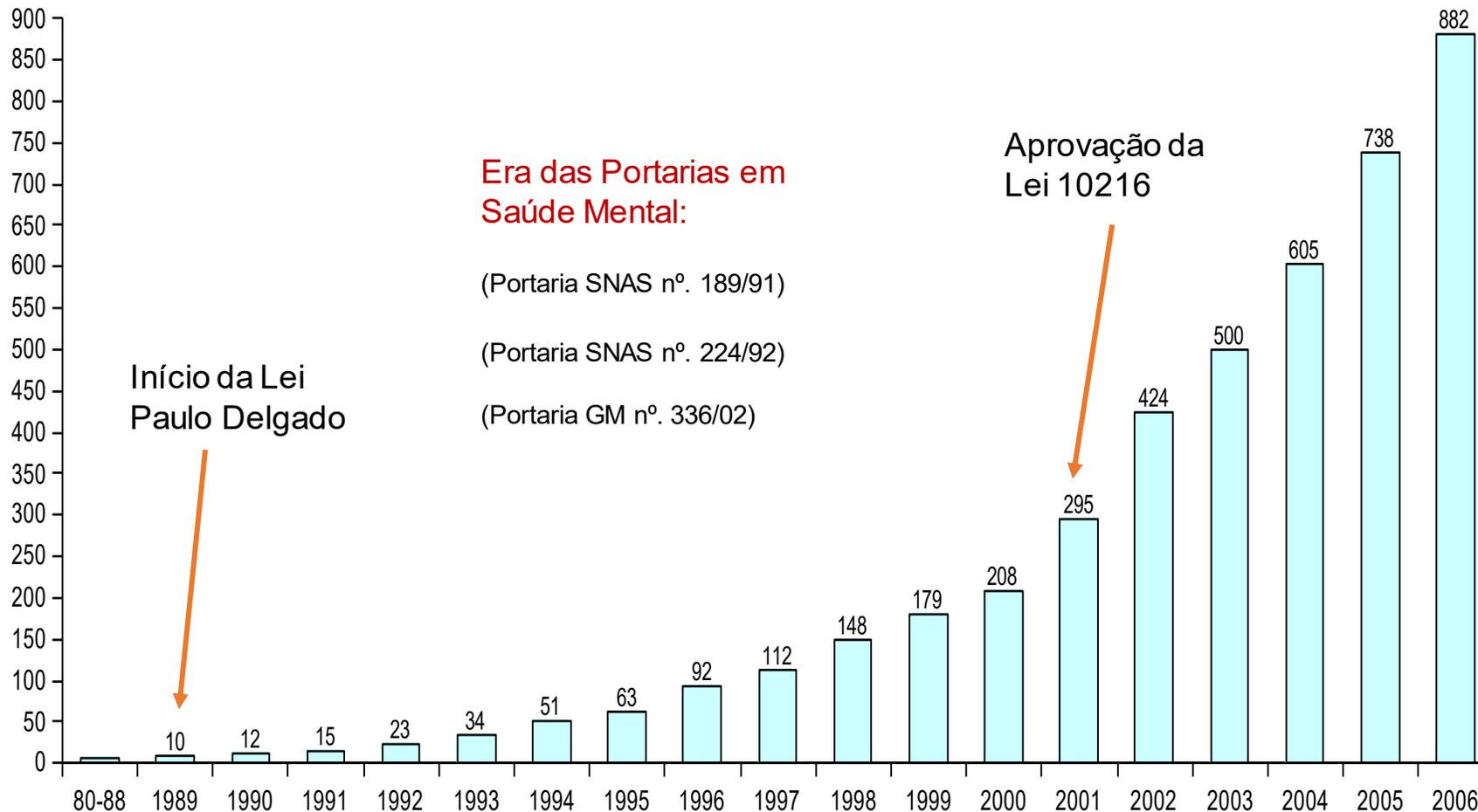
Redução de leitos psiquiátricos (1996 a 2005)



Migração dos leitos de hospitais de maior porte para hospitais de menor porte. (2002-2005)



Expansão da Rede CAPS (1989 a 2006)



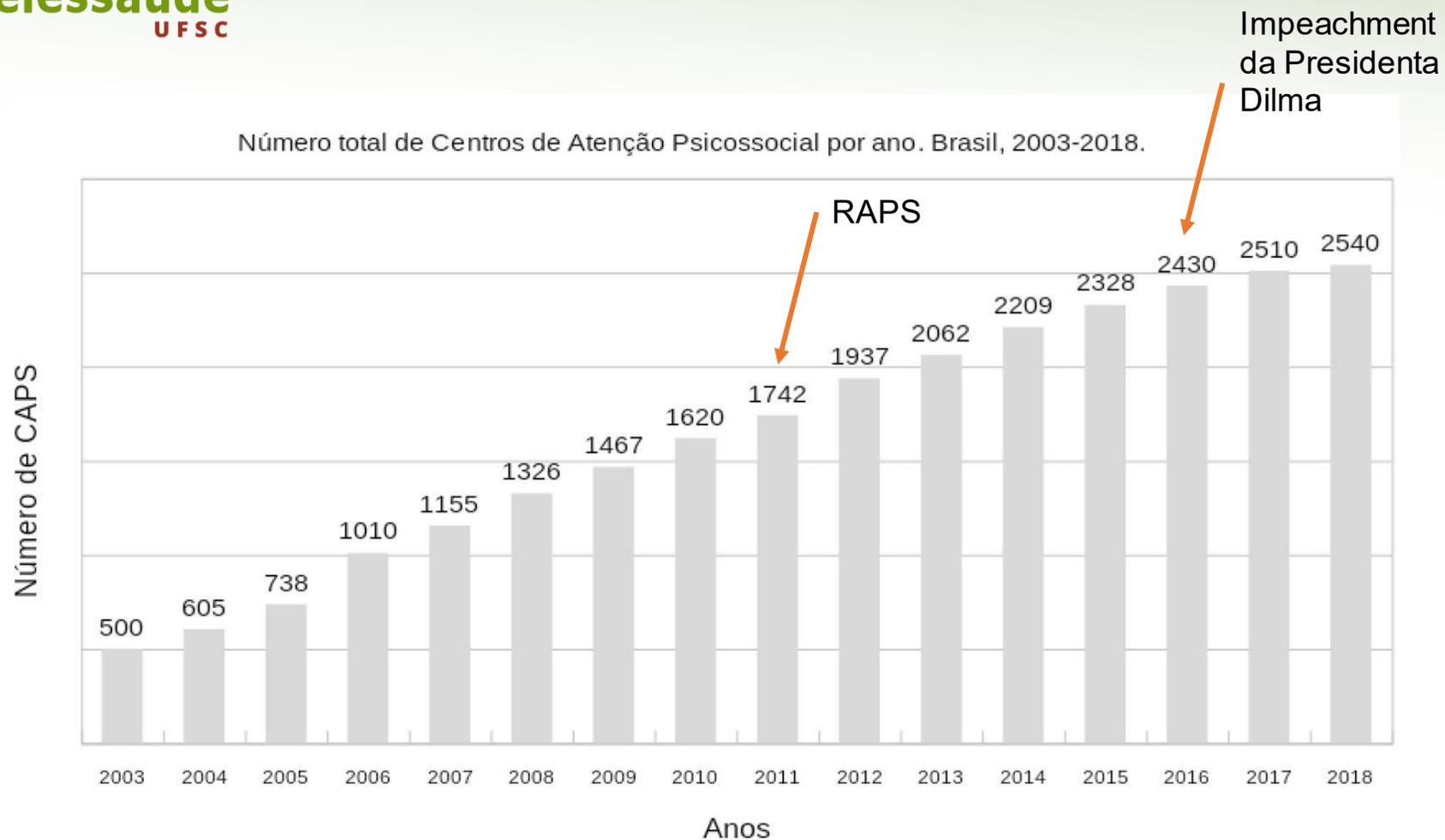


Gráfico 1

Número total de centros de atenção psicossocial por ano, de 2003 a 2018.

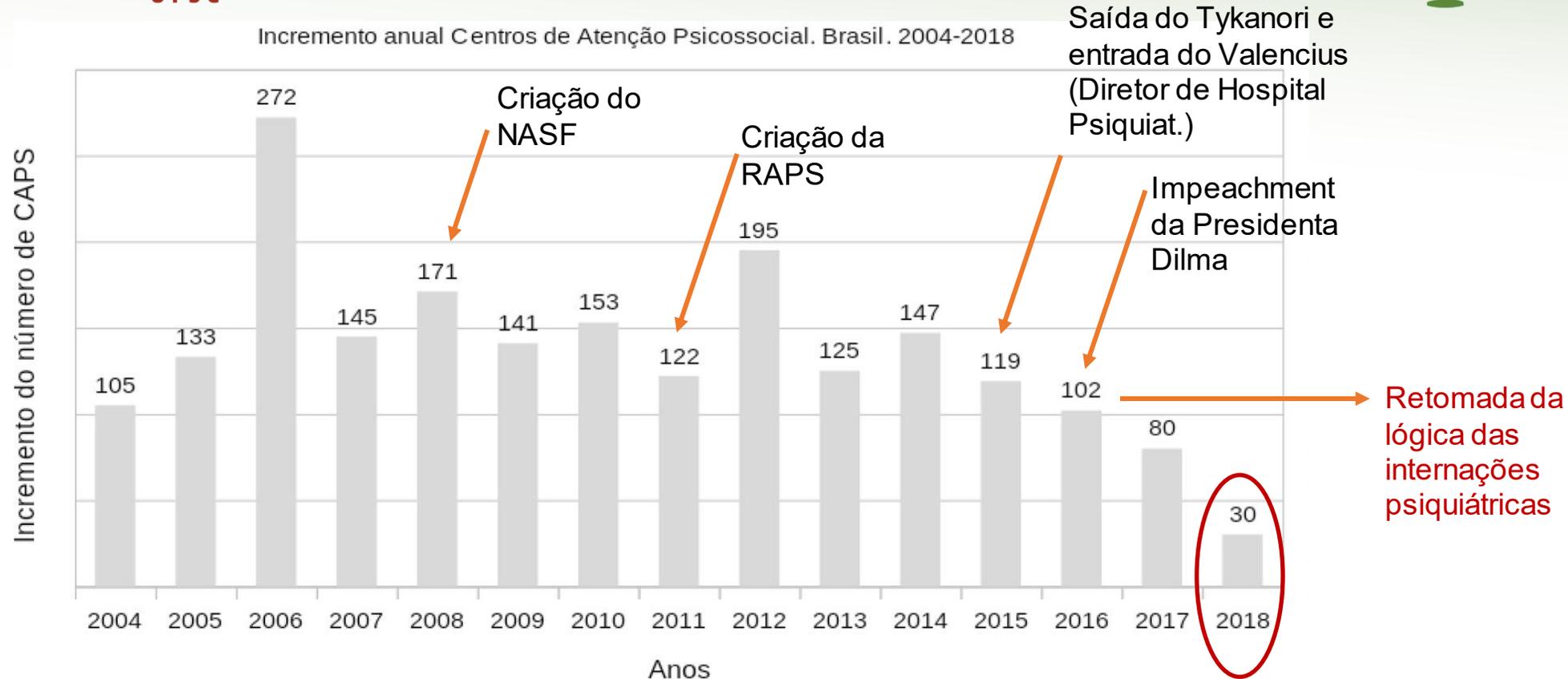
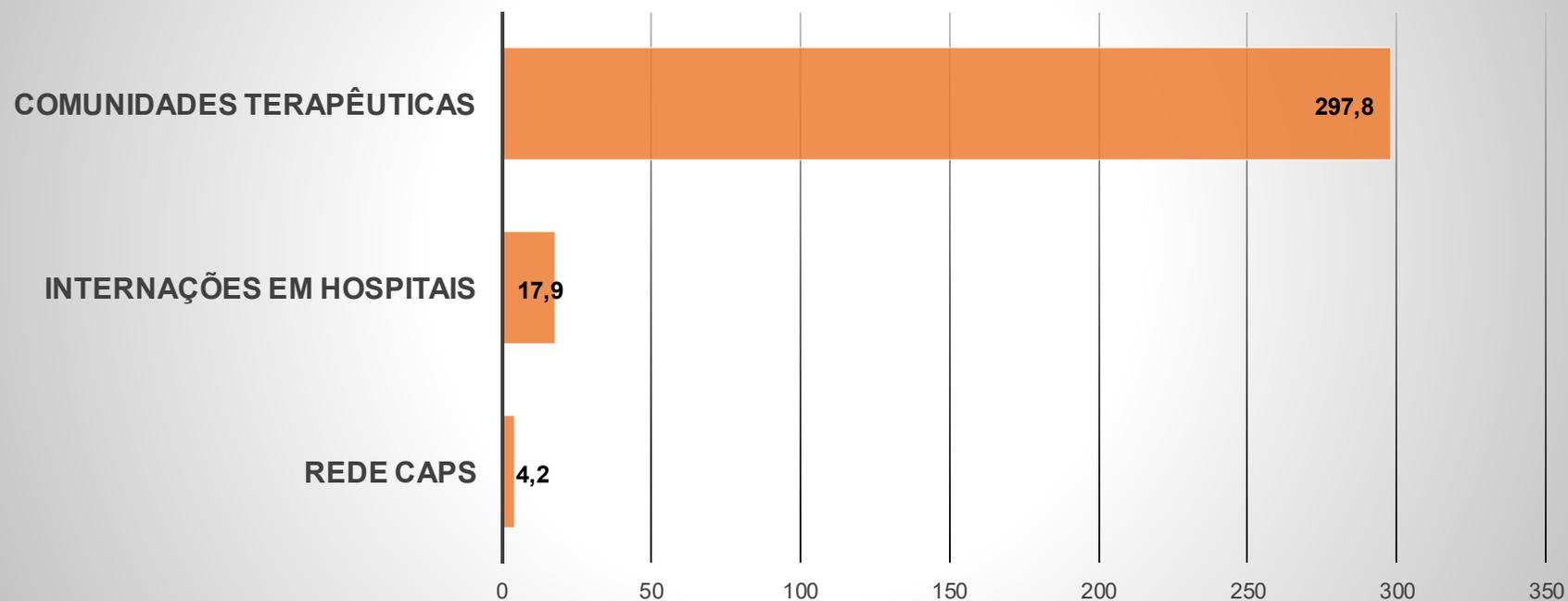


Gráfico 2

Incremento anual de Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, de 2004 a 2018.

Financiamento do governo Bolsonaro em Saúde Mental (2019)

Gastos do Governo Federal com Cuidado em AD em 2019 - em milhões de reais



LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Regulação das interações na Lei 10216/2001

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Critérios clínicos para as internações em saúde mental.

Critérios para internação - Fpolis

- ✓ Constituem risco para si ou para terceiros.
- ✓ Estejam severamente doentes e possuam uma fraca rede de apoio extra hospitalar ou ainda demonstrem significativo prejuízo em sua crítica.
- ✓ Tenham complicações em suas condições clínicas ou psiquiátricas ou não estejam respondendo adequadamente ao tratamento ambulatorial.
- ✓ Quando o paciente é incapaz de se cuidar adequadamente: recusa alimentar, recusa fazer higiene necessária;
- ✓ Necessidade de constante supervisão e apoio que não pode ser oferecido pela família ou rede de apoio;
- ✓ Quando a pessoa apresentar risco de suicídio, e os recursos da comunidade e da equipe de saúde mental tiverem sido esgotados;
- ✓ Quando a agressividade representar perigo para si ou para outros, esgotados os recursos extra hospitalares;
- ✓ Quando a pessoa é incapaz de cuidar-se adequadamente (recusa alimentar, higiene precária) e esse comportamento implica em risco para a vida, uma vez esgotados os recursos disponíveis na atenção básica (ESF e NASF) e CAPS, mesmo com o envolvimento dos familiares e profissionais.

Contexto atual:

Porque a retomada, em determinados cenários, da ênfase nas interações psiquiátricas?

Decreto de Internação “humanizada” de Florianópolis

PROJETO DE LEI N.º 19044/2024

DISPÕE SOBRE A INTERNAÇÃO HUMANIZADA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS

Faço saber, a todos os habitantes do município de Florianópolis, que a Câmara Municipal de Florianópolis aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei regulamenta no âmbito do Município de Florianópolis a Lei Federal n. 10.216, de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” e a Lei Federal n. 11.343, de 23 de agosto de 2006, que Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, alterada pela Lei Federal n. 13.840, de 2019 e institui o tratamento por meio da internação humanizada de pessoas com dependência química e/ou transtornos mentais.

§1º É direito das pessoas em situação de vulnerabilidade ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.

§2º A internação humanizada possui a finalidade de realizar o atendimento integral e especializado multidisciplinar, e que oportunize ao paciente o restabelecimento de sua saúde física e mental, a autoestima e o bem-estar, o reinserido ao meio social, familiar e econômico.

§3º Esta Lei se aplica a todos os cidadãos que estejam em situação de rua em Florianópolis e que se enquadrem como:

- I - pessoas com dependência química crônica, com prejuízos à capacidades mental, ainda que parcial, limitando as tomadas de decisões;
- II - pessoas em vulnerabilidade, que venha a causar riscos à sua integridade física ou a de terceiros, devido a transtornos mentais pré-existentes ou causados pelo uso de álcool e/ou drogas;
- III - pessoas incapazes de emitir opiniões ou tomar decisões, por consequência de transtornos mentais pré-existentes ou adquiridos.

Art. 2º Para fins desta Lei considera-se como internação humanizada toda aquela realizada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.

§ 1º A internação humanizada pode se dar com ou sem o consentimento da pessoa.

§ 2º A internação humanizada sem o consentimento da pessoa, é admitida a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida.

Internação humanizada ou higienização social?

Será que voltamos à era da Grande Internação?

O que representam as Comunidades Terapêuticas nos tempos atuais?

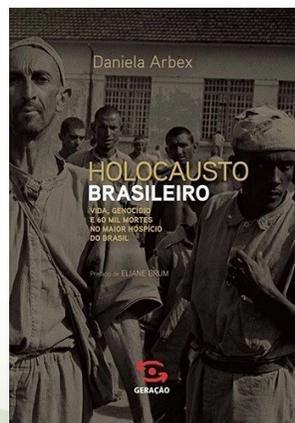
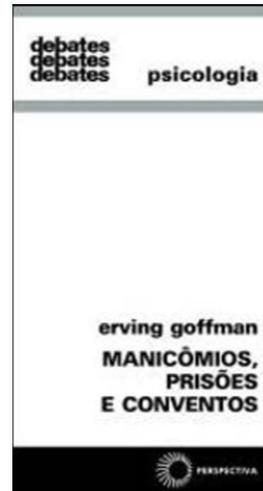
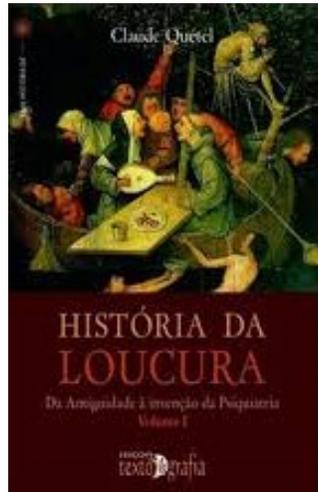
Seriam elas, hoje em dia, o que foram os hospitais gerais da Grande Internação, no século XVIII?

O que representam as Comunidades Terapêuticas nos tempos atuais?

- Seriam elas, hoje em dia, o que foram os hospitais gerais da Grande Internação, no século XVIII?

Reflexões, perguntas e respostas

Referências



A MENSURAÇÃO DO ESTIGMA INTERNALIZADO: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA¹

Fhaisa Gontijo Soares,^{*}
 Fabírcia Creton Nery,[†]
 Pollyanna Santos Silveira,[‡]
 Ana Regina Noto,[§]
 Telmo Mota Ronzani[¶]

RESUMO. O estigma internalizado é um fenômeno processual que se estabelece à medida que o indivíduo torna-se consciente de sua condição de estigmatizado, concorda e aplica a si próprio os estereótipos negativos sobre seu transtorno. Com o objetivo de conhecer os instrumentos de mensuração desse fenômeno, realizou-se, em janeiro de 2011, uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados Web of Science, Pubmed, Psycinfo, Lilacs e Scielo, utilizando-se os termos internalized stigma, self-stigma, estigma internalizado e autoestigma. Onze escalas foram analisadas, seis das quais mensuravam estigma internalizado referente a transtornos mentais. A análise revelou problemas conceituais e metodológicos dos estudos, apontando dificuldades intrínsecas à investigação do fenômeno e oferecendo subsídios para pesquisas futuras. Apesar das limitações, o crescente número de escalas demonstra a relevância do tema no campo da Saúde Mental e proporciona um avanço do conhecimento acerca dos fatores envolvidos no processo de estigmatização.

Palavras-chave: estigma; psicométrica; pesquisa bibliográfica.

THE MEASUREMENT OF INTERNALIZED STIGMA: SYSTEMATIC REVIEW OF LITERATURE

ABSTRACT. Internalized stigma is a processual phenomenon established as the individual becomes aware of his stigmatized condition, and agrees to apply its own negative stereotypes about their disorder. Aiming to cognize the measurement instruments of internalized stigma, a systematic review of literature was undertaken in January 2011 on Web of Science, PubMed, PsycINFO, Lilacs and Scielo databases, using the terms internalized stigma and self-stigma. Eleven scales were analyzed, 6 of them measured internalized stigma toward mental disorders. The analysis reveals conceptual and methodological problems of the studies, pointing out intrinsic difficulties to investigate the phenomenon and offering subsidies to forthcoming researches. In spite of the limitations, the growing number of scales demonstrates the relevance of the topic in Mental Health's area and provides an advance in knowledge about the factors related to the stigmatization process.

Key words: Stigma; psychometry; bibliographical research.

Prefeitura de Florianópolis
 Secretaria Municipal de Saúde - SMS
 Programa de Saúde Mental

Protocolo de Atenção em Saúde Mental

1ª Edição
 Tubarão, 2010
 Copi

Caminhos históricos e epistemológicos da psicopatologia: contribuições da fenomenologia e existencialismo

Paths historical and epistemological foundations of psychopathology: contributions from phenomenology and existentialism

Daniela Ribeiro Schneider¹

Resumo:

O texto, baseado em revisão de literatura, discute, a partir da história da psicopatologia, as contradições entre a perspectiva de tese psiquiatrizante e sua antítese antipsiquiatrizante, buscando descrever os aspectos epistemológicos que as sustentam. Detalha a influência da fenomenologia e da psicologia existencialista para a formulação das raízes epistemológicas da antítese.

Palavras-Chaves:

História da Psicopatologia; Epistemologia; Fenomenologia; Psicologia Existencialista, Jean-Paul Sartre.

Abstract:

The text, based on literature review, discusses, from the history of psychopathology, the contradiction between the perspective of psychiatric thesis and antithesis antipsychiatric, seeking to describe the epistemological aspects that sustain them. Details the influence of phenomenology and existential psychology to the formulation of the epistemological roots of the antithesis.

Key- Words:

History of Psychopathology, Epistemology, Phenomenology, Existential Psychology, Jean-Paul Sartre

<https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/?lang=pt#>