



FÓRUM
MINEIRO DE
SAÚDE MENTAL



RELATÓRIO DE INSPEÇÃO NACIONAL EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

1 - Introdução

No dia 04 de dezembro de 2018, equipe composta por 8 profissionais, sendo 1 representante do Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais (CRP/MG), 1 representante do Ministério Público Estadual de Minas Gerais - Promotoria de Justiça de São Sebastião do Paraíso, 1 representante do Ministério Público do Trabalho - Procuradoria Regional do Trabalho de Pouso Alegre, 1 representante da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, 1 representante do Fórum Mineiro de Saúde Mental, 2 representantes do Instituto de Direitos Humanos, 1 assistente social convidada pelo CRP/MG, realizou visita ao Hospital Psiquiátrico Fundação Sanatório GEDOR Silveira, localizada na praça Coronel Antônio Rodrigues, 145, bairro Vila Mariana, município de São Sebastião do Paraíso, inscrito no Cadastro Nacional de Pessoa de Jurídica (CNPJ) sob o número 24.899.874/0001-90. A visita não foi anunciada, de modo que a direção da unidade e as pessoas internadas não sabiam que a equipe de inspeção iria ao local nesta data. A visita, que teve duração de um dia, iniciou-se às 8:15 e terminou às 17:00 horas. Contemplou diálogo com a direção da unidade, junto ao Sr. Maurício Giubilei, Diretor Clínico, CRM 14.173-S, a fim de apresentar os objetivos e a metodologia de visita. Em seguida, procedeu-se visita a todos ambientes do Hospital Psiquiátrico. Adicionalmente, foram realizadas conversas individuais com as pessoas privadas de liberdade e trabalhadores da instituição, de forma reservada, garantindo-lhes privacidade e o sigilo de informações. Por esse motivo, as falas das pessoas entrevistadas, contidas neste relatório, não serão identificadas, mas seguirão redigidas com teor integral e verossímil. Realizou-se ainda, entrevista e diálogo com a gestão da unidade e foram coletados os documentos institucionais (conforme documento 2 em anexo). Assim, com base na visita realizada e na análise dos documentos, observações e entrevistas coletadas, a equipe de inspeção apresenta o que se segue:

2 - Perfil Geral da Unidade

O Hospital Psiquiátrico é de gestão municipal, de administração pública direta com fins lucrativos, possui leitos privados e leitos SUS. Há contratualização de leitos com diferentes municípios e Estados tendo sido observado, na sala em que a entrevista foi realizada, mapa de municípios da região que encaminham para internação, sendo na data de inspeção verificados encaminhamentos de 37 municípios diferentes, sendo um município do Estado de São Paulo.

Não foi possível encontrar nem durante a entrevista com direção do Hospital nem na entrega dos documentos o Regimento Interno da instituição. Foi possível observar, logo quando da chegada da pessoa ao Hospital, a realização de Anamnese por parte do médico psiquiatra e enfermagem com vistas a elaborar justificativa de internação ou "Laudo para solicitação de autorização de internação hospitalar". Todavia, não fica explícito que haja orientações de como a internação será feita ou abertura de Projeto Terapêutico Singular que permita com que a pessoa internada e seus familiares possam estar cientes e de acordo com o modelo de tratamento que será ofertado à pessoa.

Nesse sentido, pôde ser observado que não há regulação formal por meio de Regimento Interno que permita com que haja padronização do cuidado assim como orientação comum à familiares e pessoas internadas que permita com que as pessoas possam se sentir acolhidas a partir de um



FÓRUM
MINEIRO DE
SAÚDE MENTAL



padrão de cuidado, tendo em vista que há financiamento público e a verba pública necessita ser justificada em seu uso, ainda que em parceria com o poder privado.

Durante entrevista com trabalhadores (as) e pessoas em privação de liberdade, verificamos que o Regimento Interno e as Normas de Convivência não são divulgados e acessados pelos mesmos. Há relatos de que algumas pessoas ao serem internadas são informadas verbalmente sobre as “regras internas”, e que há um “grupo de contato inicial” - que acontece toda segunda-feira junto a profissionais de serviço social e da psicologia que tem como objetivo informar sobre o funcionamento do hospital e as normas de convivência. Entretanto, nenhuma das pessoas em privação de liberdade entrevistadas afirmou ter participado desse grupo de contato inicial.

Apesar de ter sido negado por profissionais entrevistados, algumas das pessoas privadas de liberdade relataram que no momento inicial e também após as visitas, são realizados procedimentos de “revista”.

Verifica-se que muitas pessoas internadas mantêm comportamento contido, e acatam as regras tácitas por medo de serem levadas para o COCI - Centro de Observação e Cuidados Intensivos. Seguem alguns relatos:

“Regulamentos internos, só verbalmente na entrada do hospital.”

“Nunca me falaram sobre as regras internas. Eu aprendi observando. Vi pacientes recebendo bronca e fui vendo o que podia e não podia.”

“Quando a gente vem e chega pra trabalhar aqui, a gente vai aprendendo com os mais antigos. Nunca vi esse regimento.”

Quando questionados sobre as normas que regulam seu dia-a-dia de trabalho, os trabalhadores entrevistados afirmaram que após admissão no emprego aprenderam com os profissionais mais antigos da casa, “um passa pro outro o que fazer e como funciona o hospital” - disse um deles. Questionados sobre a existência e conhecimento sobre o Projeto Técnico Institucional (PTI) do hospital, apenas um dos profissionais respondeu ter ciência sobre o mesmo. Segundo esse profissional entrevistado, ele teve acesso ao PTI, assim que ingressou no emprego. Mas o documento foi refeito em 2016 ou 2017.

Não há uma política de educação permanente para os trabalhadores, apenas ações pontuais realizadas por alguns dos trabalhadores do hospital.

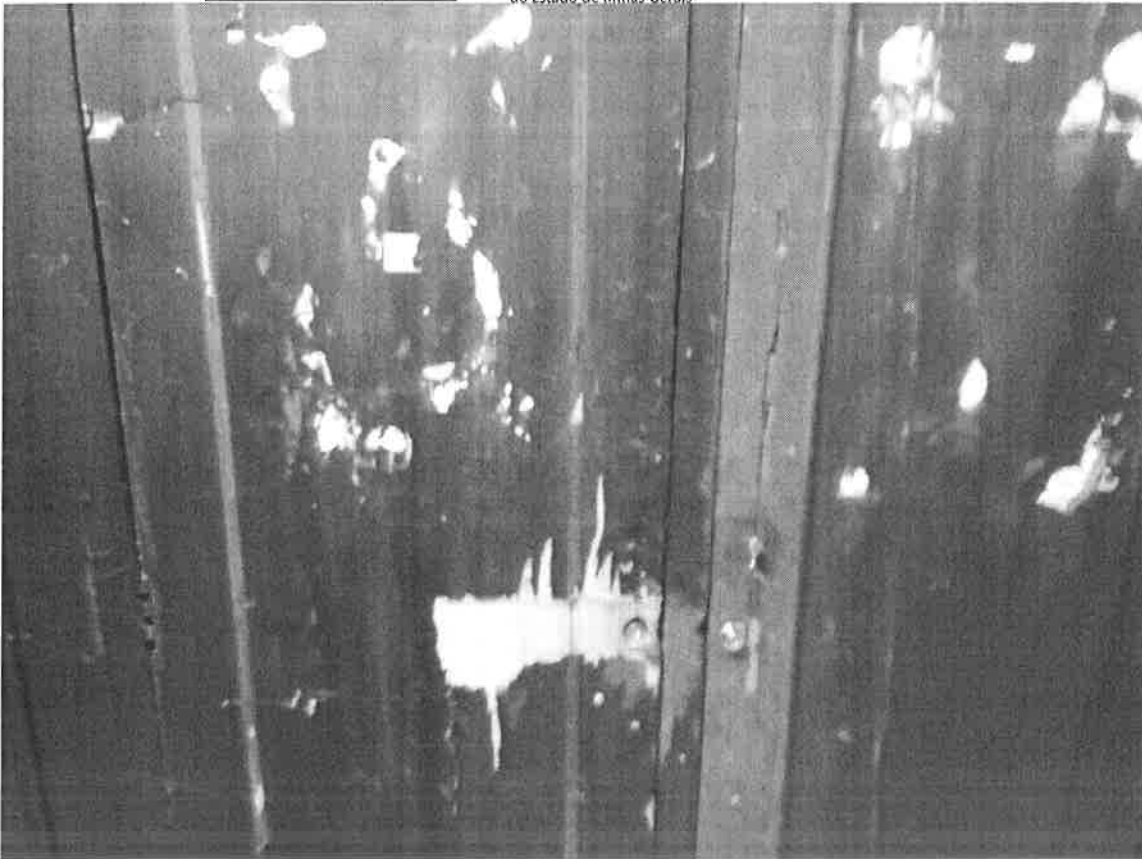
“Dr. Pablo faz uma reunião semanal com a gente pra discussão dos programas terapêuticos e sempre leva um tema pra refletirmos.”

“A psicóloga do RH, começou recentemente a fazer umas palestras motivacionais. Agora, curso mesmo, se a gente quiser fazer, tem que ser fora do hospital, por conta própria.”

A instituição, na data de inspeção, continha o relatório de inspeção da Vigilância Sanitária Municipal (VISA) e não o Alvará. O relatório estava datado de 09 de novembro de 2018 pela VISA, sendo a inspeção que este relatório se justifica realizada no dia 04 de dezembro do mesmo ano. Neste relatório da VISA, constam elencadas inúmeras inadequações em diversos aspectos da inspeção, sendo a maior parte delas na ala SUS: “paredes descascadas, área do chão sem piso, presença de alguns sofás com o estofado em mau estado de conservação e rasgados, ausência de guarnição na porta, suportes de sabonete e toalhas de papel desabastecidos, presença de ralo aberto na sala de curativo da ala masculina, presença de pontos de descascamento da pintura nas paredes dos quartos de 6 leitos, no quarto de 4 leitos e no quarto de 5 leitos, presença de fechadura da porta estragada em um dos quartos, presença de pontos de infiltração e descascamento da pintura do teto e de batentes em mau estado de conservação”.

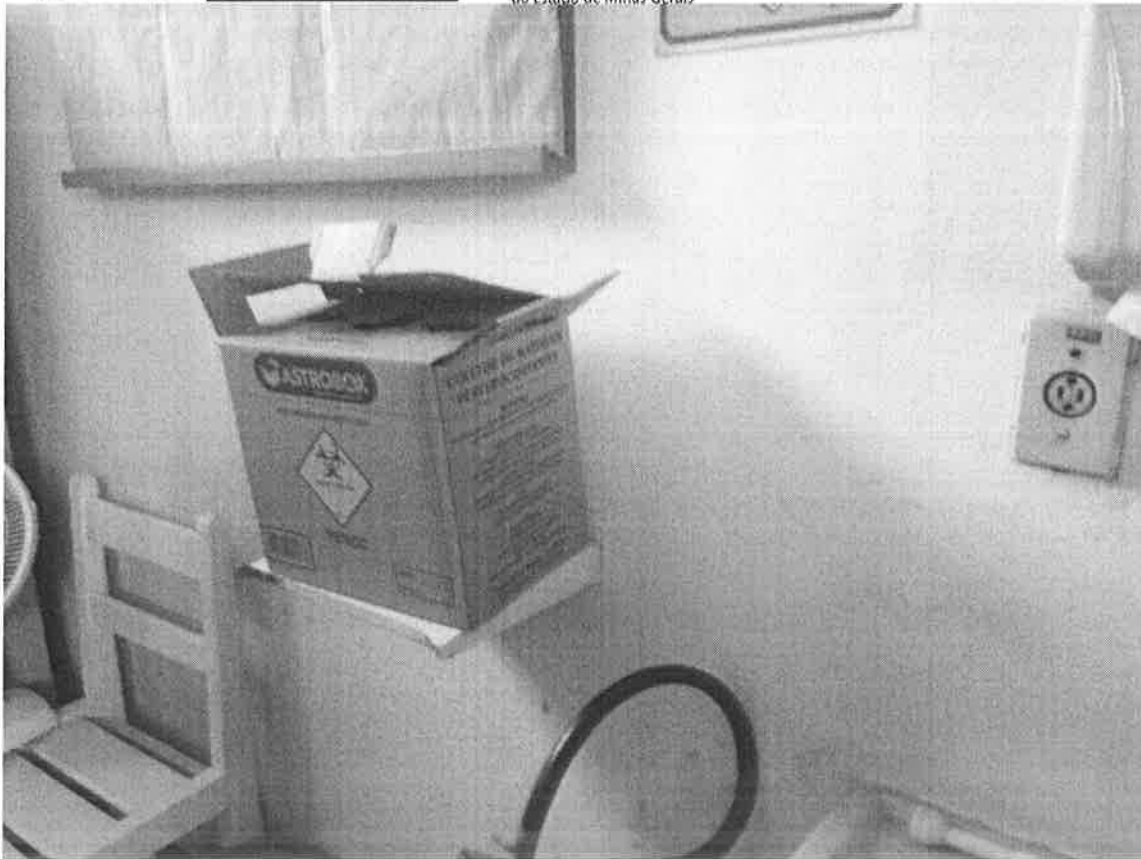


Faz-se necessário destacar que o relatório da VISA não apresenta quaisquer irregularidades no que tange aos leitos privados, tendo em vista que os espaços de restrição de liberdade (alas) são bastante precarizadas nos leitos SUS e bastante distinto no caso dos leitos privados.



Com relação aos profissionais, o relatório da VISA apresenta como irregularidades: “não apresentou educação continuada com os funcionários da lavanderia, conforme artigo 12 da RDC 06/12”, “a preparação de doses unitárias e a unitarização de dose de medicamento, não é registrada em Livro de Registro de Receituário, ou seu equivalente eletrônico, escriturando as informações referentes a cada medicamento”, não existe procedimento operacional para a prevenção de trocas ou misturas de medicamentos, contrariando o item 3.4 do Anexo VI da RDC ANVISA 67/2007”, “não há procedimento estabelecendo o prazo de validade dos produtos submetidos à preparação de dose unitária ou a unitarização de doses”, “a sala destinada às atividades de preparação de dose unitária ou unitarizada de medicamento não estava devidamente identificada, bem como não há pia com água corrente na mesma”, “de acordo com o item 6.4.1. do Anexo I da RDC ANVISA 67/2007, nos serviços de saúde, a manipulação de saneantes, inclusive diluição e fracionamento, deve ser realizada sob responsabilidade da farmácia, atendidas as disposições do item 6.4. No estabelecimento, apenas o fracionamento de álcool 70% e iodopovidona 10% são de responsabilidade da farmácia, sendo que o fracionamento e diluição de outros saneantes não são”. “As funcionárias da limpeza possuem treinamento, porém, não em educação continuada”.

Com relação ao Centro de Material e Esterilização (CME), pode ser elencado que: “utiliza luva de procedimentos para limpeza dos materiais, contrariando o Anexo da RDC 15/2012”, “reverte a prática do processo de desinfecção de acordo com o que está determinado no POP, de acordo com o artigo 24, da RDC 15/2012, cada etapa do processamento do instrumental cirúrgico e dos produtos para saúde deve seguir o POP elaborado com base em referencial científico atualizado e normatização pertinente”, “não apresentou capacitação realizada para a funcionária da CME. Conforme artigo 29, RDC 15/2012, os profissionais da CME e da empresa processadora devem receber capacitação específica e periódica”.



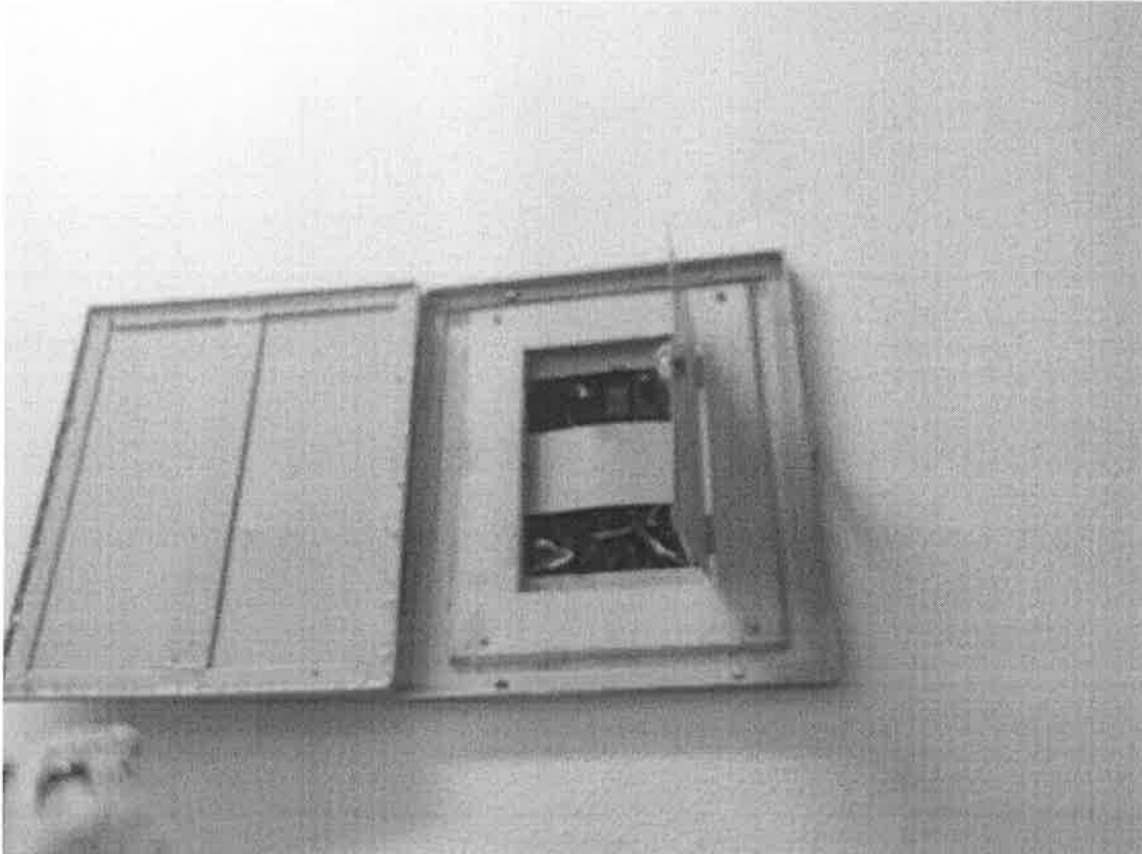
Em relação ao Centro de Especialidades Médicas (CEM) contíguo ao Hospital, não foram encontradas as seguintes irregularidades pela VISA: “não apresentou o Alvará Sanitário do laboratório, contrariando o item 5.1.1 da RDC ANVISA 302/2005”, “presença de agulhas descartáveis e de tubos de coleta com a validade expirada, contrariando o item 5.5.4 da RDC ANVISA 302/2005”.

De modo geral, as inadequações são elencadas em: “o projeto arquitetônico aprovado pela Gerência de Infraestrutura Física (GIEF)/SES/MG, encontra-se desatualizado, contrariando o artigo 34, da RDC 63/2011”; “inexistência de identificação de alguns ambientes”; “não possui Plano de Gerenciamento de Tecnologias”, “não foi apresentado certidão de responsabilidade técnica do estabelecimento”, “não foi apresentado o cadastro no NOTIVISA”, “foram encontrados produtos com data de validade expirada”, “Enfermaria de Intercorrências Clínicas: não possui um mínimo de 6 metros quadrados por leito e não todas as camas são Fowler”.

Além disso, “não apresentou a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA conforme artigo 49 da RDC ANVISA 63/2011” e “não foi apresentado o PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) e PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais), contrariando o inciso II, do artigo 23 e inciso I do artigo 50 da RDC ANVISA 63/2011”.

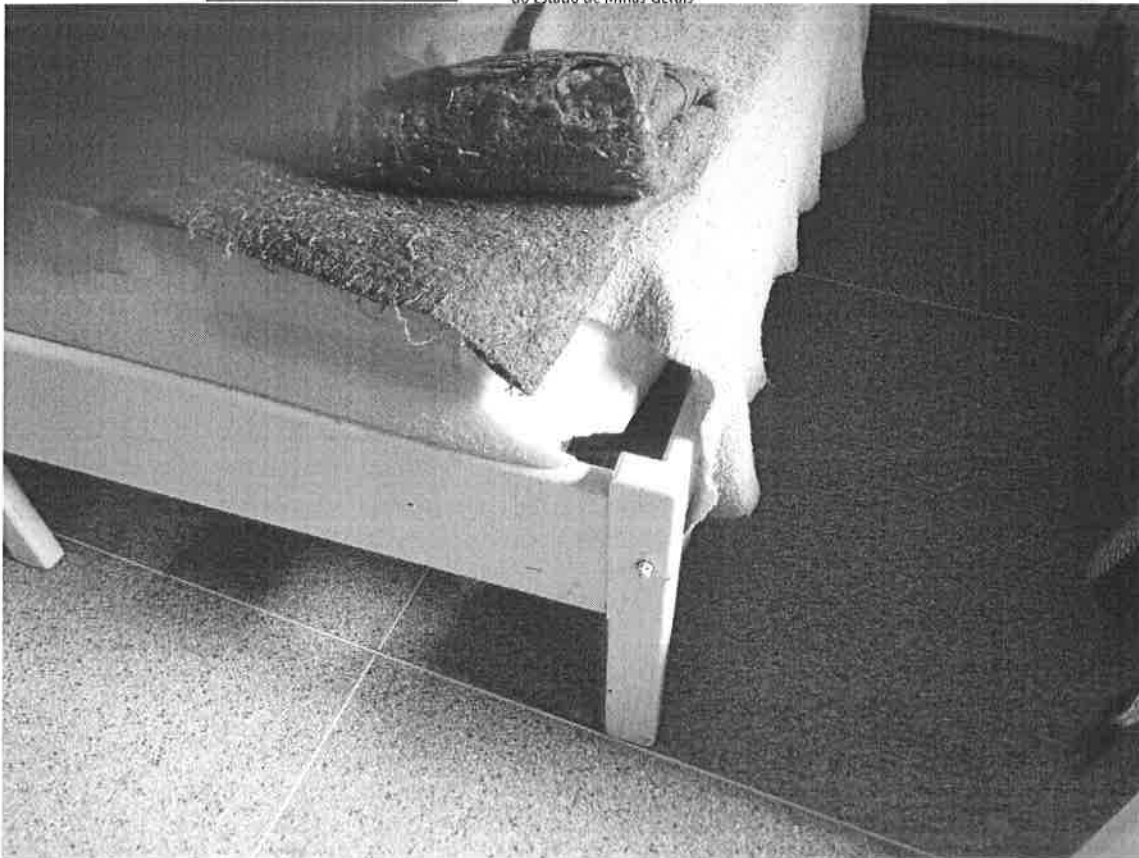
Dessa forma, pode-se observar um elevado número de inadequações e irregularidades apontadas na inspeção da VISA e que pode ser corroborado por meio do arquivo de fotos que acompanha este relatório e que também compõem este, tendo em vista que tal constatação de inadequações é facilmente observável. Assim, observa-se que, apesar do número elevado de internações e a alta rotatividade de internações, fazendo com que o hospital mantenha taxa elevada de internação e permanência, não é possível observar que haja recíproco cuidado e manutenção do hospital, principalmente no que tange às alas SUS, sendo bastante relevante a diferença entre ambas as alas

e, por conseguinte, acesso, cuidado, oferta de profissionais por pessoa e até mesmo disposição dos profissionais para atuarem nas alas. Tal fato se mostra em destaque, tendo em vista que não se trata de espaço insalubre apenas às pessoas privadas de liberdade, mas também aos trabalhadores da instituição.



Na data da inspeção, havia 196 (cento e noventa e seis) pessoas internadas, sendo 125 internações voluntárias, 15 internações involuntárias e 56 internações compulsórias. Todavia, vale destacar que, como mencionado acima, observou-se subnotificação de internações involuntárias pelo fato de que foram encontradas documentações e relatos de pessoas que já haviam recebido alta ou até mesmo com tempo de internação chegado ao fim e não foram devidamente encaminhadas à alta, permanecendo naquele hospital. Do mesmo modo, pode-se observar que, de acordo com os dados apontados no Cadastro Nacional de Serviços de Saúde (CNES - 2146401), a instituição consta com oferta de 183 leitos no total, sendo 160 leitos SUS. Reitera-se a informação acima: na data da inspeção havia 196 leitos ocupados.

Como exemplo, pode-se citar a situação de 9 (nove) pessoas que se encontram residindo no hospital, respectivamente, 3 delas há 10 (dez) anos; 1 delas há 2 (dois) anos; 2 delas há 1 (um) ano; 3 delas há mais de 30 dias sendo essas 9 pessoas reconhecidas como “moradores” da Fundação Sanatório Gedor Silveira. Tal situação já foi colocada como questão à direção da Fundação pela Sra. Promotora de Justiça, todavia, sem mudança efetiva.



De acordo com o entrevistado, a comunicação com o Ministério Público se dá por meio de ofício. Sendo tal informação confirmada pela Sra. Promotora de Justiça presente no momento da entrevista.

O hospital recebe internações nas três modalidades: voluntária, involuntária e compulsória. Os prontuários das pessoas internadas na modalidade compulsória são marcados com um carimbo na folha de “identificação do paciente”, e têm anexo uma cópia da comunicação sobre a internação ao Ministério Público. Em vários prontuários verificamos um termo de Consentimento Livre e Esclarecido em anexo. Entretanto, percebe-se que é rotineiro casos de pessoas que são inseridas na internação de forma voluntária e logo pedem para sair do hospital, tendo sua internação automaticamente convertida para involuntária, sendo que tal mudança de modalidade de internação se dá por meio de decisão médica, criando justificativas clínicas para manutenção da pessoa em sofrimento psíquico em situação de cárcere, haja vista que a justificativa não tem amparo clínico.

O quadro de pessoal é composto por 121 profissionais. Segue abaixo relação de profissionais de nível superior e médio, respectivamente, assim como suas cargas horárias, segundo dados entregues pela direção da Fundação Sanatório Gedor Silveira:

Profissionais de nível superior:

Diretor Clínico: 1 - Plantão

Médico: 2 - Plantão

Coordenador de Enfermagem: 1 - 44h semanais

Farmacêutica: 2 - 12h semanais



FÓRUM
MINEIRO DE
SAÚDE MENTAL



Assistente Social: 2 - 30h semanais
Nutricionista/ Coord. RH: 1 - 44h semanais
Psicólogas: 4 - 30h semanais
Enfermeiras: 5 - 12h/36h
Prof. Educação Física: 2 - 12h semanais
Terapeuta Ocupacional: 1 - 30h semanais
Contador: 1 - 44h semanais

Profissionais de nível médio:

Coordenador de Internação: 1 - 44h semanais
Técnico de Enfermagem: 37 - 12h/36h
Auxiliar de Enfermagem: 10 - 12h/36h
Auxiliar de cozinha: 10 - 12h/36h
Auxiliar de lavanderia: 4 - 44h semanais
Auxiliar de escritório: 2 - 44h semanais
Auxiliar de limpeza: 16 - 44h semanais
Auxiliar de farmácia: 2 - 44h semanais
Analista Econômico financeiro: 2 - 44h semanais
Recepcionista: 3 - 44h semanais
Encarregada da cozinha: 1 - 44h semanais
Higienizadora: 1 - 30h semanais
Motorista: 1 - 44h semanais
Serviços Gerais: 4 - 44h semanais
Analista de processos de qualidade: 1 - 44h semanais
Auxiliar de manutenção: 1 - 44h semanais
Chefe de manutenção: 1 - 44h semanais
Técnico de segurança do trabalho: 1 - 44h semanais
Gerente Operacional: 1 - 44h semanais

- os médicos não ficam de plantão presencial: são acionados fora do hospital, quando necessário.
- o hospital possui 14 técnicos de enfermagem para o dia, em esquema de plantão 12X36 e 8 técnicos de enfermagem para a noite, ou seja, 7 técnicos dia sim, dia não e 4 técnicos noite sim, noite não, para 180 pacientes.
- o hospital 1 possui enfermeiro de plantão noturno e 1 diurno, totalizando 7 profissionais de enfermagem.
- há dois assistentes sociais e três psicólogos com carga horária distinta (alguns fazem 20 horas e outros 30 horas semanais).

O vínculo de trabalho é celetista e de prestadores de serviço.

De acordo com os Comunicados de Acidentes de Trabalho (CAT) entregues na entrevista, pode-se contabilizar 18 comunicados de acidentes de trabalho no período entre o dia 01/02/2017 a 16/11/2018. Desses 18 CAT, 10 foram sofridos por técnicos de enfermagem, 5 por auxiliares de enfermagem, 1 por auxiliar de escritório, 1 por cozinheiro e 1 por faxineiro. As causas podem ser elencadas também por número, sendo: 13 por “ataque de ser vivo”; 3 por “queda”; 1 por “atrito ou abrasão” e 1 por “esforço excessivo”.

Nos últimos dois anos, pode-se observar o afastamento de 41 pessoas, sendo que, destas 41 pessoas, 4 delas se afastaram por dois momentos ao longo do período de 2 anos. Do total de 45 afastamentos, contando com as 4 pessoas que se afastaram por dois momentos distintos, contabiliza-se os motivos respectivamente: 23 por doença; 15 por aposentadoria; 1 por suspensão; 1 por acidente e 1 sem nenhum motivo aparente.



Entretanto, durante entrevista com trabalhadores, os mesmos relatam poucos afastamentos por motivos de saúde.

Quanto à rotatividade de trabalhadores, durante entrevista, verificou-se que a rotatividade de profissionais na instituição é motivada pela instabilidade no emprego e pela falta de ações de qualificação dos trabalhadores. Sugere-se ainda que a sobrecarga de trabalho, quadro insuficiente de trabalhadores, falta de clareza sobre o Projeto Terapêutico Institucional, sobre os instrumentos e regulamentos internos de organização do trabalho no hospital, são elementos promotores de insegurança e rotatividade de trabalhadores na instituição.

“Na parte técnica não há muitas faltas. Nem por motivo de saúde. Mas na enfermagem deve ter. Há maior contato dos internos com as lideranças da enfermagem.”

“Acho muito pouco trabalhador, pelo tanto de usuários que tem aqui. É insuficiente.”

“Precisa de mais pessoas pra trabalhar. Principalmente no setor mais agitado do hospital”



FÓRUM
MINEIRO DE
SAÚDE MENTAL



“Acho suficiente, está funcional. Mas é preciso maior eficácia. Todos têm garantido os atendimentos individuais. Mas seria bom ter mais trabalhadores. No atendimento individual se consegue atender o singular. Mas grupos? O tratamento é todo coletivizado.”

“Há alta rotatividade por aqui. Falta perfil. O estilo de serviço, e o tipo de paciente (pausa), às vezes é inseguro.”

“Até ano passado o clima era de que o hospital ia fechar. Esse clima aumentou a rotatividade de profissionais por aqui. Mas, esse ano o hospital está sendo inserido na rede. O clima melhorou um pouco.”

A única menção à formação/ capacitação, de acordo com a entrevista com a direção, dos trabalhadores é pela CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes), todavia, pode-se observar que, ainda assim, o índice de acidentes de trabalho - notificados - foi de 18 em um período de, aproximadamente, 21 meses (de fevereiro de 2017 a novembro de 2018). Não foi comentado pelos entrevistados quais as metodologias ou abordagens da formação/ capacitação. E vale mencionar o já dito mais acima, isto é, que em relatório da VISA de 09 de novembro de 2018 não foi observado pela inspeção desse órgão nem treinamento nem educação continuada ou formação para profissionais de distintos setores.

Houve relato de realização de ações esporádicas de capacitação, restrita a determinadas categorias profissionais:

- relato de realização de capacitação para a enfermagem nas áreas de Lavagem de mãos, curativos, uso de EPI, entre outros;
- relato de reuniões com alguns profissionais da equipe multiprofissional com apresentação de temas como “bipolaridade”, “depressão”, “suicídio”, por iniciativa e definição de temas por um dos médicos da instituição.

Entretanto, não foi apresentada evidência de realização dessas capacitações.

2.1 Enfermarias

A instituição se organiza em enfermarias femininas e masculinas e ambas são separadas em alas particulares e alas de leitos públicos, de atendimento ao SUS. Foram encontrados um total de 203 leitos, sendo 183 nos pavilhões de atendimento ao SUS (132 masculinos e 51 femininos) e 20 nos pavilhões de atendimento particular (7 masculinos e 13 femininos). Os leitos são, na prática, camas sem nenhuma identificação dos pacientes que as ocupam. Nem todos os usuários possuem espaço individual e privativo para guarda de objetos pessoais. A Ala masculina do SUS se divide em dois andares, cada andar com dois pavilhões que não se distinguem, pois os pavilhões não têm separação, ficando, portanto, cada enfermaria com mais de 60 pacientes. Maioria dos quartos com 8 pacientes, apresentando espaço insuficiente entre as camas, prejudicando a circulação. A Ala feminina do SUS se divide em dois andares, um pavilhão por andar. Os números relativos a pacientes internados no dia da visita são os seguintes:

Ala Masculina (SUS): 128 pacientes internados	Ala Feminina (SUS): 49 pacientes internadas
Pavilhão I: 31 pacientes internados	Pavilhão I: 38 pacientes internadas
Pavilhão II: 32 pacientes internados	Pavilhão II: 11 pacientes internadas
Pavilhão III: 25 pacientes internados	Ala Feminina Particular: 7 pacientes internadas
Pavilhão IV: 40 pacientes internados	
Ala Masculina Particular: 4 pacientes internados	
Total masculina: 132	Total feminina: 56
Total de pacientes internados SUS: 177	
Total de pacientes internados particular: 11	
Total de pacientes internados geral: 188	

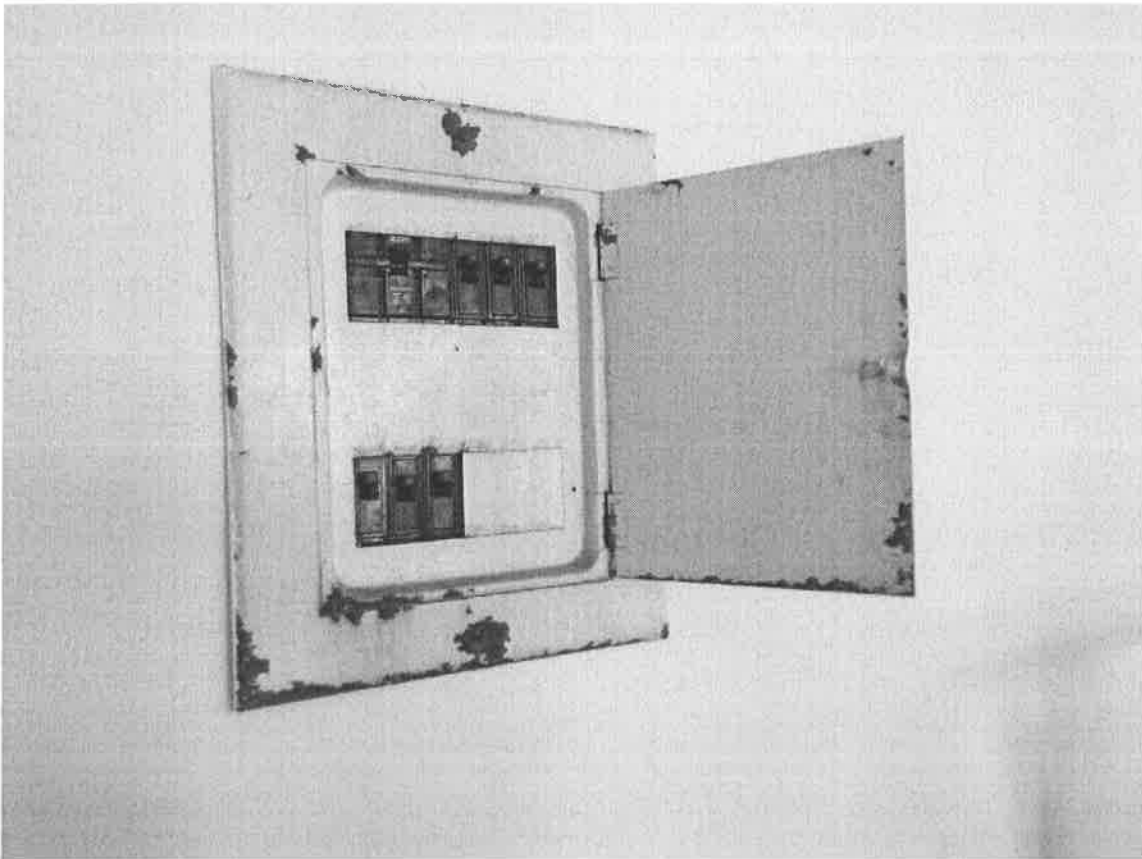
Em ambas alas (masculina e feminina), constatou-se as seguintes irregularidades/inconformidades: infiltrações nos quartos e banheiros; sanitários em precárias condições de limpeza e higiene, sendo alguns banheiros em precárias condições estruturais; inexistência de papel higiênico e copos descartáveis de fácil acesso aos pacientes. Quando necessitam usar o banheiro precisam procurar os profissionais da enfermagem para pedir estes insumos;



os chamados postos de enfermagem, em sua maioria, não passam de áreas sem qualquer utilização, ficando trancados o tempo todo; só existe posto de enfermagem mais estruturado em apenas um dos andares das alas; no andar em que não há posto de enfermagem, os pacientes permanecem isolados e trancados sem supervisão da enfermagem durante grande parte do dia e em todo o período noturno. Não há consultórios para atendimento individual em número suficiente; existência em cada ala de uma área intitulada COCI (Centro de Observação de Cuidados Intensivos), com 3 leitos e 1 maca, conectados ao Posto de Enfermagem através de porta e visor de vidro, onde, tanto no COCI Masculino quanto feminino, foram encontrados pacientes contidos, sem qualquer indicação médica ou de enfermagem; nos pavilhões particulares há acesso adequado a banheiro, enquanto nos pavilhões de atendimento ao SUS, encontrou-se um número insuficiente de banheiros para a quantidade de usuários. Tal situação se mostra ainda mais grave nos pavilhões masculinos, onde existem apenas dois banheiros coletivos disponíveis para uso de todos os homens;

Os usuários não possuem autonomia quanto ao horário e duração do banho, uma vez que grande parte dos chuveiros possuem acionamento automático e/ou através de chave acionada pelos técnicos de enfermagem. De acordo com relato dos usuários, o banho inicia-se às 5 da manhã, mas

tem horários variados por pavilhão. Nem todos os pacientes permanecem com seus itens de uso pessoal, sendo mais comum na ala particular.



O carro de emergência da ala feminina encontrava-se com as gavetas emperradas, dificultando sua abertura, falta de puxadores e internamente sujo, evidenciando vazamento de algum material líquido, enferrujando-o. Material e medicamentos com data de validade em dia.

Há área externa para circulação dos pacientes, porém todo o espaço é descoberto, inviabilizando a permanência em espaço externo durante período de chuva. Além disso, o pátio onde grande parte dos usuários da ala masculina passam várias horas do dia também dificulta o abrigo do sol, ficando os usuários por horas sentados nos degraus do pátio ou encostados nos muros ao redor deste, no lado interno, no sol, sem oferta de nenhuma atividade ou oficina; profissionais entrevistados informam a realização de oficinas e atividades, segundo escala diária, mas ocorrem de forma esporádica e muitas pessoas privadas de liberdade internadas há várias semanas nunca participaram de nenhuma oficina. Muitos dos internados desconheciam inclusive os profissionais responsáveis pelas oficinas e atividades.

Para os pacientes chamados de 'moradores', que estão no hospital há anos seguidos, é ofertado de forma descontínua, passeios assistidos pelo educador físico na área externa próxima ao hospital. Segundo relatos, eles passeiam numa praça pública, e às vezes vão à sorveteria. Não foram verificadas evoluções sobre estas atividades nos prontuários das pessoas em privação de liberdade, e diferentes pacientes relataram não somente nunca terem participado, como nunca terem visto ou terem tido alguma informação acerca da existência dessas atividades.



FÓRUM
MINEIRO DE
SAÚDE MENTAL



Foi encontrada uma adolescente internada no hospital, em ala conjunta com mulheres adultas.

2.2 - Prontuários

O prontuário é único e as anotações dos profissionais distinguem-se pela cor da caneta: preto para o médico, verde para a assistente social, enfermeira e psicólogo, azul para técnicos de enfermagem plantonista durante o dia e vermelho para técnicos de enfermagem plantonistas durante a noite.

As evoluções de todos os profissionais de nível superior são precárias, estereotipadas, sem conter qualquer informação relevante sobre os pacientes, descrições burocráticas. Não se evidencia qualquer trabalho multiprofissional.

Inexistem projetos terapêuticos individualizados.

Constatamos prescrições médicas, em vários prontuários: (1) com datas futuras; (2) similaridade muito grande de fármacos prescritos para diferentes pacientes, independente do diagnóstico; (3) dosagens altas de fármacos compatíveis com pacientes extremamente sedados e sem qualquer revisão médica.

2.3 – Recursos Humanos

Os médicos não ficam de plantão presencial: são acionados fora do hospital, quando necessário.

O hospital possui 14 técnicos de enfermagem para o dia, em esquema de plantão 12X36 e 8 técnicos de enfermagem para a noite, ou seja, 7 técnicos dia sim, dia não e 4 técnicos noite sim, noite não, para 180 pacientes.

O hospital 1 possui enfermeiro de plantão noturno e 1 diurno, totalizando 7 profissionais de enfermagem.

2.4 - Observações gerais

Existe uma movimentação enorme dentro do hospital, transferindo pacientes entre as próprias alas do SUS e também com a ala privada, não devidamente anotado nos cadernos da enfermagem ou mesmo pelo setor da farmácia do hospital.

A maior parte dos pacientes entrevistados relatam atendimento médico 1 vez por semana ou a cada 10 dias; desconhecem atendimento psicológico ou do assistente social e dizem ficar abandonados dentro das alas, sem qualquer profissional com eles.

Vários pacientes entrevistados disseram ter solicitado atendimento médico, sem sucesso. Relatam que diante da solicitação, os profissionais de enfermagem informam aos pacientes que serão atendidos, mas este atendimento demora dias ou até semanas, segundo o relato de parte dos pacientes entrevistados:



FÓRUM
MINEIRO DE
SAÚDE MENTAL



“Tem que esperar. Não adianta nada, ele não vem” (referindo-se ao psiquiatra assistente, quando solicita atendimento).

“Minha família tentou conversar com o Dr. Mauricio e ele não atendeu”.

“Ele vê a gente só quando a gente interna e quando a gente sai”.

2.5 - Espaços de atendimento urgência/emergência

Existem dois espaços para atendimento de urgência/emergência destinados a atendimento de intercorrências clínicas, um feminino e um masculino, denominados COCI (Centro de Observação e Cuidados Intensivos). O feminino possui 4 leitos e 1 banheiro, o masculino possui 5 leitos e 1 banheiro. Nos leitos dos COCI também não há qualquer identificação ou registro dos pacientes que os ocupam. Existem carros de emergência nos dois COCI, porém o que se encontrava no espaço feminino estava em condições precárias com gavetas emperradas, dificultado a utilização em situações de emergência, sujeira e manchas de algum produto que danificou materiais que ali se encontravam.

Apesar de ser identificado como local para atendimento de intercorrências clínicas, os COCI atendem a outras funções na instituição. De acordo com relato de uma técnica de enfermagem, os leitos que ali se encontram recebem pacientes que não possuem leitos nos pavilhões quando o hospital se encontra superlotado. Além disso, são usados como local de contenção de usuários, muitas vezes sem nenhuma indicação clínica para tal. Os pacientes relataram, em vários momentos das entrevistas, o uso do COCI de forma coercitiva, e temem serem encaminhados para lá.

Quando chegamos ao COCI feminino, havia duas usuárias em contenção física sem que o procedimento tenha sido indicado pelo médico em prontuário e, quando questionado às enfermeiras, percebemos que as mesmas haviam sido contidas para “facilitar” o trabalho da enfermagem, uma vez que as mesmas “agitavam” o ambiente, não “parando quietas”. No COCI masculino, no momento de nossa chegada, também foi encontrado um usuário em contenção mecânica sem que houvesse prescrição da contenção em prontuário. As contenções mecânicas não atendiam à Resolução CFM nº2057/2013 e Resolução COFEN nº427/2012.

2.6 - Farmácia

O espaço da farmácia encontra-se próximo ao refeitório e compreende duas pequenas salas e um banheiro. Seu funcionamento encerra-se às 16hrs e, após este período, os enfermeiros são responsáveis por retirar qualquer medicação necessária do local, registrando a ação em um caderno.

2.7 - Cozinha e Refeitório

O ambiente da cozinha e refeitório encontravam-se limpos e em boas condições de uso. A cozinha possui sistema de exaustão adequado e extintor nas proximidades.



FÓRUM
MINEIRO DE
SAÚDE MENTAL



Os refeitórios são divididos entre feminino e masculino, não comportando todos os usuários ao mesmo tempo. O refeitório masculino possui 109 lugares e o feminino 52 lugares. Durante a vistoria, constatou-se que nem todos os pacientes fazem as refeições no refeitório, sendo algumas marmitas levadas aos pavilhões.

Não há disponibilização de refeições gratuitas aos trabalhadores, sendo cobrado o valor de 2 reais por refeição produzida no hospital. De acordo com relatos, a maioria não faz refeições no hospital. Há refeitório disponível para os mesmos, com estrutura adequada, porém pequeno, com apenas 19 lugares.

Há espaço exclusivo e adequado para armazenamento de alimentos, porém foi encontrado um alimento vencido, proveniente de doação.

No refeitório masculino da ala SUS, não havia oferta de sabão líquido e papel toalha para higienização das mãos. Não havia oferta de copos descartáveis. Durante inspeção, os pacientes faziam a limpeza do local, após o café da manhã. No local havia um balcão Buffet Self Service térmico estragado (haste de aquecimento solta), oferecendo possível risco de acidente para os pacientes.

2.8 - Alimentação

O hospital conta com nutricionista em seu quadro, que prepara o cardápio mensal de refeições e supervisiona a execução. São preparadas 5 refeições diárias, porém sem variedade e em quantidade insuficiente, principalmente nos horários de lanche. Frutas são disponibilizadas apenas aos pacientes particulares.

Durante entrevista com as pessoas em situação de privação de liberdade verificamos que o cardápio variado durante a semana, mas não sofre alteração no planejamento de variedade para o mês. Não foi verificado relato de oferta de dieta específica para diabéticos e/ou hipertensos. A dieta é padronizada.

“Varia o cardápio toda semana. Toda segunda é almôndega. Toda sexta é sopa. Tô me segurando pra não ficar louco. Muita desigualdade por aqui.” (paciente da ala SUS)

“Depois da janta, levam uma bandejinha com frutas, biscoitos café e leite. Porquê se sentir fome a gente tem o que comer.” (paciente da ala particular).

3 - Direitos das pessoas internadas

A produção de alimentos é feita no hospital, não sendo distinta dos usuários do SUS e do modelo privado. Há restrição de acesso entre esses públicos (eles se alimentam em espaços e momentos diferentes) assim como o público LGBT. Durante as visitas, os familiares podem levar alimentos aos seus entes, todavia, o consumo desses alimentos deve ser feito imediatamente, pois não é permitido levar alimentos às alas.

Há uma nutricionista no Hospital, todavia, se trata de uma única profissional que perfaz 44h semanais para atender um público (no dia da inspeção) de 196 pessoas, isto é, levando em



FÓRUM
MINEIRO DE
SAÚDE MENTAL



consideração que deve ser observada as especificidades da alimentação das pessoas que necessitam de dieta especial. Neste aspecto, foi entregue uma lista de 8 pessoas que necessitam de dieta hipossódica (HAS) e 4 pessoas com necessidade de dieta para Diabetes (DM). O cardápio de almoço tem como alimentos permanentes arroz, feijão, salada, um tipo de carne e uma guarnição (macarronada, farofa, abobrinha refogada, mandioca ensopada e carne moída com polenta). Nas sextas-feiras o cardápio é arroz branco, feijoada, farofa e folhosos. No cardápio de jantar, pode-se observar sopa, arroz temperado com frango desfiado, macarronada com molho de salsicha, canjiquinha com frango desfiado, folhosos e arroz branco e feijão.

O café da manhã constitui-se de pão francês, leite e café. Lanche da tarde, pão francês com margarina e suco de frutas artificial e a Ceia chá com “Bolacha Maisena”.

Segundo relato na entrevista com a direção, são servidas 5 refeições ao dia no Hospital, sendo elas e seus respectivos horários: 7h: café da manhã; 10h30 às 11h: almoço; 14h30 às 15h: café da tarde; 16h30 às 17h30: jantar e de 20h30 às 21h: lanche.

O acesso à água potável, tanto por parte dos usuários quanto dos funcionários, é feita por meio de bebedouros, todavia, não pôde ser observado o dispositivo na ala SUS, mas apenas na ala de leitos particulares.

Durante a inspeção, pôde-se observar que as pessoas estavam com roupas distintas, não sendo observado uso de uniformes por parte dos usuários. Todavia, foi relatado em entrevista com a direção que há uma guarda de roupas para aquelas pessoas que não as tem, as perde ou que, quando de sua chegada, se encontra com condições precárias. Todas as pessoas, quando de sua chegada, têm suas roupas retiradas de sua pertença para que sejam lavadas e identificadas. Alguns pacientes relatam que, de forma indireta, trata-se também de uma forma de serem revistados no momento de sua chegada. Apenas após lavagem e identificação, suas roupas são devolvidas para uso. Enquanto as roupas são lavadas, há “empréstimo” de roupas pelo hospital para as pessoas. No momento da inspeção na ala SUS, foi possível observar pessoas descalças, o que se destaca comparadamente à ala particular, em que a maioria das pessoas se encontrava calçada (de sapatos fechados como tênis e chinelos em boas condições). A guarda de pertences e privacidade de uso de objetos pessoais na ala SUS se mostrou bastante frágil, tendo em vista que não existem espaços de guarda individual de pertences, mas de modo pouco resguardado, além do espaço muito pequeno entre as camas, o que evidenciou pouca ou nenhuma condição de privacidade.

As toalhas, cada paciente deve trazer de casa. A família traz para o hospital e cada toalha é identificada com um número, na rouparia. Aqueles pacientes que não têm toalhas o hospital fornece.

Alguns colchões e travesseiros da ala SUS masculina, estavam sem a capa protetora impermeável, e alguns destes em condições inadequadas de preservação e sem condições de uso pelos pacientes, ainda que estivessem sendo utilizados.

Trabalhadores informam que o hospital disponibiliza insumos como sabonete e desodorante, mas alguns dos usuários entrevistados informaram que foi disponibilizado somente na primeira semana, e que a família passou a trazer após este momento.

Quando os usuários chegam à internação, é feita a exigência de fiquem 7 (sete) dias em isolamento da família para adaptação, tanto leitos SUS quanto particular. Segundo entrevista com a direção, se trata de uma “solicitação, mas não proibição”. As visitas são realizadas nas terças e quintas-feiras, das 15h às 16h ou quintas e sextas-feiras; das 9h às 10h. Finais de semana e feriados de 13h30 às 15h. Nas segundas-feiras não é permitido visitas. As visitas são realizadas em espaço aberto, onde



FÓRUM
MINEIRO DE
SAÚDE MENTAL



são dispostas cadeiras para as pessoas se assentarem. Ao usuário internado não é permitido permanecer com seus pertences como celular ou rádios. Caso na visita o familiar queira ceder o seu próprio, é permitido. Os critérios impostos aos familiares dizem respeito a não entrarem nas alas, deste modo, esses entes só “conhecem” o espaço aberto da instituição. Destaca-se o fato de que este espaço reservado às visitas é um espaço que passou por reforma ou foi mais recentemente construído, decorado, destoando dos demais espaços reservados aos pacientes no hospital, destoando especialmente das alas reservadas aos pacientes do SUS. Alguns dos pacientes entrevistados relataram terem sido revistados pelos profissionais após a visita da família.

As pessoas privadas de liberdade podem se comunicar com seus familiares por telefone e mídia *whatsapp* por meio do telefone corporativo do Hospital. Cartas, se forem enviadas ou recebidas, passam pela abertura e leitura prévia da Assistente Social da instituição. O uso é controlado e limitado, não sendo possível que a qualquer momento a pessoa seja atendida em suas necessidades de comunicação, como pôde ser observado em entrevistas com os usuários. Quando há a permissão para contato, o mesmo é feito sob vigília de algum representante da direção da instituição. Durante entrevistas com profissionais e pacientes, verificamos que as pessoas em situação de privação de liberdade ao receberem ou efetuarem ligações telefônicas para seus familiares, permanecem ao lado dos profissionais do serviço social e da enfermagem. Não podem falar ao telefone sozinhas.

Em muitos casos os pacientes aguardam dias para conseguirem autorização para as ligações:

“Eu quero ligar, mas tem que ser assistente social, não sei o dia que ela vem”.

Foi relatado que até mesmo alimentos e cigarros são abertos para verificação, pois “já houve casos de entrada de drogas ilícitas”. Desse modo, após verificação por parte da instituição, são entregues à pessoa privada de liberdade.

No interior do hospital há uma lanchonete, a qual recebe depósitos de valores, por parte de familiares dos pacientes para que estes possam consumir alimentos e guloseimas no interior da instituição. Porém, há queixas de alguns pacientes sobre a gestão desses recursos. Alguns relatam que os valores depositados pelos familiares não condizem com os valores declarados recebidos na lanchonete. Os pacientes têm acesso restrito à lanchonete. Só podem acessá-la acompanhados de profissionais do hospital.

Sobre a falta de oferta direta de copos descartáveis e papel higiênico aos pacientes, alguns trabalhadores relataram não terem conhecimento sobre o fato. Um deles afirmou que nunca acessou os quartos e banheiros utilizados pelos pacientes da ala masculina SUS, apesar de trabalhar na instituição há três anos.

Foram elencados alguns relatos de pessoas em privação de liberdade tanto da ala SUS quanto da ala privada, para que possam ser observadas as violações de direitos dessas pessoas:

“A farmácia é muito desorganizada. Às vezes a medicação vem errada. Não foi só comigo.”

“Uma vez uma paciente da ala particular foi confundida e levada para a ala pública. Lá quiseram medicá-la com medicações diferentes do que ela estava tomando aqui.

Ao negar tomar a medicação, eles levaram ela pro COCI. Ela ficou amarrada e foi dopada. Só depois que perceberam que eles que erraram.”

“Aqui eu acordo, tomo os remédios, tomo café, fico lendo e escrevendo no diário, converso com colegas de quarto, ouço música, assisto TV. Às vezes, vamos pra academia livre da área verde. A técnica só acompanha onde quero ir. Almoço, tenho tempo livre, tomo o café. Faço artesanato duas vezes por semana com a TO. Depois o educador físico nos acompanha onde queremos ir. Depois tem janta e uma bandejinha com frutas que levo pro quarto.” (paciente da ala particular).

“Os funcionários tratam a gente bem. Nunca fui agredido aqui. Mas tem muitas brigas por aqui. No quarto tem seis ou sete camas. A porta da ala fica trancada. Sem enfermeiro. Eles, os trabalhadores ficam na ala de baixo. Se precisar a gente bate, bate e bate na porta. E ninguém sai. Aqui não é lugar pra melhorar ninguém.” (paciente da ala SUS)

“A ala, a noite, fica trancada. De vez em quando, a enfermeira passa. Me sinto insegura. Se eu passar mal tenho que esmurrar a porta pra ver se eles escutam.” (paciente da ala particular).

“Daqui (da ala particular), escuto os gritos e brigas do lado de lá (da ala pública). Lá deve ser muito ruim.”

Em relação ao período das internações e às demandas dos usuários pelo retorno à vida cotidiana, em privação de liberdade, apresentam-se alguns relatos:

“Não me foi concedido o direito de solicitar de próprio punho a minha alta”.

“Ah, não guento internar mais não, falar procê!”

“Se eu for ter alta hoje, vou ter que aguardar 15 dias pro juiz assinar? Tá louco? Estou aguardando pra mim ir embora, só isso. Mas aguardar 15 dias até ter alta? Por que eu vim por minha conta. Absurdo.”

“Olha, eu queria ir embora, por que eu sinto muito a falta lá de casa. É um juiz, né, o juiz não assinou ainda a carta do médico” (paciente de alta desde 19/11/18, inspeção realizada em 04/12/18).

“Eu quero ir pro Caps. Eu posso ir agora? Eu queria até ir embora pra passar o Natal com minha família. Se eu puder sair eu quero sair. Se eu puder sair hoje, nossa senhora!”

“Minha família me trouxe, eu pensei que eu ia pescar em Alfenas, quando vi cheguei aqui”.

4 - Projeto Técnico Institucional

De acordo com entrevista com a direção do hospital, há Projeto Técnico Institucional, todavia, o mesmo não foi entregue durante a inspeção e ficou acordado que os documentos faltantes seriam



FÓRUM
MINEIRO DE
SAÚDE MENTAL



enviados por correio e o mesmo foi feito. O Projeto Terapêutico Institucional é chamado pelo Hospital de “Projeto Terapêutico Integral Gedor Silveira” e, em sua capa já é apontado que sofreu revisão em julho de 2018, sendo esta a 19ª revisão do documento. Tal projeto é composto de 55 páginas contando suas referências bibliográficas. Em seu capítulo introdutório pode-se observar algumas contradições em relação ao observado pela inspeção e também por meio da entrevista com a diretoria do hospital, a saber:

1 - não há menção, em nenhum momento da introdução, menção à Lei 10.216/2001, que rege sobre as modalidades de internação e sobre quais serão as prerrogativas de internação psiquiátrica no país. Então, de acordo com o documento, “tendo em vista à necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania do usuário internando (sic), sua admissão hospitalar realiza-se com o devido acolhimento e respeito humano”. De acordo com o já mencionado anteriormente, não pôde ser observada a existência de Regimento Interno e de Projeto Terapêutico Individual ou Singular e, dessa forma, não é possível dizer de “direitos, cidadania, acolhimento e respeito humano” se não há menção ao fato de que as pessoas serão ouvidas e cuidadas com base em suas singularidades, necessidades e escuta qualificada diante sua queixa ou demanda de cuidado em saúde.

2 - ainda na introdução, menciona-se que “paciente menos comprometido e que não necessita hospitalização é orientado e encaminhado à atenção psiquiátrica devida, buscando-se sempre a solução mais adequada ao caso”. Tal assertiva se mostra incongruente com o observado na data de inspeção, pois durante o tempo em que a equipe esteve presente no setor de internações, observou-se sem dificuldades o aceite de todas as demandas que chegaram presencialmente, sendo negadas apenas por telefone. Desse modo, ainda que haja avaliação da não permanência no Hospital, isso não pôde ser observado durante o período de 8h às 17h30, o qual estivemos no setor de internações do hospital.

3 - é mencionado que “habitualmente a internação se concretiza com a presença de um familiar e/ou responsável”. Faz-se necessário observar o uso do advérbio “habitualmente”, tendo em vista que a justificativa utilizada para a manutenção de Internações de Longa Permanência no Hospital (10 anos de internação) é especificamente a de que “não há mais vínculo dessas pessoas extra-hospitalar”. Fica evidenciado que, quando é possível que haja vínculo “habitualmente” e não “obrigatoriamente”, aquela instituição se permite não ter o vínculo extra-hospitalar como algo obrigatório, mas podendo ser desconsiderado em algum momento. Tal afirmação pode ser observada também por meio de diálogos com a Promotora de Justiça da Comarca, que, após ações e procedimentos requerendo a desinstitucionalização dessas pessoas, recebeu como argumento de resposta a falta de vínculo extra-hospitalar como justificativa para a manutenção de pessoas por longos períodos.

4 - A menção legal utilizada pelo Projeto Terapêutico Integral Gedor da Silveira é a Portaria nº 2391/GM/2002 e não a Lei Nacional 10.216/2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Destaca-se que se trata de Lei que orienta e regula o modelo assistencial em saúde mental no Brasil desde 06 de abril de 2001, sendo seu desconhecimento ou sua não-menção algo que vale destaque, pois no documento é feita a diferenciação das três modalidades de internação no país, que foi tornada legal pela Lei 10.216/01 e não pela Portaria nº 2391/GM/2002. Dessa maneira, há um desconhecimento pelo marco legal que regula e orienta o modelo de atenção à saúde mental no país assim como suas modalidades de internação.



FÓRUM
MINEIRO DE
SAÚDE MENTAL



De acordo com entrevista com direção do hospital, são realizados atendimentos individuais por psiquiatra e psicólogos, atendimentos grupais por psicólogos, oficinas terapêuticas por terapeuta ocupacional (apenas uma) e atividades físicas com professores de Educação Física (2), todavia, dentro da carga horária exposta anteriormente e com o pequeno número de profissionais para a quantidade de pessoas internadas, não ficou evidenciada a divisão de horas para tais atividades, de modo que não foi possível observar a efetivação de tais relatos. Contudo, vários pacientes entrevistados não tinham conhecimento da realização das oficinas e atividades descritas pelos profissionais, mesmo estando há várias semanas internados. Outros relataram a participação em atividades de forma esporádica, mediante convite dos profissionais.

Em visita ao pátio interno da Ala masculina, que ocorreu por volta das 10:00h, havia vários pacientes em pé expostos ao sol, outros assentados em degraus, sem nenhuma atividade sendo ofertada neste horário, cabendo-lhes apenas acompanhar o passar dos dias.

Diversos pacientes entrevistados relataram demora de dias e/ou semanas entre os atendimentos, em especial o atendimento psiquiátrico, mesmo quando solicitado.

Os prontuários são individuais e as condutas são anotadas e atualizadas, com assinatura e carimbo dos profissionais. Todavia, foi possível observar a indicação de uso de práticas invasivas e com baixo índice científico de eficácia, como o caso da Eletroconvulsoterapia (ECT). Desse modo, embora os prontuários estejam atualizados, foi possível observar baixa qualidade técnica em seu preenchimento, tendo em vista que as justificativas técnicas para as condutas não se amparam em conhecimento atualizado. Também foram observadas condutas não prescritas no prontuário, como contenção mecânica.

Segundo entrevista com a direção da Fundação Sanatório Gedor Silveira, quando há a necessidade de encaminhamento a serviços de saúde externos ao Hospital, o clínico geral da instituição é chamado a fazer uma avaliação da condição clínica da pessoa e havendo a necessidade de atendimento extra-hospitalar, a pessoa é encaminhada à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou à Santa Casa. Feito o encaminhamento, os enfermeiros ficam na incumbência de acionarem a família da pessoa para que a mesma possa acompanhar a situação de seu ente. Desse modo, foi mencionado que o mesmo

é realizado com a RAPS quando do encaminhamento ao Hospital Psiquiátrico e também quando do retorno da pessoa ao seu território de origem, sendo o Coordenador de Internação o responsável por tal articulação. Todavia, vale destacar o já mencionado anteriormente: existem 9 pessoas que se encontram em regime domiciliar na Fundação Sanatório Gedor Silveira, sendo três delas perfazendo mais de 10 (dez) anos de institucionalização. Sendo assim, não ficou evidenciado interesse da instituição em construir vínculos com o território dos usuários, mas vínculos para a permanência desses na instituição.

Não foi observado nenhum canal seguro para onde as pessoas internas e profissionais podem fazer denúncias. Em entrevista com a direção da Fundação Sanatório Gedor Silveira, foi mencionado que as pessoas privadas de liberdade poderiam se dirigir ao corpo técnico, em especial aos “grupos operativos” realizados por psicólogos, terapeuta ocupacional, contudo, não foi observado se tal condição se dá.. Faz-se necessário destacar a cota de ansiedade observada pela equipe de inspeção das pessoas em falar, tanto dos usuários quanto trabalhadores, sugerindo pouco espaço de diálogo ou de denúncias.



FÓRUM
MINEIRO DE
SAÚDE MENTAL



Todos dos trabalhadores e pacientes entrevistados, ao serem questionados sobre conhecimento de canais para registro de denúncias, negaram ter acesso a esses meios, ou desconheciam sua existência. Apenas um dos trabalhadores relatou que as denúncias são feitas diretamente à gestão do hospital.

Não há ouvidoria ou outros canais divulgados para esta finalidade.

Várias pessoas entrevistadas relataram acordar a partir de 04:00 da manhã, tomar banho, medicação e se preparar para tomar café. Em sua rotina diária, o tempo é ocupado com os horários de medicação, banho, televisão, descanso, refeições. Alguns usuários relatam participação em oficinas, mas grande parte desconhece a oferta dessas atividades. Estas, quando são oferecidas, alcançam somente pequena parte dos pacientes internados. Destaca-se a presença dos pacientes da ala masculina no pátio ao sol por várias horas, sem nenhuma proposta de qualquer atividade, a não ser a passagem do tempo. Vários usuários entrevistados disseram participar da limpeza e outros serviços do próprio hospital para ocupar o tempo. Há uma pequena sala com livros descrita como biblioteca pelos trabalhadores. Contudo os pacientes não têm acesso a este espaço, nem há profissional identificado responsável por esta.

5 - Desinstitucionalização

Atualmente 9 (nove) pessoas moram no hospital, sendo 3 (três) delas há 11 (onze) anos. De acordo com a entrevista com a diretoria, há provocação ao Ministério Público para a saída dessas pessoas e reencaminhamento das mesmas aos seus domicílios, todavia, foi observado que este “movimento” diz respeito à interpelar apoio do Ministério Público como “força de voz” para que a desinstitucionalização aconteça, externa ao Hospital, e não como parte do Projeto Institucional da instituição.

As medidas adotadas para acompanhamento das pessoas em internação compulsória não são muito efetivas, tendo em vista que há número considerável das mesmas (54) na data da inspeção. Nesse sentido, foi observado em entrevistas com as pessoas internadas que, em muitos momentos, eles mesmos têm que pedir à direção ou “coordenação de internação” para que verifiquem a data de validade da internação compulsória e foram observadas situações em que já haviam sido vencidos os prazos de internação compulsória e, mesmo assim, o hospital manteve essas pessoas privadas de liberdade.

Não foi possível observar trabalho de “preparação para a alta”. Apenas os casos mais estáveis, principalmente os casos particulares, saem de “licença terapêutica” e, após algumas saídas, se encontram de alta. Nesses casos, o processo é construído entre pessoa internada e familiares e, embora na entrevista com a direção tenha sido dito que há contato com a Rede de Atenção à Saúde no território da pessoa, não foi possível observar tal direção de trabalho nos prontuários, tendo em vista que deveria constar menção ao vínculo construído na Rede Territorial.

Vale mencionar que um caso foi encaminhado, ao invés de para a Rede de Atenção Territorial, a pessoa foi encaminhada para outro hospital para realização de Eletroconvulsoterapia (ECT), sendo que a justificativa para tal consiste em: “a ECT foi indicada pelo médico assistente. Há evidências que a ECT é eficaz nas depressões graves, na mania e esquizofrenia além de outras situações clínicas. No entanto, nem todos os pacientes respondem igualmente bem. Alguns obtêm melhora completa, outros resposta parcial. Há os que requerem tratamentos mais prolongados e, em alguns casos, não há melhora”. Tal argumentação, evasiva e incerta, coloca a família (que assina a autorização do procedimento) em uma situação delicada, pois não é garantido o cuidado e eficácia da intervenção.



FÓRUM
MINEIRO DE
SAÚDE MENTAL



Foram indicadas 6 (seis) sessões de ECT para esta cliente. Vale destacar que a mesma tem, na data da inspeção, 19 (dezenove) anos de idade.

Pôde ser observado que não há grande preocupação da instituição em constituir “porta de saída” do hospital, uma vez que, das nove pessoas internadas em longa permanência - moradores - cinco desses são oriundos do próprio município sede do Hospital, a saber, São Sebastião do Paraíso. Desse modo, pode-se observar como existe prevalência de moradores do município no Hospital, o que pode sugerir que haja um “lugar simbólico” do hospital no imaginário social dos munícipes como um local de “depósito” ou de “entrega de indesejáveis”, do mesmo modo que o Hospital assume tal função ao permitir que 9 pessoas residam no mesmo.

6 - Incidentes no Hospital

Há Procedimento Operacional Padrão - POP - para contenção física, todavia, dentre os documentos requeridos durante a inspeção, este era um desses e só foi entregue em segundo momento via correio, deixando à equipe o entendimento de que não se trata de documento de fácil ou rápido acesso.

Os usuários relatam momentos de contenção mecânica e/ou química realizadas pelos profissionais e muitas vezes contando com a força física dos demais usuários para intervir nas situações de conflito, e mesmo nas situações de agitação psicomotora, conforme os relatos destes pacientes:

“Brigou tem que acalmar a pessoa, acalmar só na injeção.”

“O rapazinho começou a xingar todo mundo aí teve que dar injeção, não dá sossego pra ninguém”.

“Durante a madrugada fui sumariamente conduzido ao COCI por estar ‘exaltado’. Não fizeram nenhuma medicação, fui simplesmente largado lá pra parar de dar trabalho”.

“Por agressividade, às vezes amarra os outros”.

“Eu já briguei. A equipe veio separar e me deu injeção”.

“Chama os outros para ajudar a levar os pacientes que tá brigando pro COCI. Geralmente eles aplicam uma injeção na pessoa e ela fica meio abobada, assim, até esquece o que fez”.

“Eles deram uns nós em mim e depois soltou no mesmo dia. Eu acho que isso não devia acontecer não, viu?”

7 - Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Os projetos terapêuticos observados se resumem a registros mínimos das condutas, não diferindo das evoluções dos profissionais, também breves e despersonalizadas. Os projetos observados não dizem respeito à singularidade da proposta terapêutica para o paciente - muito menos é feito com o paciente. Não consideram aspectos da singularidade de cada usuário e não se constituem em um projeto. Durante a leitura observou-se em muitos prontuários que não havia objetivos do



FÓRUM
MINEIRO DE
SAÚDE MENTAL



tratamento proposto ou quaisquer razões pelas quais seria necessário que o usuário estivesse internado e não pudesse ser cuidado em meio aberto. Os prontuários e as entrevistas realizadas demonstram que os pacientes passam horas, dias, semanas, meses em uma rotina padronizada, sem perspectiva, com pouco retorno quanto a solicitações de conversar com o médico que os internou, eventualmente sendo atendidos por psicólogo ou assistente social, com dificuldades para ter acesso ao telefone, com pouca ou nenhuma participação em oficinas e outras atividades, sem acesso a estudo, biblioteca, outras ações de formação, restando apenas ver o tempo passar por dias a fio ou participando como mão-de-obra não oficializada (mas com a qual o hospital conta, tanto na limpeza quanto no manejo com demais pacientes) para se ocuparem e sem efetiva alta. Homens e mulheres que poderiam estar cuidando da vida fora do ambiente hospitalar, confinados nas alas e pátios do hospital, sem que isso responda às suas necessidades de saúde de forma singularizada, e sem que possam exercer o direito de ir e vir.

Não há oferta de ações educacionais e atividades escolares para os pacientes, nem oferta de atividades ou apoio para o desenvolvimento profissional e/ou retorno ao mercado de trabalho.

Não há oferta de preservativos, e a questão da sexualidade permanece como tabu entre os trabalhadores. Durante entrevista, alguns trabalhadores demonstraram surpresa quando perguntados sobre a oferta de preservativos. Todos entrevistados afirmaram saber que na instituição “isso acontece”. “Temos suspeitas de que eles mantêm relações sexuais”, disse-nos um dos trabalhadores. O assunto parece ser velado e invisibilizado. Houve relato de um trabalhador que foi demitido por justa causa, após descoberta de que o mesmo mantinha relações sexuais com uma paciente.

Não houve relatos de pacientes com doenças infectocontagiosas, internados no dia da inspeção. Segundo trabalhadores da instituição, quando verificado algum paciente com quadro infectocontagioso, é feita articulação com a rede de saúde do município.

As pessoas privadas de liberdade usam roupas próprias após sua chegada e após suas roupas serem levadas para a lavanderia, lavadas e escrito seus nomes nelas. Enquanto as roupas pessoais não retornam da lavanderia, o hospital “empresta” roupas para que as pessoas possam permanecer vestidas. Por meio do arquivo de fotos (em outro documento), pode ser observado a possibilidade de guarda de pertences, mas de modo rudimentar, sem reserva ou trancas e vale destacar que isso relacionado às alas SUS, pois nas alas particulares pôde ser observada a existência de escaninhos com cadeados. Os espaços de guarda na ala SUS se baseiam em espaços de alvenaria abertos e pequenos “criados mudos” ao lado das camas.

Durante entrevista com a direção do hospital, foi observado que há conhecimento e reconhecimento de que relações sexuais acontecem no hospital, todavia, não ficou evidente que há cuidados para que as relações sexuais aconteçam de modo seguro ou cuidada pelo hospital. No que tange à identidade de gênero, a direção do hospital afirma que há uma separação do grupo que se identifica com orientação homossexual e que os horários de almoço e janta são organizados em momentos distintos do restante do grupo com identidade heterossexual para que “não haja mobilização demasiada” do grupo. Nesse sentido, pode-se observar que não política de cuidado à diversidade sexual, mas negligência e cisão - enquanto espaços coletivos -, pois não é sabido pela direção o que ocorre nos momentos que não são coletivos.



FÓRUM
MINEIRO DE
SAÚDE MENTAL



Há idosos em privação de liberdade no hospital. Não foi verificado nenhum tratamento diferenciado para os mesmos. Não há registro em prontuário sobre dieta específica para os idosos e idosas, nem para diabéticos e hipertensos. Há espaços dentro e fora das alas com barreiras arquitetônicas, como rampas sem corrimão, inexistência de adaptações nos banheiros como a inclusão de barras de apoio para minimizar o risco de quedas, prejudicando tantos os idosos quanto os grupos com mobilidade reduzida.

Além disso há pacientes que fazem uso de medicações para doenças crônicas, agravadas com a idade avançada. Alguns destes relatam não terem acompanhamento para estas doenças.

Não pôde ser observado em nenhuma ficha ou prontuário a menção à raça/cor/etnia como quesito de preenchimento obrigatório. Todavia, durante a inspeção se mostrou em destaque a diferença étnica entre os ocupantes dos leitos SUS e dos leitos privados, destacando-se que nos leitos SUS observa-se predomínio da população preta e parda e nos leitos privados predomínio de pessoas brancas e amarelas. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de tal levantamento tendo em vista, além da Portaria GM/MS nº 344, de 1 de fevereiro de 2017, também a Resolução CFP 018/2002 que versa sobre a atuação da Psicologia diante o racismo no país, entendendo que diante do número de pessoas negras e pardas internadas e da atuação profissional da Psicologia e de a Resolução existir há 17 (dezesete) anos, seria de fundamental importância que tal quesito fosse levado em consideração assim como estudado em aspectos de saúde como prevalência e incidência da privação de liberdade como método de “tratamento” da população negra e parda nos leitos SUS.

8 - Exploração do Trabalho

Durante observação em visita na ala masculina SUS, e dados coletados nas entrevistas, verificou-se que a utilização da mão-de-obra das pessoas em situação de privação de liberdade na instituição é algo recorrente, sendo que não há controle de horas trabalhadas, de atividades exercidas ou a relação com o PTS dos pacientes. O trabalho é considerado por trabalhadores e pacientes como “ajuda”.

Este trabalho consensual é justificado pela ociosidade dos pacientes, pela falta de trabalhadores e como moeda de troca. Destaca-se o fato de que, apesar de ser um trabalho informal, a força de trabalho dos pacientes atende ao hospital, de maneira informal, em relação à necessidade de mais trabalhadores.

“A gente ajuda a limpar o hospital. Quem ajuda é pra ganhar cigarro. Tem gente que não tem as coisas. Às vezes os enfermeiros dão as coisas. Mas, ajudar é bom, porquê ajuda a passar o tempo. A gente fica aqui vendo o tempo passar.”

“Tá vendo esse banheiro? Fui eu que ajudei a fazer. Sou bom pedreiro.”

“Eles ajudam sim. Nas obras, na horta, na limpeza.”

“Quando tem paciente agitado, em crise, e precisa conter, a gente pede pros pacientes que estão próximos pra ajudar a segurar. Somos poucos na enfermagem. A gente tem que dar conta com o que temos por aqui.”



FÓRUM
MINEIRO DE
SAÚDE MENTAL



“Eu ajudo. Se um cara surtar eu tenho que ‘garrar’, né, só tem mulher, não pode agredir ‘as mulher’, eu ajudo”.

“Eu ajudo a vigiar o pátio pra não pular o muro”.

“Alguns ajudam por que quer, ganha um saquinho de fumo”.

“Eu ajudo pra passar mais rápido pra ver se consigo ir embora mais rápido”.

“Levanto seis pra tomar o remédio, sete e trinta vou para o café, depois ajudo a limpar o hospital pra passar as horas mais rápido pra ocupar a cabeça, varrer, passar o pano, ajudo na cantina depois do almoço e janta, limpo as mesas, limpo as cadeiras, ajudo a passar pano se precisar. Elas me dão como paga fumo de rolo.”

9 - Fiscalização por órgãos externos

Há informações de que o Conselho Regional de Serviço Social (CRESS 6ª Região), esteve no local para fiscalização do exercício profissional de trabalhadores do Serviço Social e verificação das condições éticas, técnicas e objetivas de trabalho. Desta fiscalização, houve recomendação de que a sala de atendimento socioassistencial fosse realizada em local adequado com garantia de privacidade para as pessoas assistidas e sigilo profissional aos trabalhadores; visto que a sala de atendimento era conjugada com um cômodo, utilizado como copa, de livre acesso dos trabalhadores do local.

Também pôde ser observado considerável número de inadequações no relatório de inspeção da Vigilância Sanitária (VISA) Municipal de São Sebastião do Paraíso, que pôde ser elencado em item mais acima deste relatório. Vale destacar que, além do relatório ter sido elaborado no dia 09 de novembro de 2018, cerca de um mês antes da inspeção que compõem este relatório, não pôde-se observar mudanças nas sugestões e inadequações encontradas, como paredes descascadas e más condições de acolhimento e cuidado no interior do Hospital.

Do mesmo modo, outras inspeções são realizadas, como de empresas privadas e planos de saúde que contratam os serviços do hospital.

10 - Recomendações

Diante de todo o exposto no relatório e por meio das fotos que compõem o relatório, recomenda-se que o Hospital seja fechado de maneira progressiva, como imediato início da retirada das pessoas em privação de liberdade, em especial da ALA SUS, e seus respectivos encaminhamentos aos municípios de origem assim como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) quando da impossibilidade de vínculo familiar.

Destaca-se a importância de que, para tal ação, a Coordenação Estadual de Saúde Mental, os Conselhos de Classe Profissionais como CRESS-MG, CRP-MG, CRM-MG, CRF-MG, CREFITO-MG, CRN-MG e demais órgãos como Ministério Público Estadual (MPE) e Ministério Público Federal (MPF) sejam acionados para que tal retirada seja feita de modo cuidadoso com as pessoas em privação de liberdade assim como com as famílias que receberão seus entes. Do mesmo modo, para aquelas pessoas que residem em outros estados.



FÓRUM
MINEIRO DE
SAÚDE MENTAL



11 – Assinam este:

1 – Mateus Biondi – Ministério Público Federal do Trabalho (MPT)



2 – Manuella de Oliveira – Ministério Público do Estado de Minas Gerais (MPMG)



3 – Miriam Nadim Abou-Yd – Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM)



4 – Viviane Maciel - Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM)



5 – Filipe de Mello Lopes – Conselho Regional de Psicologia de MG (CRP-MG)



6 – Daniene Santos – Instituto Direitos Humanos (IDH)



7 – Janaína Dornas – Instituto Direitos Humanos (IDH)



8 – Andreza Almeida – Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica do Conselho Estadual de Saúde (CERP – CES).