

DOCUMENTO 5

INSPEÇÃO NACIONAL EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS:

Principais legislações e normativas destinadas à
garantia dos direitos das pessoas internadas em
Hospitais psiquiátricos

2018

Sumário

Apresentação	3
1. Histórico	4
2. Legislações e normativas nacionais e internacionais	6
<u>2.1. Tratados internacionais e legislações nacionais</u>	7
Declaração de Caracas (OMS - 1990)	7
Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (1990)	8
Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental (ONU, 1991)	9
Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001 – Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2001)	10
Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2008)	12
Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – LBI (2015)	14
<u>2.2. Portarias e resoluções afetas às pessoas com transtornos mentais internadas em hospitais psiquiátricos</u>	16
Portaria GM/MS nº 251, de 31 de janeiro de 2002	16
Portaria GM/MS nº 52, de 20 de janeiro de 2004	18
Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011	19
Portaria GM/MS nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014	21
Resolução RDC/ANVISA nº 50 de 21 de fevereiro de 2002	22
Resolução COFEN nº 427/2012	23
Resolução CFM nº 2.057/2013	24
3. Considerações finais	26
O uso da contenção mecânica pelas instituições psiquiátricas visitadas	26
A abolição de espaços restritivos de Isolamento	28
Anexos	29
ANEXO I– Roteiro de avaliação da ANVISA disponibilizado na edição do PNASH/Psiquiatria 2012-2014	
ANEXO II - Protocolo Assistencial em Suporte Básico de Vida do SAMU: Contenção Física	

Apresentação

No bojo da Inspeção Nacional em Hospitais Psiquiátricos – organizada pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), pelo Ministério Público do Trabalho (MPT) e pelo Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) – foi elaborado este documento cuja proposta é elencar algumas das principais legislações e normativas no campo da saúde mental destinadas à garantia dos direitos das pessoas internadas em Hospitais Psiquiátricos.

Esse arcabouço legal fundamenta suas diretrizes nas seguintes premissas:

- O tratamento em saúde mental deve se dar preferencialmente em serviços abertos e comunitários, em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e baseado exclusivamente no interesse de beneficiar a saúde do usuário, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- A internação psiquiátrica deve se configurar como medida excepcional, tendo por finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio;
- A internação psiquiátrica de uma pessoa só pode ser realizada por um profissional da medicina, mediante a avaliação do quadro clínico que justifique tal medida circunstancial.
- Ninguém deve ser privado de sua liberdade, sob o manto do tratamento e/ou do cuidado.
- Tanto as pessoas em sofrimento psíquico e/ou com transtorno mental quanto àquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas estão amparadas pelas mesmas legislações de proteção social e garantia de direitos de cidadania, no âmbito da atenção psicossocial.

Para efeitos da análise a ser desenvolvida a partir da inspeção realizada nessas instituições, é preciso ter claro o entendimento de que esta população está *privada de liberdade* – principalmente quando estão internadas de maneira involuntária ou compulsória, ou, ainda, quando internadas em situação de longa permanência (por período superior a 1 (um) ano, de forma ininterrupta).

Tal entendimento está amparado no Artigo 3º, inciso II da Lei nº 12.847/2013, que instituiu o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (SNPCT) e definiu como pessoas privadas de liberdade:

aquelas obrigadas, por mandado ou ordem de autoridade judicial, ou administrativa ou policial, a permanecerem em determinados locais públicos ou privados, dos quais não possam sair de modo independente de sua vontade, abrangendo locais de internação de longa permanência, centros de detenção, estabelecimentos penais, hospitais psiquiátricos, casas de custódia, instituições socioeducativas para adolescentes em conflito com a lei e centros de detenção disciplinar em âmbito militar, bem como nas instalações mantidas pelos órgãos elencados no art. 61 da Lei nº 7210, de 11 de julho de 1984.

1. Histórico

Antes de detalharmos as legislações e normativas que versam sobre o tema, é importante um breve resgate histórico acerca da mudança de paradigma da atenção em saúde mental no Brasil. Esse olhar nos permitirá compreender os estigmas e o processo de apartação social ao qual foi – e continua sendo – submetida essa população.

A lógica de exclusão em instituições psiquiátricas de pessoas consideradas doentes mentais se pavimentou no Brasil, de maneira intensa, na primeira metade do século XIX, com a construção, em 1841, do primeiro hospital psiquiátrico na cidade do Rio de Janeiro – o Hospital Psiquiátrico D. Pedro II. A história nos revela que, por aproximadamente 200 anos, a política de saúde mental no País esteve centrada na lógica da segregação de pessoas em hospitais psiquiátricos.

Tendo como base a perspectiva da eugenia – representada fielmente pela Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), criada em 1924 – a política de internação em massa possibilitou que os hospitais psiquiátricos no Brasil se distanciassem completamente de qualquer proposta de tratamento ou cuidado, transformando-se em instrumento de segregação de pessoas consideradas socialmente indesejáveis – tais como bêbados, mulheres infieis, homossexuais e pessoas em situação de pobreza.

A segregação em hospitais psiquiátricos dos considerados “indesejáveis” constituiu verdadeira política de higienização social, na qual a psicologia, mas, principalmente, a psiquiatria foram os saberes utilizados para legitimar um projeto de sociedade onde a exclusão estava diretamente associada à manutenção da ordem moral e do desenvolvimento econômico da elite brasileira, principalmente no século XX.

Para que se tenha uma dimensão do problema, entre os anos de 1970 e 1980, o Brasil chegou a ter mais de 100 mil leitos em hospitais psiquiátricos. Trata-se de uma época marcada pela luta pela redemocratização do país, cujo contexto perpassava também uma série de denúncias sobre violação de direitos humanos em instituições psiquiátricas e a mobilização social pela ampliação de direitos no âmbito da saúde pública (reforma sanitária) e da saúde mental (reforma psiquiátrica).

No final da década de 1980, durante o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental em 1987, nasce o movimento da luta antimanicomial, constituído por trabalhadores, usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares, e apoiado por militantes do movimento pela reforma sanitária no país.

Com o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, esse movimento impulsionou um novo olhar sobre a loucura, problematizando o lugar social do manicômio, o que extrapola os limites da sua estrutura física e organização institucional, trazendo à tona questionamentos sobre os saberes que legitimam sua existência e suas práticas, bem como a cultura de isolamento e segregação das pessoas com transtorno mental.

Compreende-se que o sofrimento psíquico e o adoecimento em saúde mental são dimensões produzidas no contexto da vida social e, que, portanto, o cuidado deva ser orientado para promover uma cultura de maior tolerância às diferenças, de modo a favorecer

sociedades mais inclusivas e plurais e que respeitem a diversidade. Em outras palavras, produzir saúde mental implica em “alargar” as possibilidades de existência humana, favorecendo a experiência de pertencimento ou de “fazer parte” da vida social e comunitária, fomentando a ampliação de espaços de troca, de convivência e de participação social, garantindo o direito à liberdade, o respeito às singularidades e o exercício da cidadania.

Se à época de pleno funcionamento dos hospitais psiquiátricos não existia qualquer outro dispositivo da saúde pública voltado às pessoas com transtornos mentais que não operasse pela lógica da segregação e da internação em massa, atualmente essa população conta com um conjunto de políticas públicas e diretrizes legais que asseguram a proteção de seus direitos e a reorientação do modelo assistencial.

Os vários dispositivos criados para substituição da lógica hospitalocêntrica ao longo dos últimos 30 anos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) compõem, atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS se constitui como uma das 5 (cinco) redes temáticas de atenção à saúde estratégicas para a organização do SUS, sendo a atenção psicossocial considerada uma das dimensões essenciais para a garantia do cuidado integral em cada região de saúde¹.

As diretrizes e os componentes da RAPS, instituídos em 2011, foram estruturados com a finalidade favorecer a articulação, a diversificação e ampliação de ações e serviços destinados às pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais, incluindo àquelas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Para o alcance do cuidado integral na perspectiva de produção de saúde como exercício de cidadania, preconizou-se o cuidado em liberdade, a intersetorialidade e a oferta de serviços de saúde em diferentes dimensões, abrangendo: a atenção básica, os CAPS, serviços de urgência e emergência, serviços de acolhimento transitório para pessoas em situação de vulnerabilidade em uso de álcool e outras drogas, leitos em hospital geral, residências terapêuticas e estratégias de reabilitação psicossocial.

Essa mudança no modo de encarar o cuidado às pessoas com transtorno mental também se revela nas políticas públicas. No ano de 1998, por exemplo, o Brasil contava com apenas 148² Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Atualmente, há aproximadamente 2.549³ unidades, nas suas diferentes modalidades. Para além dos CAPS, serviços estratégicos da atenção psicossocial, a RAPS conta com 1.328 leitos de saúde mental em hospitais gerais, 60 Unidades de Acolhimento e 583 Residências Terapêuticas habilitadas junto ao Ministério da

¹ vide Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 19 nov 2018.

² Informações obtidas a partir do relatório de gestão do Ministério da Saúde, intitulado “Saúde Mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e Rede de Atenção Psicossocial”. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>. Acesso em: 26 set 2017.

³ Informações obtidas a partir do Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf>. Acesso em: 20 nov 2018.

Saúde³.

No final de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, vedou qualquer ampliação da capacidade instalada de leitos em hospitais psiquiátricos⁴, que, atualmente, representa cerca de 19 mil leitos. Neste contexto, ainda que tal medida reafirme o modelo de base comunitária, indicando reestruturação dos serviços, e aponte para a estagnação e progressivo fechamento desses estabelecimentos, a CIT redefiniu os componentes da RAPS, considerando o hospital psiquiátrico como ponto da rede. No início deste ano, o Ministério da Saúde aportou novos recursos financeiros destinados à manutenção dos hospitais psiquiátricos, e mais recentemente destinou recursos para o financiamento de vagas em Comunidades Terapêuticas, em convênios celebrados com o Ministério da Justiça.

No que se refere aos recursos públicos investidos no redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, os dados publicizados pelo Ministério da Saúde⁵ indicavam que no ano de 2002, 75,24% dos recursos federais destinados ao cuidado em saúde mental eram aplicados em serviços hospitalares, enquanto somente 24,76% eram investidos na rede de atenção comunitária. Já em 2013, o montante de recursos federais investidos na rede de serviços de base territorial e comunitária saltou para 79,39%, enquanto os recursos destinados à atenção em serviços hospitalares corresponderam a 20,61%.

As medidas adotadas recentemente pelo governo federal sugerem um desequilíbrio no redirecionamento dos recursos públicos federais destinados à saúde mental até então em curso. Isto porque a reorientação do modelo de cuidado deve se refletir também no reordenamento financeiro a fim de assegurar condições para a sustentabilidade da rede de serviços nos territórios.

A substituição do modelo de atenção, pautada na reestruturação da rede assistencial de base territorial e comunitária, mantém-se em curso e se coloca como um desafio cotidiano para aqueles que atuam no campo da saúde mental. A transformação do modo de cuidado se expressa no dia a dia das relações, no cerne dos serviços, mas não só, visto implicar na mudança da cultura manicomial, na necessidade de implantação de novos serviços e de assegurar condições adequadas de funcionamento para os existentes, na invenção de novas estratégias alinhadas com a premissa do cuidado em liberdade. Não obstante, os desafios postos envolvem um campo intenso de disputas políticas, marcado por interesses corporativos, técnicos e, sobretudo, econômicos.

2. Legislações e normativas nacionais e internacionais

O Brasil conta com um arranjo normativo e legislativo orientado para ampliação e garantia de direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental, incluindo aquelas

⁴ Vide Resolução CIT nº 32, de 14 de dezembro de 2017 e Portaria GM/MS nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017.

⁵ Informativo “Saúde Mental em Dados 12”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2015. Disponível em: http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em: 29 jun 2017.

com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e que, por conseguinte, rompe com a lógica de segregação.

Como já mencionado, a proposta deste documento é elencar algumas das principais referências legislativas e normativas que versam sobre o campo da saúde mental. Para isso, esse tópico será dividido em dois eixos, sendo eles:

- Os tratados internacionais e legislações nacionais, destacando alguns pontos importantes de cada referência tratada;
- As principais normativas que regulamentam o funcionamento das instituições afetas à população internada em Hospitais Psiquiátricos, a exemplo de portarias, resoluções e decretos.

2.1. *Tratados internacionais e legislações nacionais*

Declaração de Caracas (OMS - 1990)⁶

Um dos primeiros e principais tratados internacionais que versam sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais no mundo é a Declaração de Caracas, incorporada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990. O documento faz uma análise crítica acerca do modelo de atenção a partir do isolamento e marca o compromisso com a reformas da saúde mental nas Américas. Logo em sua introdução, a Declaração de Caracas afirma que:

1. *A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva;*
2. *O hospital psiquiátrico como uma única modalidade assistencial dificulta a consecução dos objetivos acima mencionados por:*
 - *Provocar o isolamento do paciente de seu meio, gerando dessa maneira maior incapacidade para o convívio social;*
 - *Criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente;*
 - *Absorver a maior parte dos recursos financeiros e humanos destinados pelos países aos serviços de saúde mental;*
 - *Fomentar um ensino insuficientemente vinculado às necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.*

Tal documento apresentou como norte a reestruturação da assistência psiquiátrica nas Américas, com a revisão crítica do papel do hospital psiquiátrico – tendo como pano de fundo a crítica ao *modus operandi* do tratamento ofertado na lógica da exclusão –, e a reorientação do cuidado pautada na descentralização do cuidado, a ser desenvolvido em meio comunitário, vinculado à atenção primária, e de caráter participativo e preventivo.

⁶ Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em: 20 nov 2018.

Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (1990)⁷

No âmbito da defesa de direitos das crianças e adolescentes é essencial observarmos o que é estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que por intermédio dos artigos 3º, 4º e 7º, §1º, assegura à crianças e adolescentes a prioridade absoluta de atendimento em saúde, incluído aí, o tratamento em saúde mental, álcool e outras drogas, de modo a garanti-lo entre os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana.

Destaca-se os princípios da Proteção Integral como nortes orientadores de todo ordenamento jurídico voltado à proteção das crianças e adolescentes, aqui reconhecidas “como pessoas em processo de desenvolvimento e como sujeito de direitos civis, humanos e sociais”. Resguarda-se, dentre outros, o direito ao respeito, à dignidade, à liberdade, à opinião e expressão, a brincar, praticar esportes e divertir-se e à participação da vida política, familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral.

Conforme estabelecido no artigo 17, “o direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais”.

Consideramos fundamental que a percepção das equipes de visita aos hospitais psiquiátricos, nas situações que envolvam a internação de crianças e adolescentes, atente-se para as medidas que assegurem tais direitos, bem como para toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, eventualmente verificadas.

As medidas de proteção previstas no texto constitucional foram regulamentadas pelo ECA, nos capítulos I e II das Medidas de Proteção, e aplicáveis nas hipóteses de ameaça ou violação dos direitos assegurados em lei, seja por omissão da sociedade ou do estado; falta, omissão ou abuso da família; e em razão da conduta da própria criança ou adolescente. Dentre as medidas previstas inclui-se a solicitação de “tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial” (artigo 101, inciso V).

O artigo 227 da Constituição Federal de 1988 dispõe sobre medidas de proteção especial, assegurando, dentre outros, os seguintes direitos:

V - obediência aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, quando da aplicação de qualquer medida privativa da liberdade;

VII - programas de prevenção e atendimento especializado à criança, ao adolescente e ao jovem dependente de entorpecentes e drogas afins.

Nesse sentido, os princípios da brevidade e excepcionalidade são ratificados como dimensões estratégicas para a adequação do cuidado nas situações de internação psiquiátrica, conforme estabelecido pela Lei nº 10.216/2001, devendo o tratamento ser orientado para garantir a convivência familiar e comunitária, o que, na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas deve ser operacionalizado por meio da Rede de

⁷ Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, alterada por legislações ulteriores. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acesso em: 20 nov 2018.

Atenção Psicossocial (RAPS).

Embora não explicitado pelo aparato legal vigente, preconiza-se que as crianças e adolescentes sejam tratados em ambiente hospitalar distinto e separado daquele destinado aos adultos. Em manifestação sobre o assunto, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) emitiu parecer⁸ com tal orientação à Consulta nº 6.769/2010, que versava sobre a internação de crianças e adolescentes em hospital psiquiátrico:

É vedada a permanência de crianças e adolescentes em leitos hospitalares psiquiátricos situados na mesma área de abrigamento (quarto, enfermaria ou ala) de adultos, e mesmo a convivência em atividades recreativas ou terapêuticas em ambientes comuns. Porém, quando forem indicadas pelo médico, e devidamente registradas em laudos, como providências úteis ao tratamento em si, sob o ponto de vista do estrito interesse da saúde do paciente (criança e do adolescente), e desde que haja a prévia autorização de quem de direito (do responsável, na internação voluntária ou involuntária, ou do Juiz de Direito, na internação compulsória), poderá haver exceções a essa regra.

Cabe-nos, ainda, no contexto das visitas de inspeção, verificar as condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável durante o período de internação, bem como a comunicação ao Conselho Tutelar pelo hospital, obrigatória nos casos de suspeição ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente, conforme previsto nos artigos 12 e 13 do ECA.

Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental (ONU – 1991)⁹

Outro importante instrumento normativo internacional que estabelece diretrizes e recomendações que tratam dos direitos das pessoas com transtornos mentais, os *Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental* foram aprovados pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1991.

Este documento afirmou a garantia do exercício de *todos* os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais às pessoas com transtorno mental, e enfatizou que a atenção em saúde mental deve se dar no ambiente menos restritivo possível, com o tratamento direcionado no sentido de preservar e aumentar a autonomia pessoal do usuário, sendo-lhe garantido o direito a ser tratado, tanto quanto possível, na comunidade onde vive.

⁸ Disponível em:

<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=10208&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%C3%A3o%20Paulo&numero=6769&situacao=&data=16-08-2011>. Acesso em 26 nov 2018.

⁹ Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/principios_protecao_pessoas_transtorno_mental_onu. Acesso em: 20 nov 2018.

Nesse sentido, destaca-se especialmente o Princípio 9, cujo título é Tratamento:

1. Todo usuário terá direito a ser tratado no ambiente menos restritivo possível, como tratamento menos restritivo ou invasivo, apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física dos outros. O tratamento e os cuidados a cada usuário serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com ele, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado. A assistência à saúde mental será sempre oferecida de acordo com os padrões éticos aplicáveis aos profissionais de saúde mental, inclusive padrões internacionalmente aceitos, como os Princípios de Ética Médica adotados pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Jamais se cometerão abusos com os conhecimentos e práticas de saúde mental.

No que se refere à aplicação de medidas restritivas e sem o consentimento da pessoa com transtorno mental este documento prevê e justifica-as como meio de assegurar os cuidados de saúde, que, nessa perspectiva, devem ser apropriados às necessidades de saúde do usuário e ao compromisso de proteger a segurança física de outros.

De acordo com o Princípio 11, que versa sobre o Consentimento para o Tratamento:

Não deverá se empregar a restrição física ou o isolamento involuntário de um usuário, exceto de acordo com os procedimentos oficialmente aprovados, adotados pelo estabelecimento de saúde mental, e apenas quando for o único meio disponível de prevenir danos imediato ou iminente ao usuário e a outros. Mesmo assim, não deverá se prolongar além do período estritamente necessário a esse propósito. Todos os casos de restrição física ou isolamento involuntário, suas razões, sua natureza e extensão, deverão ser registrados no prontuário médico do usuário. O usuário que estiver restringido ou isolado deverá ser mantido em condições humanas e estar sob cuidados e supervisão imediata e regular dos membros qualificados da equipe. Em qualquer caso de restrição física ou isolamento involuntário relevante, o representante pessoal do usuário deverá ser prontamente notificado.

Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001 – Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2001)¹⁰

A primeira legislação nacional que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e a reorientação do modelo assistencial em saúde mental é a Lei nº 10.216/2001, mais conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O projeto de lei foi apresentado no Congresso Nacional no ano de 1989, mas somente onze anos depois foi promulgado pelo parlamento brasileiro. Tal legislação configura-se como um divisor de águas, incidindo no deslocamento da lógica manicomial para a lógica de atenção comunitária.

Nesse sentido, a leitura e a compreensão da referida lei é de extrema importância, pois são suas diretrizes que garantem um olhar mais crítico e apurado sobre possíveis violações de direitos humanos em instituições e/ou serviços que ofertem tratamento às pessoas em sofrimento e/ou com transtornos mentais, incluindo àquelas com necessidades

¹⁰ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 29 jun 2017.

de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

O texto da Lei estabeleceu que o atendimento em saúde mental deve se dar em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar a saúde do usuário, “visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”. Dessa forma, configurou-se como responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde comprometidas com direito do usuário ao “acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo as suas necessidades”.

Em relação à internação psiquiátrica, a Lei instituiu como condição para a sua indicação, a insuficiência dos recursos extra-hospitalares de atenção em saúde mental, e “como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”. Estabeleceu, ainda, que o tratamento em regime de internação deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral ao usuário.

A Lei nº 10.216/2001 define três modalidades de internação: voluntária, involuntária e compulsória, e determina que o médico, devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM), é o único profissional autorizado a solicitar a internação psiquiátrica voluntária ou involuntária.

Ainda no que se refere à internação involuntária, tal legislação é imperativa ao estabelecer que:

Artigo 8º, § 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.

Nesse sentido, no momento da inspeção é de fundamental importância verificar se a instituição inspecionada comunica as internações involuntárias ao Ministério Público Estadual, no prazo de 72 horas e, em caso positivo, de que forma o faz.

Como destaque, há de se fazer uma problematização nas modalidades de internação previstas na legislação, em especial, as internações compulsórias. A diferença básica entre a internação involuntária e a internação compulsória é que a involuntária é solicitada pelo profissional médico, enquanto que a internação compulsória é determinada pela autoridade judiciária.

Em que pese a Lei nº 10.216/2001 elenque a internação compulsória como uma modalidade, não é essa a legislação que autoriza o judiciário a aplicá-la. Em seu art. 9º, a referida lei estabelece:

Artigo 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.

Nesse sentido, a Lei nº 10.216/2001 coloca como imperativo que a internação compulsória poderá ser realizada de acordo com a legislação vigente, que no arcabouço

jurídico brasileiro corresponde ao Código Penal¹¹, regulamentado pela Lei nº 7.209 de 11 de julho de 1984.

Segundo o Código Penal, em seu artigo nº 26, a pessoa poderá ter sua pena substituída por uma medida de segurança (entendida como medida terapêutica) quando:

É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Ou, ainda, segundo o artigo nº 28, em seu parágrafo 2º, nas seguintes hipóteses:

É isento de pena o agente que, por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

O artigo nº 96 do Código Penal define a medida de segurança, assim como sua aplicação, da seguinte maneira:

*I - internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;
II - sujeição à tratamento ambulatorial.*

Nesse sentido, a previsão legal circunscreve a internação compulsória às situações nas quais a pessoa tenha cometido algum crime e, respeitado o devido rito processual, seja considerada inimputável. Vale destacar, ainda, que mesmo a internação de inimputáveis a partir do Código Penal, é objeto de conflito com as legislações garantistas de direitos voltadas às pessoas com transtornos mentais, a exemplo da própria Lei nº 10.216/2001 – que prevê a internação como medida de excepcionalidade e proíbe internações em instituições de caráter asilar – e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.

A Lei nº 10.216/2001 é uma das principais legislações que versam sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais no país. Aqui estão destacados alguns itens específicos, mas que, evidentemente, não traduzem a totalidade da importância desse marco legal. Os artigos mencionados são parte muito pequena de um amplo conjunto de diretrizes que devem ser observadas para a construção do relatório de inspeção às unidades.

Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2008)¹²

Em 2008, o Brasil ratificou a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD), adotada pela ONU, por meio do Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009, de modo a conferir-lhe o *status* de Emenda Constitucional.

Há que se destacar o avanço desta Lei no que se refere ao paradigma conceitual que

¹¹ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em 20 nov 2018.

¹² Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 20 nov 2018.

define deficiência e o papel do estado em assegurar políticas públicas que equiparem as condições de vida das pessoas com deficiência às demais pessoas da sociedade.

A Convenção tem por propósito “promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente”. Em seu artigo nº 1, define:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Esta Lei desloca a perspectiva do modelo médico para o modelo social, na medida em que caracteriza a deficiência a partir das condições efetivas de participação social dos sujeitos com impedimentos físicos, sensoriais e/ou psicossociais de longo prazo, de modo a reconhecer que o contexto social (ambiente) produz maiores ou piores condições dos sujeitos exercerem seus direitos de cidadania.

Nesse sentido, não basta identificarmos o diagnóstico médico de transtornos mentais (F00-99 da Classificação Internacional de Doenças - CID), por exemplo. O esforço da avaliação integral das necessidades do sujeito deve abranger a compreensão dos impactos na participação social, que no campo da saúde mental, coadunam com a perspectiva da atenção psicossocial, de afirmar a saúde como resultante da produção de direitos.

Destacam-se como princípios:

- a) O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas; (...)*
- d) O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade; (...)*
- h) O respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e pelo direito das crianças com deficiência de preservar sua identidade.*

Deste modo, prevê-se adoção de medidas legislativas e a proposição de políticas com fins de assegurar a operacionalização de tais direitos.

A CDPD diferencia, de maneira intencional, a deficiência mental da intelectual, justamente para abranger os transtornos mentais como condição de adoecimento com aspectos funcionais que devem ser considerados na avaliação da deficiência. Nesse sentido, é imperativo, ao falarmos em direitos das pessoas com transtornos mentais, considerarmos a Convenção como valioso instrumento de proteção dessa população, principalmente quando estas estão privadas de sua liberdade.

Admite-se, em seu Artigo 14, que as pessoas com deficiência “não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade”. O texto deixa claro, portanto, que a privação de liberdade não pode ser justificada pela existência da deficiência.

Essa perspectiva é ainda mais reforçada ao considerarmos, como já destacado, que

a internação de longo prazo é considerada privação de liberdade. O princípio da vida independente e inclusão na comunidade (artigo 19) alinha-se aos preceitos da desinstitucionalização, na medida em que a CDPD estabelece que:

b) As pessoas com deficiência tenham acesso a uma variedade de serviços de apoio em domicílio ou em instituições residenciais ou a outros serviços comunitários de apoio, inclusive os serviços de atendentes pessoais que forem necessários como apoio para que vivam e sejam incluídas na comunidade e para evitar que fiquem isoladas ou segregadas da comunidade”.

Cabe ao Estado Brasileiro garantir o apoio de que necessitam as pessoas com deficiência para assegurar-lhes o exercício da sua capacidade legal, em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida. Isto significa assegurar o direito à livre expressão da vontade, da opinião e das preferências, à privacidade, a todas as formas de comunicação, bem como ao direito de votar em eleições, de casar-se, ter filhos possuir ou herdar bens, controlar suas finanças.

Especificamente com relação às crianças:

Os Estados Partes assegurarão que as crianças com deficiência tenham o direito de expressar livremente sua opinião sobre todos os assuntos que lhes disserem respeito, tenham a sua opinião devidamente valorizada de acordo com sua idade e maturidade, em igualdade de oportunidades com as demais crianças, e recebam atendimento adequado à sua deficiência e idade, para que possam exercer tal direito.

No âmbito da saúde, expresso no artigo 25, cabe-nos destacar a referência ao respeito ao consentimento livre e esclarecido das pessoas com deficiência pelos serviços de saúde. De acordo com o artigo 15, cabe, ainda, ao Estado tomar “as medidas efetivas de natureza legislativa, administrativa, judicial ou outra para evitar que pessoas com deficiência, do mesmo modo que as demais pessoas, sejam submetidas à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes”.

Finalmente, com relação ao trabalho e emprego (artigo 27) assegura o direito “à oportunidade de se manter com um trabalho de sua livre escolha ou aceitação no mercado laboral, em *ambiente de trabalho que seja aberto, inclusivo e acessível* a pessoas com deficiência”. Destacamos este aspecto pela importância de verificar junto às pessoas internadas, durante a visita de inspeção, a existência de situações em que os usuários são expostos à exploração do trabalho na instituição, pretensamente justificada pela sua finalidade “terapêutica”.

Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – LBI (2015)¹³

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, foi aprovada em 2015, por meio da Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015. Tal legislação tem como base a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com

¹³ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em 20 nov 2018.

Deficiência (CDPD) e constitui um dos principais marcos no reconhecimento do direito ao consentimento livre e esclarecido e livre expressão da vontade pelas pessoas com deficiência, quando no cuidado das suas questões de saúde.

A LBI é imperativa ao proibir que a pessoa com deficiência seja submetida a tratamento ou institucionalização forçada. Leva-se em conta no disposto em Lei, que o acesso à saúde é um direito, não uma obrigação conforme previsto no Capítulo I – Do direito à vida:

Art. 11. A pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada.

Parágrafo único. O consentimento da pessoa com deficiência em situação de curatela poderá ser suprido, na forma da lei.

Art. 12. O consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa com deficiência é indispensável para a realização de tratamento, procedimento, hospitalização e pesquisa científica.

§ 1º Em caso de pessoa com deficiência em situação de curatela, deve ser assegurada sua participação, no maior grau possível, para a obtenção de consentimento.

§ 2º A pesquisa científica envolvendo pessoa com deficiência em situação de tutela ou de curatela deve ser realizada, em caráter excepcional, apenas quando houver indícios de benefício direto para sua saúde ou para a saúde de outras pessoas com deficiência e desde que não haja outra opção de pesquisa de eficácia comparável com participantes não tutelados ou curatelados.

Art. 13. A pessoa com deficiência somente será atendida sem seu consentimento prévio, livre e esclarecido em casos de risco de morte e de emergência em saúde, resguardado seu superior interesse e adotadas as salvaguardas legais cabíveis.

A excepcionalidade de provisão de atendimentos sem o consentimento prévio de pessoas com deficiência está circunscrita à situações bastante específicas, devendo ser analisadas a singularidade do contexto e a adoção de medidas para restabelecer ou garantir o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais pela pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

No que se refere aos processos de reabilitação destaca-se a diretriz de que a “prestação de serviços seja ofertada próxima ao domicílio da pessoa com deficiência, inclusive na zona rural, respeitadas a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos territórios locais e as normas do Sistema Único de Saúde (SUS)”, objetivando:

o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas.

Em conformidade com o Artigo 22, “a pessoa com deficiência internada ou em observação é assegurado o direito a acompanhante ou a atendente pessoal, devendo o órgão ou a instituição de saúde proporcionar condições adequadas para sua permanência em tempo integral”.

Ainda, no bojo dos direitos à saúde, prevê-se que:

Os casos de suspeita ou de confirmação de violência praticada contra a pessoa com deficiência serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade policial e ao Ministério Público, além dos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

Ressalta-se a possibilidade de responsabilização penal não só de familiares, mas também dos gestores e diretores dos hospitais, prevista nos casos de abandono de “pessoas com deficiência em hospitais, casas de saúde, entidades de abrigamento ou congêneres” (artigo 90).

Assim, é fundamental considerar as diretrizes previstas na LBI para a análise das situações verificadas durante a inspeção a instituições de privação de liberdade para pessoas com transtorno mental internadas em Hospitais Psiquiátricos.

2.2. Portarias e resoluções afetas às pessoas com transtornos mentais internadas em hospitais psiquiátricos

Portaria GM/MS nº 251, de 31 de janeiro de 2002¹⁴: as diretrizes e normas para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria no Sistema Único de Saúde

No ano seguinte à promulgação da Lei 10.216/2001, o Ministério da Saúde estabeleceu as normas para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria no SUS. O conjunto de medidas estabelecidas por meio da Portaria nº 251/2002 incluiu:

- A definição de diretrizes de funcionamento e normas gerais para o atendimento hospitalar psiquiátrico;
- A criação do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), instrumento de avaliação das condições assistenciais dos hospitais psiquiátricos com leitos destinados ao SUS;
- A classificação de hospitais psiquiátricos apurada pelos indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH/Psiquiatria e pelo número de leitos do hospital, constante do atual cadastro do Ministério da Saúde.

A proposta de classificação de hospitais psiquiátricos foi sofrendo alterações como o decorrer dos anos. Contudo as normas de funcionamento de hospitais psiquiátricos e os fundamentos e estruturação do PNASH/Psiquiatria mantêm-se vigentes até os dias atuais.

Considerando a metodologia e os critérios de seleção dos estabelecimentos de saúde a serem visitados nesta inspeção, é oportuno apresentar o PNASH/Psiquiatria. Tal programa

¹⁴ Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-251-31-JANEIRO-2002.pdf>. Acesso em 20 nov 2018.

configura-se como um mecanismo de avaliação de estrutura, processo e resultado, que permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência nos hospitais conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde, ao mesmo tempo que indica aos prestadores critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS e recomenda o descredenciamento daqueles hospitais sem condições assistenciais mínimas de funcionamento.

A avaliação é composta pela etapa de vistoria e revistoria, sendo esta última caracterizada pela realização de nova visita para reavaliação dos hospitais que não alcançarem o mínimo da pontuação de 61%, necessário a sua classificação como hospital psiquiátrico no SUS. Todo o processo avaliativo é conduzido pela Comissão do PNASH/Psiquiatria em nível estadual, coordenadas pela Coordenação Estadual de Saúde Mental de São Paulo e composta, ainda, pela Vigilância Sanitária, representante da equipe de controle e avaliação e da gestão municipal, representada pelos mesmos órgãos.

O Ministério da Saúde realizou 4 (quatro) edições do PNASH/Psiquiatria, nos anos de 2002, 2003-2004, 2007-2009 e, finalmente, 2012-2014. Há, atualmente, 16 hospitais psiquiátricos em funcionamento no país que já foram indicados para descredenciamento pelo PNASH, cabendo à gestão adotar providências para suspensão de novas internações e encaminhar ao Ministério da Saúde o planejamento para efetivação da desinstitucionalização e alta dos seus moradores, bem como o plano de implantação e/ou fortalecimento da RAPS adequada às necessidades da realidade local. Todos serão visitados nesta oportunidade de inspeção, o que se configura como um aspecto fundamental para o avanço da reestruturação assistencial hospitalar no SUS e para o fortalecimento da RAPS nos territórios.

No que tange às normas de funcionamento da assistência hospitalar em psiquiatria, cabe-nos a ressalva da existência de outras normativas complementares no âmbito do SUS a serem consideradas para avaliação do funcionamento hospitalar, dentre as quais a Resolução- RDC/Anvisa nº 50/2002. A importância dessa normativa advém do fato de estabelecer as principais diretrizes e parâmetros para o funcionamento e regulamentar a composição da equipe de saúde mínima do serviço.

Destacamos a caracterização de hospital psiquiátrico, aqui compreendido como estabelecimento de saúde cuja “maioria dos leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação”. Cabe ao hospital psiquiátrico:

- *Garantir a diversidade dos métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;*
- *Assegurar a continuidade da atenção nos vários níveis;*
- *Assegurar a multiprofissionalidade na prestação de serviços*
- *Garantir a participação social, desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução.*

Tal normativa estabeleceu, ainda:

- A proibição da existência de espaços restritivos de isolamento (celas fortes);
- O direito à inviolabilidade da correspondência das pessoas internadas;

- Que o hospital psiquiátrico não deve se configurar como “porta de entrada” do sistema de internação, mas sim estar articulado com a rede comunitária e territorial de saúde mental de referência, que tem por competência avaliar a necessidade de internação e providenciar os encaminhamentos cabíveis;
- A constituição de Projeto Terapêutico Institucional por escrito, contendo o conjunto de objetivos e ações estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, com vistas à recuperação do usuário, desde a admissão até a alta;
- Caber ao hospital a preparação para a alta das pessoas internadas, garantindo sua referência para o cuidado territorial e para residência terapêutica, quando indicado, devendo desenvolver projeto terapêutico específico para pessoas em situação de longa permanência e para pessoas com deficiência física e mental grave e grande dependência institucional;
- O desenvolvimento de atividades que assegurem: avaliação médica-psicológica e social, atendimento diário de cada pessoa internada de acordo com o projeto terapêutico singular, oferta de atendimentos individuais, grupais e atenção aos familiares;
- A obrigatoriedade de organização de Prontuário único para cada pessoa internada, com informações sobre os procedimentos diagnósticos e terapêuticos com periodicidade adequada do registro pelos diferentes profissionais de saúde (médicos, equipe de enfermagem e outros profissionais de nível superior);
- A existência de uma enfermaria para atendimento às intercorrências clínicas, sala de curativos e área externa ampla para deambulação e/ou esportes.

Portaria GM/MS nº 52, de 20 de janeiro de 2004¹⁵: o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) foi criado há 14 anos, visando uma nova pactuação na redução gradual de leitos, com a recomposição da diária hospitalar em psiquiatria. Este programa foi proposto com o objetivo de orientar a reorganização da rede de assistência hospitalar psiquiátrica, na direção da redução de leitos e da melhoria da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos.

Desta forma, buscou-se a redução progressiva do porte hospitalar, de modo a situarem-se os hospitais, ao longo do tempo, em classes de menor porte (até 160 leitos). Ao mesmo tempo, preconizou-se que as reduções de leitos se efetivassem de forma planejada, de modo a não provocar desassistência nas regiões onde o hospital psiquiátrico ainda tivesse grande peso na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Quanto aos valores das diárias hospitalares em psiquiatria, os reajustes nos procedimentos de psiquiatria estão diretamente relacionados à classificação dos hospitais

¹⁵ Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em 20 nov 2018.

psiquiátricos de acordo com o porte. Ao longo dos anos sucessivas normativas ajustaram e reagruparam as classes e os valores correspondentes às diárias em psiquiatria, de forma revisar a proposição original, de 2004.

Cabe enfatizar que os valores de incremento repassados são inversamente proporcionais ao número de leitos psiquiátricos do hospital, o que têm impacto na assistência prestada e se configura como um indicador de qualidade.

A classificação dos hospitais psiquiátricos vigente, no que se refere ao porte hospitalar, tem como referência as Portarias GM/MS nº 2.644, de 28/10/2009 e nº 404, de 19/11/2009.

Com relação ao custeio das diárias de internação em psiquiatria, o Ministério da Saúde publicou recentemente normativas¹⁶ que reajustaram os valores praticados, atrelando-os às classes e ao tempo de duração da internação hospitalar. Segue abaixo a classificação dos hospitais psiquiátricos vigentes considerando o porte e recursos/valores:

CLASSE	PORTE	Valores da diária em internação conforme duração	
		Permanência máxima de 90 dias	Permanência superior a 90 dias ou reinternação antes de 30 dias após alta
N I	Até 160 leitos	R\$ 82,39	R\$ 66,04
N II	De 161 a 240	R\$ 69,99	R\$ 56,18
N III	De 241 a 400	R\$ 61,00	R\$ 50,84
N IV	Acima de 400	R\$ 58,99	R\$ 47,28

Os valores das diárias vigentes impactaram significativamente no incremento de novos recursos federais, correspondentes ao montante anual de R\$ 97,6 milhões. O reajuste representou um aumento de cerca de 60% dos valores das diárias nas internações de curta permanência, e cerca de 30% dos valores das internações com duração superior a 90 dias.

Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011¹⁷: a Rede de Atenção Psicossocial

A Portaria 3.088/2011 do Ministério da Saúde constituiu uma das principais normativas na área, elencando as diretrizes que toda política de saúde mental, álcool e outras drogas deve levar em consideração na organização da sua oferta de ações e serviços.

A rede de saúde mental no bojo da reorientação do modelo assistencial vem sendo inventada e construída no Brasil há mais de 30 anos, com a participação das instâncias de controle social, que assegura a representação de gestores, trabalhadores e usuários e familiares de saúde mental. Nesse sentido, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) simboliza

¹⁶ Portaria nº 3.588, de 21/12/2017, retificada em 22/01/2018 e 18/05/2018 e Portaria nº 2.434, de 15/08/2018.

Disponíveis em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html;
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html. Acesso em: 26 nov 2018.

¹⁷ Disponíveis em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 26 nov 2018.

a sistematização dos princípios, diretrizes e estratégias da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas para o planejamento e implantação dessa rede, de forma acessível, articulada e estruturada considerando a diversificação e qualificação do cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo no território e intersetorialidade, visando o combate a estigmas e preconceitos, a integralidade do cuidado e a inclusão social, com vistas à promoção de autonomia e o exercício de cidadania.

Segue abaixo quadro ilustrativo dos serviços que compuseram originalmente essa rede nas suas diferentes dimensões:

Componentes da Rede de Atenção Psicossocial	
Atenção Básica em Saúde	• Unidade Básica de Saúde; • Núcleo de Apoio a Saúde da Família; • Consultório na Rua; • Centros de Convivência e Cultura.
Atenção Psicossocial Estratégica	• Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.
Atenção de Urgência e Emergência	• SAMU 192; • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	• Unidade de Acolhimento; • Serviço de Atenção em Regime Residencial CT's.
Atenção Hospitalar	• Leitos de saúde mental em Hospital Geral.
Estratégias de Desinstitucionalização	• Serviços Residenciais Terapêuticos; • Programa de Volta para Casa.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	• Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; • Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares.

Tal normativa está ancorada na ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, em prevenir o consumo e na redução de danos provocados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas, promovendo a reabilitação e reinserção das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental, incluindo aquelas em uso prejudicial de álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária.

Destaca-se a pluralidade de pontos de atenção e a proposição de articulação e construção conjunta com a atenção básica e com a rede de urgência e emergência, para citar pontos sensíveis no desafio de tecer modos de cuidar em liberdade e de acolher o sofrimento.

Nesta conformação, o hospital psiquiátrico não compunha a RAPS:

Artigo 11, § 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

As alterações recentes na composição da RAPS estabelecida pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2017, marcam a reinserção de serviços que compuseram o contexto da

rede de saúde mental nos anos 1990 e foram sendo revistos no bojo de transformação da lógica de cuidado da reabilitação psicossocial, o que inclui: ambulatorios de saúde mental, hospitais-dia e os hospitais psiquiátricos.

De todo modo, restaram mantidas as diretrizes e normas de funcionamento para funcionamento dos hospitais psiquiátricos estabelecida pela Portaria nº 251/2002, já apresentada neste documento. Ademais, foi estabelecido prazo de 6 meses para os gestores apresentarem novo plano de desinstitucionalização de todas as pessoas internadas em condição de longa permanência nos hospitais psiquiátricos, ratificada a orientação de que os recursos financeiros correspondentes aos leitos psiquiátricos fechados devam ser redirecionados para outras ações de saúde mental no território, e, ainda, a proibição de qualquer ampliação do número de leitos por hospitais psiquiátricos além dos já cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) na data de publicação da Portaria GM/MS nº 3.588 de 21/12/2017.

Finalmente, cabe-nos ressaltar que a RAPS prevê-se a elaboração e pactuação dos Planos de Ação Regionais e instituição dos Grupos Condutores da RAPS, de forma a favorecer a constituição de uma rede de ações e serviços de saúde integrada, comunitária, articulada e consentânea às necessidades de atenção no campo psicossocial. O Plano de Ação Regional da RAPS constitui-se como proposta pactuada na Comissão Intergestora Regional (CIR) a ser apresentada ao Grupo Conductor Estadual, embasada na análise das necessidades de saúde locais concernentes à atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; o dimensionamento da demanda assistencial e da oferta assistencial; e o respectivo planejamento de implantação de ações e serviços, visando o fortalecimento do cuidado nos diferentes componentes da rede.

Portaria GM/MS nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014¹⁸: o Programa de Desinstitucionalização no âmbito da RAPS

A desinstitucionalização de pessoas com histórico de internações de longa permanência configura-se como uma dimensão central proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, efetivada por meio da priorização de ações e dispositivos substitutivos ao modelo asilar (centrado nos hospitais psiquiátricos), na perspectiva da garantia do cuidado em liberdade, do respeito à diversidade, à singularidade e participação social, com vistas ao exercício de cidadania. Isto implica a transformação das instituições psiquiátricas, dos saberes, da cultura acerca da atenção em saúde mental e da experiência do sofrimento psíquico.

Para tanto, o Ministério da Saúde criou, no ano de 2014, o Programa de Desinstitucionalização, com o objetivo de apoiar e desenvolver, por meio de equipes multiprofissionais, ações de desinstitucionalização das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas,

¹⁸ Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html. Acesso em 26 nov 2018.

em situação de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos no âmbito do SUS, bem como favorecer os percursos de produção de autonomia e da contratualidade social nos processos de reabilitação psicossocial no território das pessoas desinstitucionalizadas, de forma a garantir seus direitos e a efetiva participação e inclusão social, e fortalecimento da RAPS.

Para efeito desta normativa, considerou-se internação de longa permanência aquela superior a 1 (um) ano, de forma ininterrupta

Definiu-se oito modalidades de equipes de desinstitucionalização e o correspondente incentivo financeiro federal de custeio mensal a depender do número de pessoas com internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos a serem desinstitucionalizadas, conforme indicado pelo gestor local. Cabe aos gestores da saúde a solicitação do incentivo federal mensal destinado ao custeio das ações e serviços previstos no Programa de Desinstitucionalização junto ao Ministério da Saúde.

São elegíveis para tal pleito os municípios que sejam sede de hospitais psiquiátricos, com pessoas internadas na condição de longa permanência e com indicativo de descredenciamento do SUS, bem como municípios, que por decisão do gestor local de saúde, objetivem desenvolver processos de desinstitucionalização devidamente pactuados com os municípios que sejam sede de hospitais psiquiátricos com pessoas com internação de longa permanência.

Para além de previsão de novos recursos para a RAPS no componente de desinstitucionalização, uma grande contribuição desta normativa é justamente a orientação sobre como desenvolver os processos de desinstitucionalização, de modo planejado e processual, detalhando com precisão as principais ações imbricadas, como um “passo a passo”.

Resolução RDC/ANVISA nº 50 de 21 de fevereiro de 2002¹⁹: regulamento técnico para o planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde

Esta resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (MS) dispõe sobre as normas vigentes quanto à infraestrutura e organização funcional para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Trata-se de uma normativa extensa e muito detalhada, o que dificulta a sua apropriação por profissionais que não comumente realizam avaliação das condições de funcionamento de serviços de saúde. Cabe-nos ressaltar como objetivo principal da visita aos hospitais psiquiátricos buscar verificar a situação de funcionamento do hospital, sob a ótica dos direitos humanos. Nesse sentido, não preconizamos a avaliação pormenorizada dos ambientes à luz da Vigilância Sanitária (VISA). A licença de funcionamento e o relatório

¹⁹ Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html. Acesso em 26 nov 2018.

atualizado da VISA, bem como o Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros, compõe a lista de documentos requisitados na ocasião da visita e, oportunamente a equipe de inspeção pode solicitar posteriormente nova visita da VISA, caso identifiquem possíveis irregularidades que precisem ser avaliadas pelo órgão competente.

De todo modo, o *documento 8*, denominado Roteiro de Observação, contém os principais aspectos e áreas a serem observados durante a visita à instituição psiquiátrica, com o fito de orientar a visita aos diferentes espaços do hospital.

Ademais, em complemento, anexamos ao fim deste documento o roteiro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), disponibilizado pelo Ministério da Saúde à época da avaliação da edição 2012-2014 do PNASH/Psiquiatria (Anexo I), de modo a tornar possível a consulta pelas equipes durante as visitas, diante da necessidade de algum detalhamento em específico.

Resolução COFEN nº 427/2012²⁰: normatiza os procedimentos da Enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes

A resolução do Conselho Federal de Enfermagem normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes e se detém de forma bem mais detalhada na referida temática do que as resoluções do Conselho Federal de Medicina, conforme podemos verificar nos artigos abaixo citados:

Art. 1º- Os profissionais da Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro e, preferencialmente, em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, públicas ou privadas, a que estejam vinculados.

Art. 2º -A contenção mecânica de paciente será empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais.

Parágrafo único. Em nenhum caso, a contenção mecânica de paciente será prolongada além do período estritamente necessário para o fim previsto no caput deste artigo.

Art. 3º É vedado aos profissionais da Enfermagem o emprego de contenção mecânica de pacientes com o propósito de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde.

Art. 4º Todo paciente em contenção mecânica deve ser monitorado atentamente pela equipe de Enfermagem, para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identificá-los precocemente.

§ 1º Quando em contenção mecânica, há necessidade de monitoramento clínico do nível de consciência, de dados vitais e de condições de pele e circulação nos locais e membros contidos do paciente, verificados com regularidade nunca superior a 1 (uma) hora.

²⁰ Publicado no DOU nº 90, de 10 de maio de 2012, seção 1, página 175.

§ 2º Maior rigor no monitoramento deve ser observado em pacientes sob sedação, sonolentos ou com algum problema clínico, e em idosos, crianças e adolescentes.

Art. 5º Todos os casos de contenção mecânica de pacientes, as razões para o emprego e sua duração, a ocorrência de eventos adversos, assim como os detalhes relativos ao monitoramento clínico, devem ser registrados no prontuário do paciente.

Resolução CFM nº 2.057/2013²¹: consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria que versam sobre o ato médico na assistência às pessoas com transtorno mental

No ano de 2013, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou esta resolução consolidando diversas normativas tocantes à área da Psiquiatria, que versam sobre o ato médico na assistência psiquiátrica²².

Afirma-se como responsabilidade do profissional médico contribuir para assegurar a cada pessoa em tratamento “seu direito de acesso à informação, comunicação, expressão, locomoção e convívio social” (artigo 16º).

Ainda no que tange ao tratamento de pessoas com transtorno mental estabeleceu-se a elaboração de um projeto discutido e prescrito individualmente, além de orientar-se como prerrogativa o consentimento esclarecido em seu artigo 14º, conforme destacado abaixo:

Nenhum tratamento será administrado à pessoa com doença mental sem consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem sua obtenção ou em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a terceiro.

Parágrafo único. Na impossibilidade de se obter o consentimento esclarecido do paciente, ressalvada a condição prevista na parte final do caput deste artigo, deve-se buscar o consentimento do responsável legal.

Com relação às condicionalidades para realização da internação psiquiátrica, o CFM faz referência às modalidades definidas pela Lei nº 10.216/2001 e, especificamente sobre as internações involuntárias determina:

Art. 31. O paciente com doença mental somente poderá ser internado involuntariamente se, em função de sua doença, apresentar uma das seguintes condições, inclusive para aquelas situações definidas como emergência médica:

I – Incapacidade grave de autocuidados.

II – Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde.

III – Risco de autoagressão ou de heteroagressão.

²¹ Publicado no D.O.U. de 12 de nov. de 2013, Seção I, p. 165-171).

²² Resolução CFM nº 1.598, de 9 de agosto de 2000 e Resolução CFM nº 1952/2010.

IV – Risco de prejuízo moral ou patrimonial.

V – Risco de agressão à ordem pública.

§ 1º O risco à vida ou à saúde compreende incapacidade grave de autocuidados, grave síndrome de abstinência a substância psicoativa, intoxicação intensa por substância psicoativa e/ou grave quadro de dependência química.

§ 2º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de 72 horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo diretor técnico médico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo tal procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

Dentre os procedimentos a serem observados na visita aos hospitais está o da contenção de usuários internados. No que diz respeito a contenção mecânica/física de pacientes, a Resolução CFM Nº 2.057/2013, manteve inalterado o estabelecido pelo CFM desde os anos 2000²³, que regula este procedimento. O artigo 16º define:

(...) § 3º É admissível a contenção física de paciente, à semelhança da contenção efetuada em leitos de UTI, nos serviços que prestem assistência psiquiátrica, desde que prescrita por médico, registrada em prontuário e quando for o meio mais adequado para prevenir dano imediato ou iminente ao próprio paciente ou a terceiro.

§ 4º O paciente que estiver contido deve permanecer sob cuidado e supervisão imediata e regular de membro da equipe, não devendo a contenção se prolongar além do período necessário a seu propósito.

§ 5º Quando da contenção física, o representante legal ou a família do paciente devem ser informados tão logo possível.

Sobre os tratamentos invasivos e irreversíveis indicados para pessoas com transtornos mentais, tais como a neuropsicocirurgia, o CFM determina que:

(...) não devem ser realizados em pacientes que estejam involuntária ou compulsoriamente internados em estabelecimento de assistência psiquiátrica, exceto com prévia autorização judicial, obedecendo ao pré-requisito de fundamentação mediante laudo médico.

§ 1º Nos demais casos, segundo os ditames da Lei nº 10.216/01 e do Código de Ética Médica, deverão ser precedidos de consentimento esclarecido do paciente ou de seu responsável legal e aprovação pela Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina, homologada por seu plenário.

Art. 20. A indicação de neuropsicocirurgia deverá ser feita pelo médico assistente e respaldada por meio de laudo, por um psiquiatra e um neurocirurgião pertencentes a serviços diversos daquele do médico que a prescreveu.

O Conselho manifesta-se sobre a Eletroconvulsoterapia (ECT), concebendo que o procedimento seja realizado em “ambiente com infraestrutura adequada de suporte à vida e a procedimentos anestésicos e de recuperação, conforme o *Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil*²⁴”.

²³ Resolução CFM nº 1.598, de 9 de agosto de 2000, publicada no D.O.U, 18 de agosto de 2000, Seção I, p.63.

²⁴ Disponível em:

De acordo com o CFM, a ECT tem indicações precisas e específicas na literatura médica. Estabelece-se a necessidade de avaliação do estado clínico geral do usuário, em especial as condições cardiovasculares, respiratórias e neurológicas; e a obrigatoriedade da aplicação de anestesia, e, portanto, de acompanhamento presencial de médico anestesista. Admite-se, ainda, a realização do procedimento em crianças (idade inferior a 16 anos), em condições de excepcionalidade.

Dado que a aplicação de ECT é um tema polêmico e sua aplicação não consensuada no campo da saúde mental, para fins desta Inspeção, orientamos que a equipe verifique se o serviço realiza ou prescreve ECT. Em caso afirmativo, procurem compreender: com que frequência isso se dá (excepcionalmente, raramente, regularmente), quais os critérios clínicos de indicação, se há consentimento informado do usuário e/ou familiar, visite o local e verifique as condições do ambiente (existência de equipamentos de anestesia e de emergência), se o procedimento é realizado com anestesia e precedido de avaliação clínica e laboratorial. Convém solicitar o acesso ao prontuário individual de pessoas internadas que tenham realizado o procedimento, e solicitar a identificação do médico anestesista responsável.

3. Considerações finais

O uso da contenção mecânica pelas instituições psiquiátricas visitadas

Conforme já exposto, um dos procedimentos a serem observados pelas equipes durante as inspeções desta missão conjunta refere-se ao uso da contenção mecânica e/ou química durante a internação psiquiátrica.

Trata-se de uma prática controversa, que suscita discussões no campo da saúde mental em razão de configurar-se como uma medida que viola o direito dos usuários de saúde mental, ao incidir sobre a restrição de liberdade dos sujeitos.

Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial²⁵, realizada em Brasília em 2010, os gestores, trabalhadores e usuários e familiares reunidos para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da Política Nacional de Saúde Mental aprovaram:

a proposição de um marco legal para a abolição das práticas de tratamento cruel ou degradante, como lobotomia, psicocirurgia, eletroconvulsoterapia (ECT), contenções físicas e químicas permanentes, internações prolongadas e maus tratos físicos contra pessoas em sofrimento psíquico. É enfatizada também a necessidade de fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância acerca dos casos de violência, cárcere privado e morte de pessoas em sofrimento psíquico em hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia e tratamento, e unidades prisionais e domicílios, garantindo a notificação compulsória.

<http://publicacoes.fundatec.com.br/home/portal/concursos/150/leis/ManualFiscalizacaoRoteirosdeVistoriais.pdf>.

Acesso em 26 nov 2018.

²⁵ Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_final_ivcnsmi_cns.pdf. Acesso em 26 nov 2018.

Os Conselhos de classe e o Ministério da Saúde estabeleceram parâmetros para a realização do procedimento pelos profissionais de saúde, destacando-o como medida excepcional, a ser aplicada somente em situações de iminente risco à vida ou à integridade física, quando esgotadas todas as outras medidas terapêuticas disponíveis, visando a proteção do usuário e/ou de outrem.

Em geral, o uso da contenção mecânica é justificado pelos profissionais de saúde como uma medida para proteção do sujeito em relação a possíveis lesões e traumas (quedas, contaminação de cateteres, feridas, etc) frente agitação psicomotora ou outras alterações do comportamento associada ao risco iminente de dano a si ou aos demais.

As resoluções aprovadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) foram apresentadas no capítulo anterior. Com relação aos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, cabe-nos fazer menção a publicação dos *Protocolos Nacionais de Intervenção para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192* no ano de 2014, que inclui o Protocolo Assistencial de Contenção Física – anexado ao fim deste documento (Anexo II). De acordo com o órgão, “a elaboração de protocolos clínicos é internacionalmente reconhecida como uma ação efetiva para a melhoria dos processos assistenciais e de gestão em saúde”.

O protocolo do Ministério da Saúde, ainda que elaborado para o atendimento das situações de urgência pelo SAMU, orienta o passo a passo para a realização do procedimento, descrevendo as posições, a execução da imobilização e da contenção mecânica, incluindo o uso das faixas, e a conduta da equipe de saúde durante todo o processo. Destacamos as seguintes diretrizes:

- Orienta-se de que o procedimento de imobilização envolva a participação de, no mínimo, 5 (cinco) profissionais.
- A faixa deve ser confeccionada em material resistente, lavável e de fácil manuseio, com costura reforçada e largura apropriada (membros 10 cm e tórax 20 cm). Jamais utilizar lençóis ou ataduras de crepom associada a malha tubular como faixa.
- Não fazer uso da contenção física com propósito de disciplina, punição ou coerção ou por conveniência da equipe de saúde.
- A contenção mecânica é um procedimento que, se não aplicada com critérios e cuidados, pode desencadear complicações clínicas graves, como desidratação, redução da perfusão em extremidades, fraturas, depressão respiratória e até mesmo morte súbita.
- O paciente deve ser mantido sob observação contínua, com registro a cada 15 minutos, durante o período em que permanecer contigo. Deve-se monitorar o seu nível de consciência e sinais vitais; e observar pele perfusão para identificar eventual ocorrência de garroteamento e lesões locais nos membros contidos.

Recomenda-se às equipes de visita que peçam a administração hospital o Protocolo de Procedimentos de Contenção. O procedimento deve ser prescrito pelo médico e o monitoramento realizado pela equipe de enfermagem, devendo tais condutas serem

registradas no prontuário individual do usuário. No caso da equipe de inspeção identificar algum usuário contido, orienta-se observar as condições de imobilização da pessoa restrita e a interação desta com a equipe do hospital. Deve-se, ainda, solicitar o acesso ao prontuário para verificação da prescrição, justificativa do procedimento e acompanhamento, e cópia do prontuário se encontradas irregularidades.

A abolição de espaços restritivos de Isolamento

Conforme exposto ao longo deste documento é proibida a existência de espaços de isolamento em hospitais psiquiátricos (Portaria nº 251/2002).

Para além da normativa do Ministério da Saúde, a Assembleia Geral das Nações Unidas, por meio da Resolução nº 45/111, de 14 de dezembro de 1990, estabeleceu os princípios básicos para o tratamento de pessoas presas, dentre os quais se destaca: "Buscar-se-á abolir ou restringir o uso do isolamento em cela de castigo como sanção disciplinar e encorajar-se-á sua abolição ou restrição" (Princípio 7).

A presente missão conjunta de inspeção reconhece as pessoas internadas em hospitais psiquiátricos como pessoas privadas de liberdade. Nesse contexto, as Regras de Mandela corroboram com as críticas às medidas de confinamento, uma vez consideradas práticas de tortura ou forma de tratamento ou sanções cruéis, desumanos ou degradantes.

Destacamos, nesse sentido, as regras 43, 44 e 45. De modo enfático, na regra 43, é dito que devem ser proibidas "as práticas de (a) Confinamento solitário indefinido; (b) Confinamento solitário prolongado; (c) Encarceramento em cela escura ou constantemente iluminada; (d) Castigos corporais ou redução da dieta ou água potável do preso; (e) Castigos coletivos". Para efeito de entendimento, na regra 44 encontramos a definição de que o *confinamento solitário* "refere-se ao confinamento do preso por 22 horas ou mais, por dia, sem contato humano significativo"; já o *confinamento solitário* prolongado é definido como "*confinamento solitário* por mais de 15 dias consecutivos". A regra 45 determina que tal confinamento só possa ser aplicado em casos excepcionais, como último recurso e pelo menor prazo; jamais como consequência da sentença do preso e nunca pode ser aplicado à pessoa com deficiência mental ou física, mulheres e crianças²⁶.

O confinamento em solitária tem sido considerado, pela jurisprudência dos órgãos jurisdicionais supranacionais, como uma medida equivalente à tortura ou a tratamentos cruéis desumanos ou degradantes. Isto se justifica pelo risco de desestabilização psicológica do sujeito privado de liberdade, ou mesmo pela possibilidade de causar sérios danos fisiológicos em médio e longo prazo. Por esse e outros motivos, diversos dispositivos normativos internacionais têm estado atentos e críticos a tais práticas, sobretudo porque nem sempre os efeitos delas podem ser verificados de imediato, dificultando significativamente que se detecte e se constate atos de tortura ou outros atos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes.

²⁶ Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Regras de Mandela: Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos / Conselho Nacional de Justiça, Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas, Conselho Nacional de Justiça – 1. Ed – Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2016.



Anexos

ANEXO I – Roteiro de avaliação da ANVISA disponibilizado na edição do PNASH/Psiquiatria
2012-2014

ANEXO II - Protocolo Assistencial em Suporte Básico de Vida do SAMU: Contenção Física



Data da Vistoria: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO:

1. Razão Social: _____
2. Nome Fantasia: _____
3. Endereço: _____ Bairro: _____
Município: _____ UF: _____ CEP: |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
4. Início das Atividades: ____/____/____
5. CGC Nº |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
6. CNES: |__|_|_|_|_|_|_|_|_|
7. Nº da Licença Sanitária: _____ Expedido em: ____/____/____
8. Responsáveis
Diretor Geral: _____
Diretor Clínico (Técnico): _____
Diretor Administrativo: _____

NATUREZA JURÍDICA:

Público: Federal () Estadual () Municipal () Universitário ()
Privado: () Universitário ()
Entidade beneficente sem fins lucrativos: () Universitário ()

NÚMERO DE LEITOS

Nº total de Leitos: |__|_|_|_|_| Femininos: |__|_|_|_|_| Masculinos: |__|_|_|_|_|
(Sem computar leitos para intercorrência clínica)

Total de leitos cadastrados no SUS: |__|_|_|_|_|

ESTATÍSTICAS DO ÚLTIMO ANO	NÚMEROS	Observações
Total de internações no último ano		
Tempo médio de internação no último ano		
Total de internações involuntárias no último ano		
Uso de ECT no último ano		
Óbitos no último ano		
Realização de psicocirurgias nos últimos 3 anos		

USO DE SERVIÇOS TERCEIRIZADOS (Informar serviço e empresa)	Alvará sanitário - data

FUNCIONAMENTO DE COMISSÕES	Sim	Não	Observações
Comissão de Ética Médica			
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)			
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)			
Comissão de Revisão de Óbitos			
Comissão de Revisão de Prontuários			



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS – DAPES
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS
COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO E CONTROLE – DERAC
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA
PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH/PSIQUIATRIA

PROGRAMAS PREVENTIVOS			
Programa de desinsetização e de desratização			
Programa de prevenção de incêndio			

EQUIPE TÉCNICA (PT. 251/02)	Necessário	Existente	Observações
MÉDICO PLANTONISTA 24 horas/7 dias			
MÉDICO ASSISTENTE (PSIQUIATRA) 20 horas por semana 1/ 40 leitos			
MÉDICO CLÍNICO GERAL 20 horas por semana 1/ 120 leitos			
ENFERMEIRO Turno Diurno/12 horas/7dias 1/40 leitos			
Turno Noturno/12 horas/7dias 1/240 leitos			
PSICÓLOGO 20 horas por semana 1/ 60 leitos			
ASSISTENTE SOCIAL 20 horas por semana 1/ 60 leitos			
TERAPEUTA OCUPACIONAL 20 horas por semana 1/ 60 leitos			
FARMACÊUTICO 01 por Hospital			
NUTRICIONISTA 01 por Hospital			

I - UNIDADES DE INTERNAÇÃO E ENFERMARIAS

1. UNIDADES DE INTERNAÇÃO. Nº Total _____	Sim	Não	Observações
--	-----	-----	-------------



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS – DAPES
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS
COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO E CONTROLE – DERAC
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA
PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH/PSIQUIATRIA

1.1. Nº de 40 leitos, no máximo, por unidade de Internação.			
1.2. Um posto de enfermagem, no mínimo, por unidade de internação contando com: 1.2.1 Bancada com pia de material liso e lavável; 1.2.2 Lavatório exclusivo para lavagem das mãos; 1.2.4 Suporte com papel toalha; 1.2.4 Lixeira com tampa de acionamento por pedal e saco plástico branco leitoso; 1.2.5 Recipiente rígido para descarte de perfuro-cortantes; 1.2.7 Armário com chave para guarda de medicamentos sujeitos a controle especial; 1.2.7 Dispensa de psicofármacos com controle e registro; 1.2.8 Medicamentos retirados de suas embalagens originais corretamente identificados (nome, data, lote, validade).			
1.3 – Carro para atendimento de emergências (Este carro pode servir a mais de uma unidade, desde que no mesmo pavimento) 1.3.1. devidamente equipado com medicamentos; 1.3.2. com ambú com máscara; 1.3.3. com tubos endotraqueais; 1.3.4. com laringoscópio com lâminas, pilhas; 1.3.5. com aparelho de PA completo; 1.3.6. com luvas e seringas descartáveis; 1.3.7. aspirador portátil 1.3.7. e fonte de oxigênio.			
*1.4. Consultório (1 por unidade) 1.4.1. mobiliário de fácil limpeza e em bom estado de conservação. 1.4.2. lavatório com sabão e suporte com papel toalha			*Consultório – RDC 50/2002 Unidade Funcional IV item IV.8.2.b
1.5. Manual de normas e rotinas técnicas específicas, atualizadas e disponíveis em todos os setores.			
1.6. Sala de Utilidades com bancada e tanque de uso exclusivo para limpeza de artigos. 1.6.1. Equipamento de proteção individual disponível para os profissionais (luva de borracha e avental impermeável).			



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS – DAPES
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS
COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO E CONTROLE – DERAC
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA
PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH/PSIQUIATRIA

1.7. ENFERMARIAS Nº total _____			
1.7.1. Máximo de 06 leitos por Enfermaria. 1.7.2. Área 4,5m² / leito se de 6 leitos. 1.7.3. Área de: 6m² leito se dois leitos; 5,5m² se 3 leitos; 1.7.3. Portas sem tranca. 1.7.4. Colchões limpos e conservados. 1.7.5. Mobiliário em bom estado de conservação. 1.7.6 Armário para guarda de pertences dos pacientes			
1.8. Banheiros em nº suficiente contando com: 1.8.1. Mínimo de 01 lavatório para cada 06 leitos 1.8.2. Mínimo de 01 vaso sanitário para cada 06 leitos 1.8.3. Mínimo de 01 chuveiro para cada 06 leitos 1.8.4. Vasos sanitários e chuveiros protegidos por portas /ou barreiras, oferecendo condições de privacidade para os pacientes. 1.8.5. Lixeiras com sacos plásticos 1.8.6. Papel higiênico e sabonetes suficientes e disponíveis.			
1.9. Disponibilidade de água potável para consumo em condições de fácil acesso.			
Condições para o atendimento de intercorrências clínicas	Sim	Não	Observações ITEM 7
1.10. Enfermaria exclusiva para intercorrências clínicas. 1.10.1.Localização próxima ao posto de enfermagem da unidade. 1.10.2. Proporção de um leito (cama fowler) para cada 50 pacientes. 1.10.3. Mínimo de 6,0m2 de área por cama.			
1.10.4. equipamentos de emergência conforme item 1.3 da unidade de internação mais: - suporte para soro - foco - cânulas de guedel - fio guia estéril - conectores - tábua para massagem cardíaca - eletrocardiógrafo - desfibrilador e monitor cardíaco - aspirador portátil - vácuo canalizado			
1.9.6. Ambulância ou condições de remoção de pacientes com segurança			
1.9.7. Enfermeiro (a) responsável pelo setor			
1.9.8. Sanitários anexos em boas condições de higiene.			



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS – DAPES
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS
COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO E CONTROLE – DERAC
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA
PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH/PSIQUIATRIA

ROUPARIA			*ITEM 3
1.10. Roupas de banho, de cama e do paciente limpas; 1.10.1. E em boas condições de conservação em todo o hospital. 1.10.2. Trocas em número suficiente para manutenção da roupa limpa. 1.10.3. Transporte e armazenagem em local protegido. 1.10.4. Pessoal treinado. 1.10.5. Processo continuado de capacitação. 1.10.6 Rotinas escritas e em utilização.			
1.10.7. Quantidade de roupa de banho e cama suficiente (Mínimo de 3 conjuntos por leito).			

ESPAÇOS PARA ATIVIDADES COLETIVAS E DE TERAPIA OCUPACIONAL

2. O Hospital possui salas para atividades coletivas. 2.1. De estar com música, TV, 2.2. Para jogos e demais atividades coletivas 2.3. Com no mínimo 40m ² e mais 20m ² para cada 100 leitos a mais (Portaria GM 251/02, item 2.6).			* ITEM 1
2.4. Possui oficina (Ex. desenho, silk, marcenaria, gráfica)			
2.5. As salas/ambiente de terapia ocupacional estão devidamente equipadas, de acordo com as atividades propostas no projeto terapêutico.			
2.6. Todo material utilizado é convenientemente guardado. Estando satisfatórias as condições de higiene ambiental.			

ÁREA EXTERNA PARA DEAMBULAÇÃO E ESPORTES

3. Área coberta para deambulação ou esportes. 3.1. Área descoberta para deambulação ou esportes. 3.1.1. As dimensões desta área é igual ou superior à área construída. Portaria GM 251/02, item 2.5.			
3.2. Quadra de esportes/ou sala para prática de exercícios físicos.			
3.3. Piscina em condições de uso. 3.3.1. Qualidade da água com monitoramento e registro. 3.3.2. Uso da piscina com acompanhamento profissional			
3.4. Sanitários e bebedouros funcionantes nestas áreas.			



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS – DAPES
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS
COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO E CONTROLE – DERAC
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA
PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH/PSIQUIATRIA

CONDIÇÕES GERAIS DO AMBIENTE E DE SEGURANÇA DAS UNIDADES, DAS ÁREAS DE TERAPIA E DE DEAMBULAÇÃO	SIM	NÃO	Observações ITEM 1
4.1. Paredes, pisos e tetos em bom estado de conservação e limpeza. 4.2. Ralos sifonados com tampa escamoteável 4.3. Iluminação suficiente para as atividades, com luminárias em bom estado de conservação e limpeza. 4.4. Ambientes ventilados e arejados garantindo conforto térmico. 4.5. Disponibilidade de água potável para consumo nos diversos ambientes.			
CONDIÇÕES GERAIS DO AMBIENTE E DE SEGURANÇA Continuação	SIM	NÃO	Observações
4.6. Instalações elétricas (com identificação de voltagem) e hidráulicas em bom estado de conservação não oferecendo risco. 4.7. Extintores de incêndio em pontos estratégicos.			ITEM 1

LAVANDERIA	SIM	NÃO	Observações
5.1. Lavanderia Própria 5.2. Terceirizada (apresentar contrato formal)			
5.3. Área física para separar e pesar roupas; 5.4. Área para lavar, centrifugar e secar roupas; 5.5. Área para passar e dobrar roupas. 5.6. Rouparia (armazenamento de roupas limpas).			
5.7. Barreira física entre áreas suja e limpa. 5.8. Banheiro exclusivo para funcionários da área suja. 5.9. Fluxo de serviços unidirecional, sem cruzamentos. 5.10. Equipamento compatível com o volume do serviço. 5.11. Rotinas, atualizadas e disponíveis, inclusive de manutenção de equipamentos.			
5.12. Paredes, pisos íntegros em bom estado 5.13. Iluminação suficiente, com luminárias em bom estado. 5.14. Ventilação proporcionando ambientes arejados. 5.15. Instalações elétricas (com identificação de voltagem) e em bom estado de conservação sem oferecer risco. 5.16. Instalações hidráulicas em bom estado. 5.17. Escoamento adequado das águas servidas.			
5.18. Padronização de produtos utilizados no processamento de roupas.			
5.19. Uso adequado de EPI'S em cada área de trabalho.			
5.20. Controle de estoque das roupas.			
5.21. Área para costura.			



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS – DAPES
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS
COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO E CONTROLE – DERAC
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA
PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH/PSIQUIATRIA

UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO - UAN	SIM	NÃO	Observações
6.1. UAN própria; 6.2. UAN terceirizada (apresentar contrato formal).			ITEM 9
6.3. Paredes e pisos com acabamento de material lavável, impermeável, liso, em bom estado de conservação. 6.4. Iluminação suficiente para as atividades, com luminárias em bom estado de conservação e limpeza. 6.5. Ventilação, natural ou artificial, com aberturas teladas, proporcionando ambientes arejados. 6.6. Instalações hidráulicas em bom estado. 6.7. Ralos sifonados e com tampa escamoteável 6.8. Instalações elétricas (com identificação de voltagem) e em bom estado de conservação não oferecendo risco. 6.9. Extintores de incêndio em pontos estratégicos.			
6.10. Aberturas protegidas com telas quanto à entrada de insetos e outros animais			
6.11. Cardápio semanal elaborado por Nutricionista 6.11.1 Em local visível de fácil acesso			
6.12. Rotinas padronizadas, atualizadas e disponíveis.			
6.13. Dietas especiais para os pacientes que delas necessitam (diabéticos, hipertensos e outros)			
6.14. Cinco refeições diárias			
6.15. Alimentos mantidos em temperatura adequada 6.15.1. Servidos até 2 horas após o preparo.			
6.16. Áreas apropriadas para: Cocção; 6.16.1. Recepção de gêneros alimentícios; 6.16.2. Estocagem (dispensa, armários, câmara frigorífica e refrigeradores); 6.16.3. Pré-lavagem (verduras, legumes, frutas);			
6.17. Fluxo de produção unidirecional e setorizado.			
6.18. Utensílios louças e talheres em bom estado de conservação e limpeza			
6.19. Fogões, lavadoras, geladeiras, câmara frigorífica em bom estado de conservação e limpeza. 6.19.1. Quantidade compatível com a demanda do serviço.			
6.20. Geladeiras, câmara frigorífica com termômetros e registro do controle de temperatura.			
6.21. Rotina de manutenção corretiva e preventiva de equipamentos.			



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS – DAPES
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS
COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO E CONTROLE – DERAC
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA
PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH/PSIQUIATRIA

6.22. Gêneros alimentícios armazenados corretamente; 6.22.1. Quantidade compatível com o número de pacientes; 6.22.2. Devidamente acondicionados, sobre estrados, em prateleiras ou armários; 6.22.3. Ao abrigo de poeira, insetos e umidade; 6.22.4. Com controle do prazo de validade 6.22.5. Alimentos perecíveis mantidos sob refrigeração.			
6.23. Manipuladores de alimentos uniformizados; 6.23.1. Fazendo uso correto de EPI'S.			
6.24. Vestiários e instalações sanitárias específicas para funcionários do setor.			
6.25. Lavatórios para uso dos manipuladores de alimentos.			
6.26. Refeitório com mobiliário em bom estado de conservação e limpeza 6.26.1. Bebedouro com água filtrada (filtro) 6.26.2. Lavabo com sabão e papel toalha no refeitório. 6.26.3. Ralos sifonados e com tampa escamoteável			

SERVIÇO DE FARMÁCIA E/OU DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTO	Sim	Não	OBSERVAÇÕES ITEM 5
7. Área destinada para armazenar drogas e produtos. 7.1. Acesso restrito aos funcionários do setor.			
7.2. Rotina de procedimentos operacionais, por escrito, para recebimento de materiais e produtos farmacêuticos. 7.2.1. Livro de registro de medicamentos controlados. 7.2.2. Obedece a Portaria MS 344/98.			
7.3. Sistema de dispensação: 7.3.1. dose unitária 7.3.2. dose individualizada			
7.4. Padronização dos medicamentos usados no hospital. 7.4.1. Relação disponível. 7.4.2. Aquisição do estoque de acordo com solicitação 7.4.3. Medicamentos suficientes e diversificados			
7.5. Farmacêutico atuante no setor.			
7.6. Manipulação de medicamentos e germicidas. 7.6.1. Controle de concentrações e diluições padronizadas, conforme Portaria MS nº15 de 23/08/88			
7.7. Paredes, pisos e tetos limpos e conservados 7.7.1. Paredes e pisos com acabamento de material liso, impermeável e lavável.			



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS – DAPES
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS
COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO E CONTROLE – DERAC
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA
PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH/PSIQUIATRIA

7.8. Ralos sifonados com tampa escamoteável. 7.9. Iluminação conjugada natural e artificial, adequada e suficiente para as atividades, com luminárias limpas, em bom estado de conservação. 7.10. Ventilação adequada, natural ou artificial, com aberturas teladas, proporcionando ambiente arejado, garantindo conforto térmico. 7.11. Instalações elétricas (com identificação de voltagem) em bom estado de conservação não oferecendo risco ao paciente. 7.12. Extintores de incêndio em pontos estratégicos.			
* ITEM 4 ALMOXARIFADO	Sim	Não	Observações
8. Área de armazenamento materiais e equipamentos. 8.1. Local de fácil acesso para entrada de materiais; 8.2. Organizada com controle de entrada e saída de materiais, observando prazo de validade; 8.3. Controle do estoque com sistema informatizado; 8.4. Acionamento automático do processo de compra.			
8.5. Armários, estantes e estrados para acondicionamento adequado de produtos. 8.5.1. Protegidos do calor e umidade.			
8.6. Limpo e em bom estado de conservação; 8.7. Iluminação suficiente em toda a área. 8.8. Ventilação adequada, garantindo ambiente arejado. 8.9. Janelas teladas e 8.10. Ralos sifonados e com tampa escamoteável.			

SERVIÇO DE MANUTENÇÃO E LIMPEZA	Sim	Não	Observações
9. Hospital limpo em todas as áreas.			ITEM 2
9.1. Serviço Terceirizado (apresentar contrato formal). 9.2. Limpeza dos reservatórios de água realizada e registrada semestralmente. 9.3. Controle bacteriológico da água potável; 9.3.1. Realizado semestralmente. 9.3.2. Devidamente comprovado por documento.			Data do último controle:
9.4. Programa de gerenciamento de resíduos (RDC 33/03). 9.5. Pessoal treinado continuamente. 9.6. Fazendo uso adequado de EPI'S: luvas, botas, avental. 9.7. Número de funcionários no setor de limpeza na proporção de 1 para cada 20 pacientes 9.7. Produtos de limpeza de acordo com Manual de processamento de artigos e superfícies – MS/1994. 9.8. Rotinas escritas e sendo usadas. 9.9. Horários de limpeza confortáveis para os pacientes			ITEM 2



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS – DAPES
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS
COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO E CONTROLE – DERAC
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA
PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH/PSIQUIATRIA

PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA	Sim	Não	Observações
10. Programa para Prevenção e Controle das Infecções implantado; 10.1. Atividades planejadas com base nos indicadores obtidos por meio de vigilância epidemiológica de infecções e eventos adversos relacionados à assistência. 10.1. Profissionais designados para a realização das atividades previstas.			ITEM 6
10.2. Comissão de Controle de Infecções Hospitalar nomeada e estruturada com membros consultores e/ou executores, 10.2.1. Diretrizes básicas de prevenção e controle de infecções sendo desenvolvidas.			ITEM 6
CENTRAL DE MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO - CME	Sim	Não	Observações
11. CME 11.1. própria; 11.2. Terceirizada (apresentar contrato formal).			
11.3. Fluxo de serviços é unidirecional, sem cruzamentos. 11.4. Rotinas padronizadas e atualizadas. 11.5. Barreiras físicas e técnicas entre áreas sujas e limpas.			
11.6. Autoclave em bom estado de conservação; 11.6.1. Perfeitas condições de funcionamento; 11.6.2. Registro de monitoramento de temperatura; 11.6.3. Outros métodos para esterilização. Quais _____			- A CCIH deve estabelecer os parâmetros para autoclave, segundo orientações do fabricante.
11.7. Material adequadamente esterilizado; 11.7.1. Acondicionado; 11.7.2. Identificado (data de esterilização, prazo de validade e assinatura do responsável); 11.7.3. Armazenado em armário fechado e prazo de validade controlado.			
11.8. Uso de EPI'S apropriados (máscara, touca, óculos, luvas, avental impermeável, botas de borracha)			

SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DE PACIENTES (SPP)	Sim	Não	Observações
12. Serviço de Prontuário de Pacientes 12.1. Em área física própria; 12.2. Centralizada e sinalizada. 12.3. Área física descentralizada			



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS – DAPES
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS
COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO E CONTROLE – DERAC
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA
PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH/PSIQUIATRIA

12.4. Funcionamento com controle manual dos prontuários. 12.5. Controle informatizado dos prontuários. 12.6. O SPP comunica internações involuntárias; 12.6.1. Doenças de Notificação Compulsória; 12.6.2. Emite relatório periódico de Internações e Altas.			
--	--	--	--

RESUMO PARA A AVALIAÇÃO DE Estrutura Físico-Funcional

<i>* Estrutura Físico-Funcional</i>	Sim	Não	Observações
Fácil acessibilidade e deslocamento de pessoas e materiais no conjunto das unidades.			
Boa funcionalidade quanto aos fluxos de trabalho, materiais e insumos.			
Dimensionamento dos ambientes de acordo com os regulamentos estabelecidos.			
Instalações ordinárias (elétrica, telefônica, de água, esgoto e sistema de tratamento de resíduos) e especiais (ar condicionado, gases) adequadas.			
Materiais de acabamento atendem à especificação básica.			
Possui conforto quanto à iluminação e ventilação.			
2.1. Hospital possui salas de estar, jogos etc., com um mínimo de 40m ² , mais 20m ² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar. Obedece às exigências da Portaria GM nº 251/02, no item 2.6.			

LAUDO DE AVALIAÇÃO E INSPEÇÃO

Laudo de Inspeção Sanitária insatisfatório ()

Laudo de Avaliação insatisfatório ()

Outros. Especificar:

Medidas adotadas pela Vigilância Sanitária:

Equipe de Vistoria:

NOME	ÓRGÃO	ASSINATURA

Data de Vistoria: ____/____/____

BP27 – Contenção Física

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Sua indicação é restrita às situações em que for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente e/ou aos demais, tais como: situações de violência nas quais haja risco iminente de auto ou heteroagressão, intenção de evasão associada ao risco iminente de dano a si ou aos demais, bem como quando haja risco de queda e/ou ferimentos em pacientes com rebaixamento do nível de consciência.

Conduta:

1. Comunicar aos familiares e/ou responsáveis, registrando o consentimento por escrito.
2. Somente iniciar o procedimento após a chegada do SAV, do Corpo de Bombeiros ou alguma instituição policial.
3. Iniciar a técnica somente quando o número mínimo de profissionais necessários estiver disponível (cinco pessoas).
4. Planejar o procedimento definindo o coordenador da ação - de preferência, o mediador - e as demais funções de cada membro. Planejar também a frase-chave para o comando de imobilização.
5. Orientar continuamente o paciente sobre o procedimento que está sendo realizado e esclarecer que tal medida tem como objetivo garantir a sua segurança.
6. O procedimento está dividido em duas fases: imobilização (restrição dos movimentos e da locomoção) e contenção mecânica (uso de faixas).
7. Imobilização
 - Realizar o manejo do espaço (equipe em semicírculo ao redor do paciente; coordenador ao centro; evitar se posicionar atrás do paciente).
 - Manter o olhar no paciente.
 - Posicionamento – pés afastados, braços ao longo do corpo, distância de um braço e meio do paciente.Observações:
 - caso o paciente tente se aproximar, o profissional deve estender seu braço na altura do tórax dele, na tentativa de conter a aproximação; e
 - caso o paciente se torne colaborativo a partir desse momento, solicitar que o paciente se posicione na maca/prancha e que seja acompanhado pela equipe com seus membros superiores seguros. Prosseguir para o item 8 (contenção mecânica).
 - Comando – executar a ação após a frase-chave, dita pelo coordenador:
 - lembrar de não mudar o tom de voz na hora da frase-chave; e
 - ter cuidado com a comunicação.
 - Execução:
 - profissionais ao lado do paciente devem segurar os membros superiores. Segurar o punho com ambas as mãos e colocar a articulação do cotovelo do paciente abaixo de sua axila prendendo-a sob o seu tórax. Manter o membro do paciente afastado;
 - profissionais na linha diagonal devem segurar os membros inferiores. Agachar ao lado do membro do paciente mantendo o joelho mais próximo ao paciente apoiado no chão. Usar o braço mais próximo ao paciente para envolver a região posterior da coxa, posicionando a mão na região patelar. Utilizar o outro braço estendido, segurando o tornozelo contra o chão; e
 - coordenador, ao centro, posiciona-se por trás do paciente para segurar a cabeça e o tórax, após a imobilização dos membros. Passar um dos braços por baixo da axila do paciente e fixá-lo na extensão do tórax. Posicionar a palma da mão livre (outro braço) sobre a fronte do paciente.

BP27 – Contenção Física

- Elevação – elevação dos membros inferiores e suspensão do paciente.
 - Transporte e posicionamento na maca/prancha - com os membros suspensos e seguros, o tórax e a cabeça apoiados no tórax do coordenador, posicionar o paciente sobre a maca/prancha, mantendo a posição anatômica:
 - membros inferiores afastados (fixar joelho e tornozelo); e
 - membros superiores ao longo do tronco, com as palmas das mãos para cima (fixar punhos).
- 8. Contenção mecânica**
- O coordenador (ou o profissional que apoia cabeça e tórax) é o responsável pela passagem das faixas.
 - Iniciar a passagem da faixa pelo membro com maior risco do paciente soltar.
 - Membros – passar a faixa por baixo da articulação, com nó na parte anterior. Amarrar a faixa na lateral da maca/prancha e manter a imobilização manual. Nos membros superiores a faixa deve envolver os punhos e nos membros inferiores deve envolver os tornozelos. Evitar hiperextensão dos membros e compressão do plexo braquial.
 - Tórax – última faixa a ser posicionada, na altura dos mamilos nos homens e abaixo das mamas nas mulheres. Amarrar nas laterais da maca/prancha. Não posicionar a faixa sobre o diafragma para não limitar a ventilação. A elevação natural do tronco não deve ultrapassar 30°. Evitar compressão de tórax.
 - Somente suspender a imobilização após reavaliar as fixações e refazê-las quando necessário.
 - Caso o paciente consiga liberar ambos os braços ou ambas as pernas, deve-se contê-los juntos, imediatamente, para, depois de controlada a situação, separá-los e proceder conforme a técnica.
- 9. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) e avaliação secundária (Protocolo BC2).**
- 10. O paciente deve ser mantido sob observação contínua, com registro a cada 15 minutos, durante o período em que permanecer contido:**
- monitorar o seu nível de consciência e sinais vitais;
 - observar pele perfusão para identificar eventual ocorrência de garroteamentos e lesões locais ou nos membros contidos do paciente.

BP27 – Contenção Física

11. Comunicar a situação clínica atualizada e proceder com as orientações do médico regulador.

Observações:

- Avaliação ACENA:

A	Avaliar: Arredores, a casa e a presença de Armas ou Artefatos que indiquem o uso de Álcool e drogas; Altura e a Aparência do paciente.
C	Observar a presença de sinais de Conflito e Crise na rede social do paciente.
E	Avaliar as Expectativas e a receptividade da rede social, do próprio paciente e da Equipe de atendimento.
N	Avaliar o Nível de consciência, a adequação à realidade, a capacidade de escolha e o Nível de sofrimento.
A	Avaliar a presença de sinais de uso de Álcool e drogas, a presença de Agressividade (atual ou anterior) e a presença de sinais de Autoagressão.

- A contenção física e mecânica é uma medida de exceção e, dessa forma, deve ser utilizada como último recurso, após todas as tentativas de manejo e tranquilização se mostrarem insuficientes para o controle da situação e sob orientação do médico regulador.
- A faixa deve ser confeccionada em material resistente, lavável e de fácil manuseio, com costura reforçada e largura apropriada (membros 10cm e tórax 20cm). Jamais utilizar lençóis ou ataduras de crepom associada a malha tubular como faixa.
- O profissional, para a sua segurança, deve estar consciente de seus próprios sentimentos (medo, ansiedade, raiva) e limites, porque as pessoas reagem instintivamente à emoção do outro, o que pode desencadear uma reação de tensão crescente. Se não se sentir tranquilo o bastante, solicitar a sua substituição no atendimento.
- Não fazer uso da contenção física com propósito de disciplina, punição e coerção ou por conveniência da equipe de saúde. Jamais aplique “chave de braço”, torção de punho, gravata, técnicas de artes marciais, bem como sentar-se sobre o paciente ou colocar seus joelhos sobre ele na tentativa de imobilizá-lo.
- A contenção mecânica é um procedimento que, se não aplicada com critério e cuidados, pode desencadear complicações clínicas graves, como desidratação, redução da perfusão em extremidades, fraturas, depressão respiratória e até mesmo morte súbita.
- Deve ser mantida pelo menor tempo possível. Em nenhum caso deverá ser prolongada para além do período estritamente necessário ao seu propósito.
- Priorizar que o procedimento de contenção física seja realizado na presença e com o auxílio do SAV, nas localidades em que houver tal modalidade de suporte, considerando os riscos de intercorrências clínicas em casos de persistência da agitação enquanto o paciente estiver contido.
- O paciente deverá ser transportado na ambulância do SAMU.