

2018

# Inspeção Estadual em Hospital Psiquiátrico



Conselho Regional De Psicologia  
9 ° Região/ Ministério Público  
Estadual/ Ministério Público do  
Trabalho

03/12/2018

Conselho Regional de Psicologia 9ª Região  
Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura  
Ministério Público do Estado de Goiás/ Ministério Público do Trabalho

## RELATÓRIO DE MISSÃO DA INSPEÇÃO ESTADUAL EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

**Relatório Final da Inspeção Estadual no Instituto de Medicina do  
Comportamento Eurípedes Barsanulfo – INMCEB- Anápolis Goiás**

Sistematização do Relatório: Conselho Regional de Psicologia 9ª Região

**Goiânia, 03 de dezembro de 2018.**

Iniciativa:



**MPF**  
Ministério Público Federal



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>Resumo Executivo/ Prefácio.....</b>	<b>03</b>
<b>2</b>	<b>Introdução.....</b>	<b>05</b>
<b>3</b>	<b>Perfil Geral da Unidade.....</b>	<b>07</b>
	<b>3.1 Estrutura Física e Terapêutica da Instituição.....</b>	<b>07</b>
	<b>3.1.1 Ala de Urgência/Emergência.....</b>	<b>08</b>
	<b>3.1.2 Ala Infanto-Juvenil.....</b>	<b>08</b>
	<b>3.1.3 Ala de Usuários de Álcool e outras Drogas.....</b>	<b>08</b>
	<b>3.1.4 Ala Internação de Longa Permanência.....</b>	<b>09</b>
	<b>3.1.5 Farmácia.....</b>	<b>10</b>
	<b>3.1.6 Lavanderia.....</b>	<b>10</b>
	<b>3.1.7 Refeitório.....</b>	<b>10</b>
	<b>3.1.8 Almoxarifado.....</b>	<b>10</b>
	<b>3.1.9 Outras Observações.....</b>	<b>11</b>
<b>4.</b>	<b>Licenças e Outras Documentações da Instituição.....</b>	<b>12</b>
<b>5.</b>	<b>Tipos de Internações.....</b>	<b>12</b>
<b>6.</b>	<b>Escuta e Observação das Pessoas Internadas.....</b>	<b>13</b>
<b>7.</b>	<b>Condições de Trabalho dos Profissionais.....</b>	<b>13</b>
<b>8.</b>	<b>Projeto Terapêutico Singular.....</b>	<b>14</b>
<b>9.</b>	<b>Projeto Terapêutico Institucional.....</b>	<b>14</b>
<b>10.</b>	<b>Internações de Longa Permanência / Privação de Liberdade.....</b>	<b>15</b>
<b>11.</b>	<b>Conclusão.....</b>	<b>15</b>
<b>12.</b>	<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>19</b>
<b>13.</b>	<b>Anexos.....</b>	<b>20</b>

## 1. RESUMO EXECUTIVO

O histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo tem mostrado através de vários estudos que em nome da proteção e do cuidado, formas de exclusão, de sofrimento e de tratamentos cruéis, desumanos e degradantes têm sido produzidas em nosso país. No campo do direito à saúde mental, problematizar as lógicas e racionalidades da dimensão jurídico-política que envolvem essa questão, apresenta-se como um desafio permanente às instituições voltadas à promoção e proteção dos direitos humanos.

Por muitas décadas, o Brasil conferiu, aos loucos e aos indesejáveis, regimes de segregação social e de degeneração nos manicômios e hospitais psiquiátricos.

A partir da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, realizada em Caracas no ano de 1990, inicia-se um extraordinário processo de transformações, que envolve todo o continente (AMARANTE, 1995).

Todo histórico e experiências nos convocam à imperiosa reflexão sobre o cuidado à saúde e sobre as construções sociais relativas a determinados sujeitos. Embora hoje um amplo arcabouço legal e normativo impeça, taxativamente, a existência de instituições com características asilares promotoras de exclusão e de maus-tratos, é um desafio consolidar a compreensão de que violações de direitos não podem ocorrer, ainda que sob a justificativa do cuidado. (Mecanismo Nacional, 2017).

Neste sentido este presente relatório, orientou-se pela iniciativa da Inspeção Nacional em Hospitais Psiquiátricos em vários estados brasileiros, e Goiás, em conjunto com Ministério Público Estadual (MPGO), Ministério Público do Trabalho (MPT), Defensoria Pública do Estado de Goiás e Conselho Regional de Psicologia 9º Região (CRP09), participaram desta missão.

Em Goiás o movimento da Luta Antimanicomial, a implantação da Reforma Psiquiátrica e a rede de serviços substitutivos em saúde mental, o qual preconiza a Lei nº 10.216 de 2001 e Portaria nº 3.088 de 2011 do Ministério da Saúde, não foram processos uniformes em todas as regiões do estado, devido às diferenças históricas, políticas, sociais e econômicas, ocorrendo de maneiras distintas em cada uma delas.

No entanto, desde o ano de 2000, Goiás tem um recorte histórico de implantação dos serviços substitutivos aos manicômios, e até o presente momento é um grande desafio para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Pode-se afirmar que atualmente o estado conta com uma expressão significativa no âmbito da cobertura assistencial local no que se refere a saúde mental.

O Estado de Goiás está localizado na região Centro Oeste do país, possui 246 municípios e conta com atenção à saúde mental através da Rede de Atenção Psicossocial vinculada ao SUS com dispositivos de atenção de urgências e emergências e serviços ambulatoriais e residenciais. Desta forma, importante ressaltar que a política de saúde mental em Goiás tem equipe de apoio gerencial formada pela Superintendência de Políticas Públicas à Saúde e conta no momento com 85 Centros de Atenção Psicossocial CAPS em funcionamento, Residências Terapêuticas para o processo de desinstitucionalização, Núcleos de Apoio a Saúde da Família, Atenção Básica, Reabilitação Psicossocial, Unidades de Acolhimento Transitório, Hospitais Gerais, entre outros.

De acordo com informações dos órgãos responsáveis, o Estado de Goiás é contemplado com 07 Hospitais Psiquiátricos com Leitos do SUS, sendo um deles o “Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo” o qual este presente documento pretende expressar o modo de cuidado em saúde mental a partir da missão de inspeção com equipe multiprofissional.

A referida instituição foi indicada pela Coordenação Nacional do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) devido ao resultado da Avaliação Nacional do Hospitais Psiquiátricos (PNASH), o qual estabeleceu Termo de Ajuste de Conduta-TAC, firmado em 2015, pelo Ministério Público Estadual e Secretaria Municipal de Saúde.

Ressalta-se que os conteúdos para elaboração do presente relatório resultaram da Triangulação (Metodologia que traz coesão e coerência nas informações coletadas; agrupamento de insumos) das informações coletadas pela equipe responsável na inspeção, conforme roteiro e procedimentos definidos previamente pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, e conseqüentemente seguiram normativas técnicas e jurídicas, principalmente a Lei nº 10.216/2001 e a Constituição Federal do Brasil.

Salienta-se que as informações obtidas para elaboração deste relatório não são completas e não cobrem todas as questões, tópicos ou fatos acerca da instituição. O conteúdo apresentado foi oferecido com base em relatórios parciais elaborados por diferentes equipes de diferentes instituições, que compuseram a equipe geral da inspeção. Desta forma, as informações contemplam perspectivas diversas, provenientes de profissionais das mais variadas áreas e instituições.

### **Equipe da Missão:**

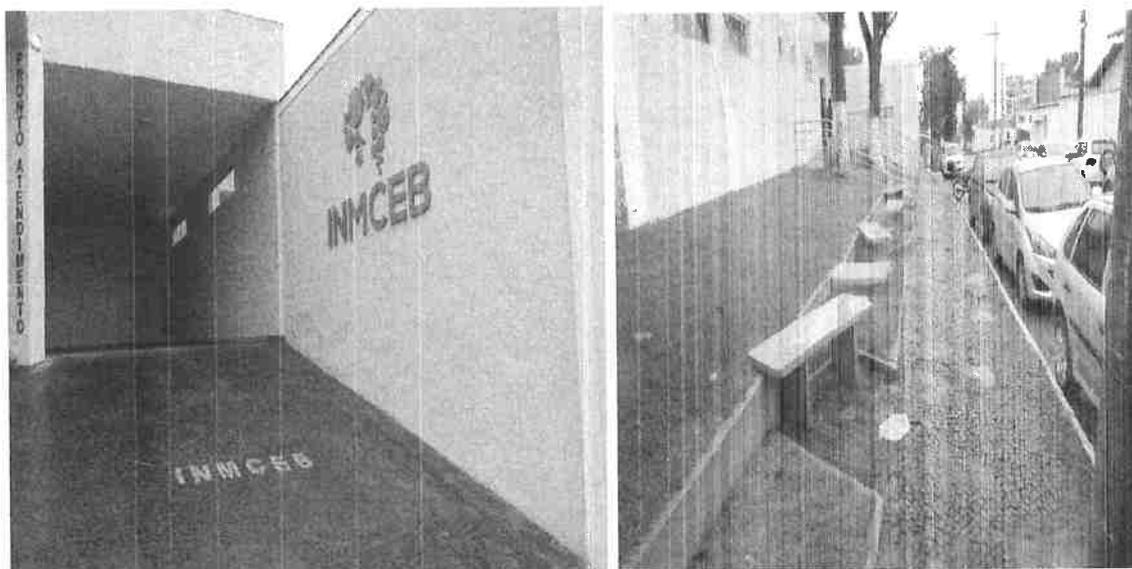
Eduardo Silva Prego MPGO – CAO Saúde  
Marcos Paulo Regis de Velasco MPGO – CAO Saúde  
Karina D’Abruzzo MPGO – PJ Anápolis  
Adriano Carvalho de Souza MPGO – UT Engenharia  
Camila Cardoso Caixeta UFG – Saúde  
Nathalia dos Santos Silva UFG – Saúde  
Ana Lourdes C. Schiavinato CRP – GO  
Karla Garcia Alves CRP – GO  
Cândido Renato Alves CRP – GO  
Jaqueline Moreira Coelho MPGO – UT Psicologia  
Emerson Fernandes DPE – GO  
Thiago Mendonça Nascimento DPE – GO

## **2. INTRODUÇÃO**

O presente relatório reúne os resultados apresentados durante a inspeção no “Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo” no dia 03 de dezembro de 2018 com início às 7 horas e finalizando às 17 horas.

Equipe foi composta por 12 (doze) profissionais, com representação do Ministério Público Estadual (MPGO), Defensoria Pública, Conselho Regional de Psicologia de Goiás (CRP 09), Grupo de Estudos RECUID- UFG, Ministério Público do Trabalho (MPT), Coletivo Liberdade. Os mesmos realizaram a visita ao “Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo”, localizado na Rua Allan Kardec, nº 39, Bairro Santa Izabel, CEP: 75083560, Anápolis-GO, inscrita no CNPJ nº 01.029.180/000105.

A instituição foi fundada em 23 de abril de 1950, sendo uma associação civil para fins de filantropia, com a finalidade de manter serviços de: assistência psiquiátrica, psicológica, neurológica, clínica, enfermagem, assistência social e religiosa.



A inspeção seguiu as orientações e direcionamentos através de documentos estruturados apresentados pela Coordenação Nacional de Inspeção em Hospitais Psiquiátricos.

A presente inspeção teve por objetivo averiguar, sob a ótica da preservação dos Direitos Humanos, o tratamento das pessoas em sofrimento mental, de forma a garantir um cuidado em liberdade e efetivo.

A metodologia básica para a realização da inspeção seguiu o procedendo de visitas não anunciadas, no amplo exercício de suas prerrogativas. Inicialmente, a equipe foi recebida pela direção da unidade, a quem se apresentou a metodologia de visita e as prerrogativas da inspeção. Após, foram desenvolvidas conversas individuais e em grupos com as pessoas atendidas pela instituição e os funcionários, em respeito à sua privacidade. Foram visitadas as instalações das unidades, sendo realizados registros fotográficos, assim como coleta de documentos institucionais. Por fim, desenvolveu-se um diálogo de encerramento com a direção tendo em vista averiguação dos documentos solicitados. A equipe da missão teve como análise:

1. Estrutura física e terapêutica;
2. Licenças e Documentações da Instituição;
3. Tipos de Internações;
4. Escuta e Observações das pessoas internadas;
5. Condições de trabalho dos profissionais;
6. Projeto Terapêutico Institucional;

7. Projeto Terapêutico Singular;
8. Internações de Longa Permanência de pessoas em sofrimento mental e ou usuários de drogas;
9. Privação de Liberdade.

### **3. PERFIL GERAL DA INSTITUIÇÃO**

#### **3.1 Estrutura Física e Terapêutica**

Em relação a estrutura da instituição, constatou-se que o “Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo”, em Anápolis, é uma instituição privada, tendo como entidade mantenedora o Sanatório Espírita inscrito no CNPJ nº 01.029.180/0001-05 com atendimentos 24 horas às pessoas em sofrimento mental e usuários de álcool e outras drogas de todas as faixas etárias, inclusive crianças e adolescentes. É de fácil acesso a população, e presta atendimento com internações involuntárias e compulsórias.

O Hospital passou por avaliação do Programa Nacional de Avaliação Psiquiátrica (PNASH) em 2013, apresentando condições inadequadas de funcionamento, não atendendo as normativas da ANVISA RDC50 e conseqüentemente a Política de Humanização em Saúde e a Lei nº 10.216 (Reforma Psiquiátrica). A partir da referida avaliação do PNASH, foi firmado Termo de Ajuste e Conduta para mudanças institucionais terapêuticas.

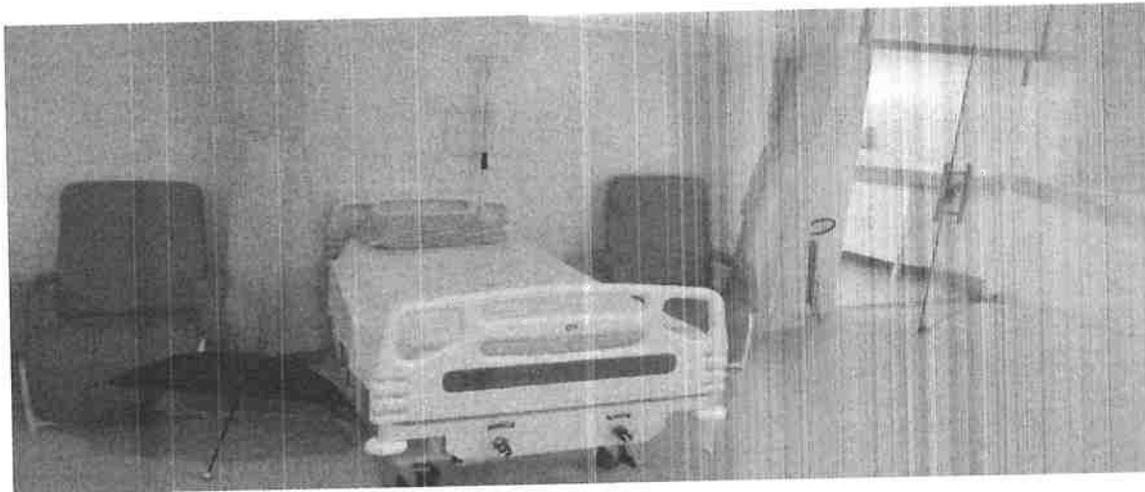
A equipe verificou que a instituição possui Alvará de Vigilância Sanitária Municipal, vistoria e liberação de Corpo de Bombeiros Militar e Regimento Interno apresentando protocolos de manejo e ações respectivos para cada profissão. As prestações de serviços do hospital são divididas por setores, os quais realizam atendimentos particulares e por convênios, possuindo leitos do SUS, em relação aos quais, entretanto, não foi possível confirmar a quantidade exata devido a incompatibilidade nas informações contidas em documentos.

Foi identificado que o Hospital possui bebedouros com água potável, banheiros (alguns com acessibilidade), chuveiros com aquecimento, apresentado infraestrutura adequada em parte das instalações prediais, o que não se identificou em outras áreas da instituição, como se pôde observar na ala de internação de longa permanência.

A infraestrutura é composta por:

### **3.1.1 Ala de urgência/ Emergência**

Trata-se da Ala mais recente do hospital, contando com macas e equipamentos novos, em ótimo estado de conservação e com higiene adequada. No momento da visita estava com baixa ocupação. Também foi possível verificar medicações vencidas no “carrinho de emergência” localizados na referida ala.



### **3.1.2 Ala infanto-juvenil**

Esta ala conta com 06 leitos, sendo um deles destinado ao SUS. No dia da inspeção havia dois pacientes: um com diagnóstico de autismo acompanhado pela mãe; um adolescente usuário de drogas, acompanhada de uma funcionária da prefeitura.

### **3.1.3 Ala usuários de álcool e outras drogas**

A ala conta com pacientes, no momento somente do sexo masculino, que durante o dia permanecem no pátio ouvindo música, conversando e exercendo outras atividades de lazer. Não foi observada superlotação. Os quartos coletivos contam com camas individuais para cada paciente. Há banheiros com divisórias e chuveiros com aquecimento, bebedouro com água potável disponível, armários com cadeado e compartimentos individualizados para guarda de objetos pessoais dos pacientes. O tratamento para questões relacionadas ao uso drogas tem como foco a abstinência e o alívio de sintomas decorrentes do uso, abstinência, ou ainda relacionados à multimorbidades psiquiátricas.

### 3.1.4 Ala da internação de longa permanência

Identificou-se que a separação dessa ala para as outras é por grades e possui aproximadamente 30 pessoas em sofrimento mental institucionalizadas por longo período. De acordo com as narrativas de alguns pacientes e funcionários, a ala abriga inclusive pessoas que foram abandonados pelos familiares, resultando nas internações de longa permanência. A instituição não possui estratégias de desinstitucionalização, o que é previsto pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 2.840 de 29 de dezembro de 2014 e a Lei nº 10.216 de 2001.

Durante a visita foi possível perceber diferenças estruturais e de cuidado desta ala em relação às demais do hospital. Observou-se fortes odores de urina, pacientes usando roupas provenientes de doações e/ou disponibilizadas pela instituição. O espaço físico com higienização insatisfatória, grades nos corredores e portões trancados. Não foi percebido pelos membros da missão de inspeção, características ambientais que possam promover reconhecimento e identificação do local como de atenção humanizada, dentro dos parâmetros para um modelo de atenção psicossocial.



### **3.1.5 Farmácia**

A farmácia conta com farmacêuticos e estagiários, todos identificados com crachás e uniformizados. As condições de estoque/dispensação dos medicamentos apresentam-se dentro dos padrões legais. Há controle informatizado de entrada/saída e consumo das medicações, todas identificadas com código de barras. Foram encontradas medicações vencidas em outras dependências da instituição (vide relato supracitado).

### **3.1.6 Lavanderia**

Há equipamentos industriais para a lavagem e esterilização das roupas pessoais e de cama. Não foi observada pela equipe nenhuma irregularidade.

### **3.1.7 Refeitório**

O refeitório conta com estrutura adequada e quantidade suficiente de alimentos, havendo de 05 a 06 refeições diárias. A qualidade da alimentação servida foi elogiada tanto pelos funcionários como pelos pacientes. A higiene se apresentou de modo adequado, nos padrões exigidos pela Vigilância em Saúde.



### **3.1.8 Almoxarifado**

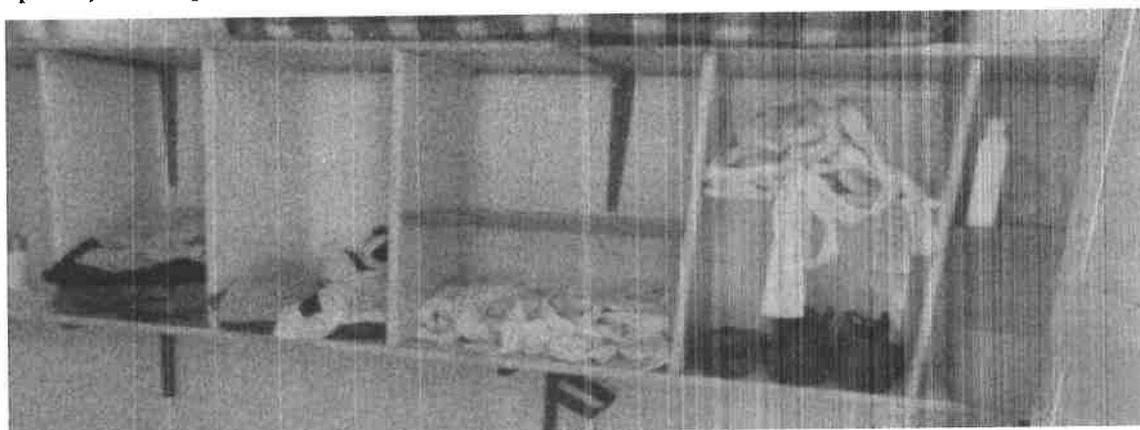
Este setor conta com corpo de funcionários trabalhando 24 horas diárias. Ali são estocados e manuseados os insumos adquiridos onerosamente ou por doação ao Hospital. Nenhuma irregularidade foi observada.

### 3.1.9 Outras observações

Em relação ao observado durante a inspeção, constatou-se que houve adequações na estrutura considerando o Termo de Ajuste e Conduta de 2013 assinado pelas Secretarias Municipal e de Estado de Saúde com o Ministério Público do Estado de Goiás, em razão do risco de descredenciamento de leitos mantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e as inadequações constatadas pelo PNASH naquele corrente ano.

Ressalta-se que, embora a atual estrutura apresente melhorias em algumas alas comparadas à avaliação do PNASH, observou-se que ainda assim a terapêutica não contempla as diretrizes preconizadas pela Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental.

Também haviam relatos de procedimentos de contenção mecânica sem padronização da prescrição. A equipe notou que as contenções são justificadas para a “proteção” do paciente, sendo encontradas várias faixas de contenção no local.



Outras questões observadas dizem respeito ao gênero dos pacientes internados. Pois no período de 01º a 30 de novembro de 2018, 76 pessoas foram internadas. Deste quantitativo, 52 eram do gênero masculino e 24 do gênero feminino. Do total de 76 leitos ocupados, 60 leitos eram financiados pelo SUS, e 16 por convênios ou particulares.

Verificou-se outro dado importante: em documentos apresentados consta o registro de que no período de 01º de julho à 30 de novembro de 2018 foram admitidos para internação o total de 514 pacientes. Destes, 360 do gênero masculino e 150 do gênero feminino, havendo desencontro no número total de internações.

Fatores como estes - e a falta de articulação de Redes de Cuidado como a Rede de Atenção Psicossocial, por exemplo, classificada como arranjo organizacional do

SUS/Portaria 3088/2011 - problematizam ainda o hospital como instituição total e com características manicomiais.

Vários estudos sobre a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária retratam a segregação e o estigma provocados por internações como forma de isolamento no tratamento das doenças mentais, falseadas muitas vezes como formas de proteção e cuidado. Neste sentido, a equipe observou que diversos investimentos realizados pela instituição direcionam e indicam a continuidade da oferta de serviços no tratamento em saúde mental, sendo assim **necessário que a mesma se adeque às normas vigentes das políticas públicas de saúde mental, bem como as orientações dos conselhos de fiscalização profissional relativas às condutas a serem desempenhadas de acordo com as legislações específicas das profissões que compõem o quadro de recursos humanos da instituição.**

#### **4. LICENÇAS E DOCUMENTAÇÕES DA INSTITUIÇÃO**

Sobre a lista padrão de documentos disponibilizada pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), todas as documentações necessárias foram entregues pela instituição. Algumas foram apresentadas posteriormente ao Ministério Público do Estado de Goiás, pois não foram encontradas pela instituição no momento da solicitação.

#### **5. TIPOS DE INTERNAÇÕES**

Constatou-se que a instituição realiza internações de longas permanências para pacientes em sofrimento mental, involuntárias, voluntárias e compulsórias.

As internações são feitas de acordo com o perfil diagnóstico, classificadas por doença mental, assim como questões relacionadas ao uso de drogas. Em relação a questão de gênero, os pacientes permanecem em locais separados, com leitos femininos e masculino.

Foi observado que há um quarto de intercorrências para pacientes em crises, mas apresentado por funcionários como aberto, sem restrições ou violações de direitos. Não foi possível constatar o fato narrado, pois no momento não haviam pacientes no local.

As visitas dos familiares aos pacientes são controladas pela instituição, com horários e datas de acordo com as normas e rotinas institucionais, registradas e monitoradas como demonstra documentações apresentadas.

## **6. ESCUTA E OBSERVAÇÕES DAS PESSOAS INTERNADAS**

Como parte do processo de inspeção, realizou-se escuta e observação dos pacientes internados na instituição. Foi observado dificuldades na fala, bem como alterações lentificação psicomotora em alguns pacientes. Não foi possível constatar se esse quadro estava relacionado a sintomatologia de alguma multimorbidade psiquiátrica ou a efeito colaterais por impregnação medicamentosa, ou ainda outros fatores.

Ressalta-se que, mesmo com as dificuldades apresentadas, os pacientes entrevistados demonstravam consciência e cognição preservadas.

Diante das narrativas, identificou-se que a maioria das internações são involuntárias, indo de encontro com o desejo dos pacientes que expressaram a vontade de não estarem na instituição. Relataram agressões físicas provocadas por outros pacientes, e que quando se reportam à instituição, não conseguem identificar providências por parte da equipe técnica para que essas violências sejam prevenidas e/ou manejadas adequadamente.

As narrativas de alguns pacientes enfatizaram existir atividades laborativas em momentos específicos da rotina diária. No entanto, a ociosidade parece ser uma característica recorrente na rotina da ala. Há falta de atenção às individualidades e singularidades no processo terapêutico, não havendo projetos de reabilitação psicossocial. Também foi constatado que os pacientes não têm autonomia para sair da instituição.

Outro relato recorrente diz respeito ao sentimento de abandono por alguns pacientes devido a família não os visitar ou fazê-lo de modo esporádico no período de internação.

## **7. CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS**

A partir da triangulação de informações coletadas e narrativas foi identificado que os profissionais trabalham com prestação de serviços em forma de contratos, com escalas de plantões. A instituição possui equipe multidisciplinar, seguindo equipe mínima estabelecida para a qualidade de funcionamento do hospital.

Notou-se a partir de narrativas que há alta rotatividade de servidores, queixa como sobrecarga de trabalho e número insuficiente de profissionais de acordo com as necessidades atuais do hospital.

De modo geral, a instituição apresentou condições de trabalho favoráveis aos trabalhadores, reuniões de equipes e capacitações em saúde mental com foco em normativas e condutas a serem executadas junto aos pacientes. Desta forma, identificou-se que a Educação Permanente não é realizada como estratégia de capacitações como prevê a Política de Educação Permanente do SUS.

## **8. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR**

A partir da Reforma Psiquiátrica, com a Lei nº 10.216, concepções de integralidade do sujeito portador de transtornos mentais foram reforçadas na atenção e cuidado disponibilizados, focando no modelo de atenção psicossocial, que tem como objetivo a confluência dos aspectos biológicos, psicológicos, políticos, sociais e culturais. Este modelo compreende o sofrimento mental como um fenômeno que engloba as diversas facetas da vida humana, reconhecendo e possibilitando ao paciente a participação no planejamento e condução de seu próprio tratamento.

Para a operacionalização desse planejamento e execução de cuidado, tem-se como orientação a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual trata de um conjunto de propostas de condutas terapêuticas dentro da equipe e com o indivíduo, família ou grupo, objetivando propiciar atuação integrada da equipe na valorização de outros aspectos que extrapolam o diagnóstico psiquiátrico e a medicação.

Observou-se, a partir dos prontuários apresentados que, não foi possível identificar projetos terapêuticos singulares para os pacientes. Muitos prontuários não tinham registro das atividades realizadas, ou registros precários, não seguindo normas e resoluções dos respectivos conselhos de fiscalização profissional e a estrutura adequada de acordo com normativas do SUS. Foram observadas fragilidades na construção dos projetos, pois não constam planos de ações a curto, médio e longo, e não são elaborados de acordo com as necessidades dos pacientes, sem avaliações ou resultados da terapêutica apresentada.

## **9. PROJETO TERAPÊUTICO INSTITUCIONAL**

O PTI foi uma das documentações solicitadas à instituição, sendo apresentado em formato de Regimento Interno com ações e manejos indicados para cada setor. O

documento não apresenta estratégias de capilaridade de cuidado, sem diálogo interdisciplinar e interinstitucional para o compartilhamento de cuidado.

Apesar de haverem relatos dos funcionários de encaminhamento dos pacientes para a Rede de Atenção Psicossocial, não consta nos prontuários e também nas narrativas dos funcionários informantes que haja uma continuidade de troca de informações sobre as trajetórias dos pacientes no processo de cuidado.

## **10. INTERNACÕES DE LONGA PERMANÊNCIA/ PRIVAÇÃO DE LIBERDADE**

No decorrer da inspeção identificou-se que há pacientes com privação de liberdade, considerando que existem pacientes internados em ambientes separados por grades e trancados com cadeados, sem permissão para transitar pela instituição ou mesmo deixá-la. Percebeu-se a falta de autonomia e liberdade de ir e vir, sendo alguns casos tutorados pela instituição. Foi o caso de uma senhora que foi internada pelos filhos, com permanência na instituição há mais de 02 meses sem perspectiva de alta e apresentava vontade de voltar para a casa. Constatou-se que não havia informações plausíveis sobre o seu tratamento em prontuário que justificava sua internação. Outros pacientes foram identificados como “moradores da instituição de longa permanência” e sem projeto de desinstitucionalização.

## **11. CONCLUSÃO**

O setor de saúde brasileiro tem oferecido uma vasta gama de inovação organizacional para as políticas públicas na área de saúde mental, trazendo uma nova perspectiva de cuidado. Para este presente relatório trazemos uma reflexão da Cidadania, Singularidade e inovação sugeridas nos estudos de Atenção à Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em uma perspectiva reflexiva crítica, quando se fala em Saúde, principalmente Saúde Mental, é pujante considerar os determinantes sociais e as iniquidades do processo de socialização atravessado pelas relações de poderes que constituem a vida em sociedade. Pensar o fazer na atenção e cuidado em Saúde Mental remete-nos à necessidade de uma prática fundamentada em evidências científicas e no compromisso das ciências com a transformação das realidades vividas de modo a romper com um saber

que oculta as desigualdades atrás de conceitos e teorias naturalizadoras da realidade social. Esse compromisso no campo da saúde mental só é possível a partir de práticas terapêuticas capazes de reconhecer as pessoas com transtornos mentais como indivíduos singulares, cidadãos de direitos, construindo alternativas possíveis de cuidado com respeito e dignidade, não permitindo que as diferenças sejam transformadas e/ou produtoras de desigualdades.

Concomitante às reflexões teóricas que embasam os apontamentos realizados a partir das diretrizes de atenção à saúde mental preconizadas pelo Sistema Único de Saúde, o objetivo principal deste relatório foi partir da descrição fidedigna dos fatos constatados durante a inspeção na instituição psiquiátrica.

Entrevistas realizadas, escutas qualificadas, documentos apresentados subsidiaram a construção deste documento para possíveis mudanças e melhorias na atenção e cuidado das pessoas em sofrimento mental.

Identificou-se que houveram mudanças efetuadas na instituição a partir do Termo de Ajuste de Conduta, após apontamentos do relatório do PNASH. O hospital foi reformado com novas instalações principalmente na parte de urgências e emergências.

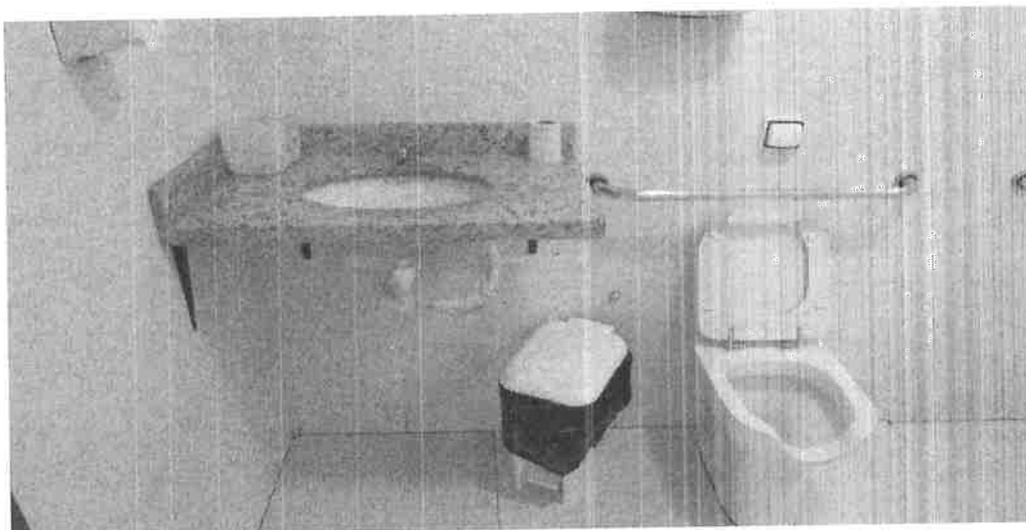
Em termos estruturais houveram modificações e investimentos satisfatórios na instituição. No entanto, o modelo psicossocial preconizado pelas diretrizes do SUS parece não ter vigência na atenção e cuidado em saúde. O isolamento, a abstinência e foco nos sintomas e crises, bem como a terapia medicamentosa, ainda são os pilares nas condutas terapêuticas.

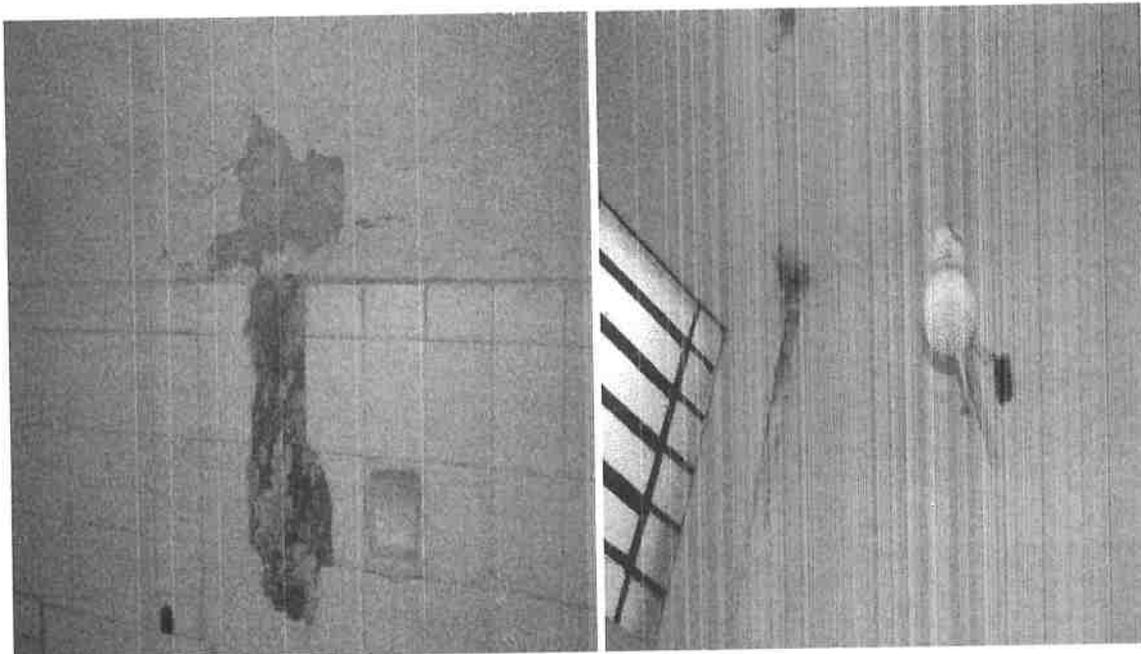
Projetos terapêuticos Singulares e institucionais não foram identificados como adequados às necessidades dos pacientes, visto que em prontuários não são registrados ações e planejamentos em redes de atenção com propostas da integralidade do cuidado e da reinserção social. Ressalta-se que, planos de ações a curto, médio e longo prazo são de fundamental importância no cuidado e tratamento contínuo na saúde mental para a efetivação da reinserção psicossocial e desinstitucionalização, visto serem comuns casos de recorrência de internações por esta falha no tratamento.

Na área da Psicologia não foi possível constatar evoluções de acordo com a Resolução CFP 01/2009 (dispõe sobre a obrigatoriedade de registro documental decorrente de prestação de serviços psicológicos), o que traz questionamentos da ética e do papel do psicólogo junto a equipe multiprofissional. Observa-se que estes registros são fundamentais para compreensão das terapêuticas utilizadas e o processo que resguarda o sigilo profissional e a integralidade no tratamento das pessoas atendidas.

Narrativas demonstraram que o quadro de profissionais pode ser insuficiente para melhor atenção e cuidado à saúde mental. Foi relatado alta rotatividade de profissionais da equipe, fato que necessita ser avaliado. A educação permanente em saúde mental não foi apresentada como projeto de ação institucional. Essas ações de educação permanente são importantes para capacitação e atualização das práticas profissionais, refletindo na melhoria da atenção em saúde.

A ala de Urgência e Emergência apresentou condições satisfatórias. Ressalta-se que esta ala aparentemente trata-se da parte da instituição de maior acesso à população que busca os serviços da instituição para manejo de crise e atendimentos ambulatoriais. Entretanto, essas condições não se estendem à todas as alas da instituição. Pois, como observou-se, há pessoas institucionalizadas sem conhecerem seus planos terapêuticos, mau cheiro nos quartos, grades trancadas por cadeado, e possível privação de liberdade.





Os princípios da Reforma Psiquiátrica preveem que a instituição que presta serviços e internações às pessoas em sofrimento mental deve garantir o mínimo de condições necessárias para o cuidado humanizado. Desta forma, a liberdade, a autonomia e o protagonismo no tratamento fazem parte do processo de humanização e efetivação da atenção e cuidado em saúde mental.

É possível concluir que a instituição necessita de maiores adequações de estruturas físicas e mudanças na proposta terapêutica, valorizando o potencial dos indivíduos como protagonista, sem deslegitimar suas singularidades e especificidades. Pontua-se também que, devido a longa permanência e institucionalização de alguns pacientes, faz-se mister que sejam implantadas políticas públicas já existentes de desinstitucionalização como, por exemplo, o projeto de serviços residenciais terapêuticos (Portaria do Ministério da Saúde nº 3.090/2011).

Em termos estruturais, aspectos manicomial e de encarceramento não condizem com o modelo psicossocial de atenção e cuidado à saúde mental instituído pela Reforma Psiquiátrica brasileira, a partir da Lei nº 10.216/01.

Trabalho em rede, educação permanente em saúde mental, fiscalizações periódicas pelos órgãos competentes, espaços de escuta dos pacientes como possibilidades de denúncias e reclamações, podem ser formas e métodos para melhorias da atenção e cuidado em saúde mental. Esses dispositivos são propostas que buscam garantir cuidado adequado, resguardando o respeito aos direitos humanos, e possibilitando protagonismo e participação efetiva dos pacientes no processo de construção conjunta de seus tratamentos terapêuticos.

## **12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**AMARANTE, P.**(Org.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil; 1 edição. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 1995.

01. **BRASIL**. Ministério da Saúde. RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 20 de mar. de 2002.

02. **BRASIL**. Ministério do Trabalho. Portaria n 8, de 08 de maio de 1996- NR 07. Alteram Norma Regulamentadora NR-7- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, v. 134, n. 91, p. 8202, 13 de mai. 1996.

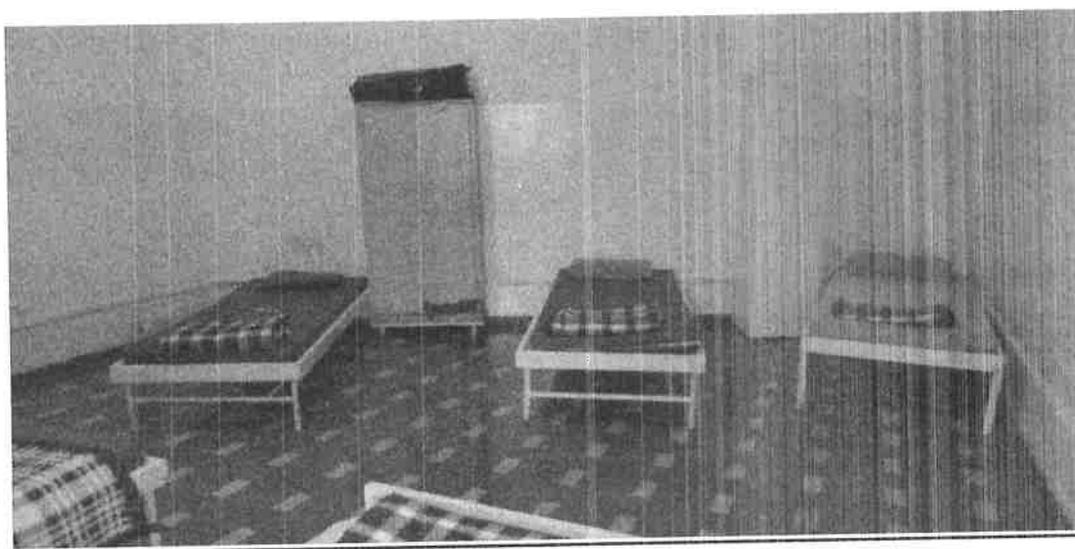
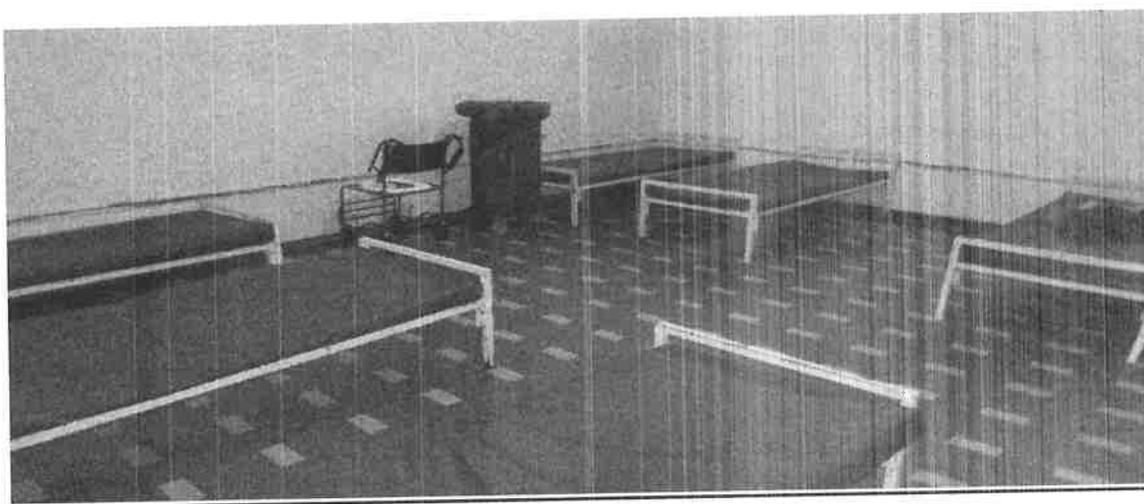
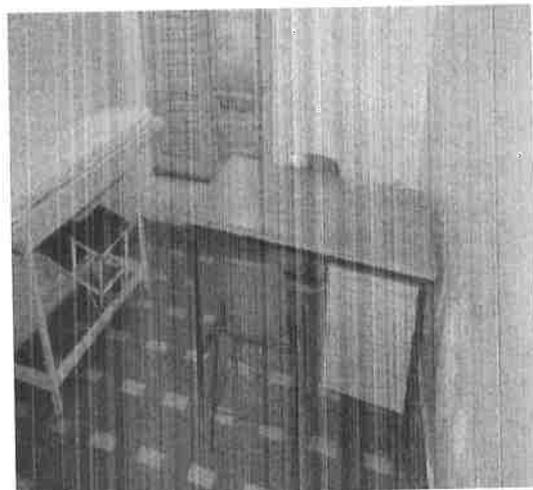
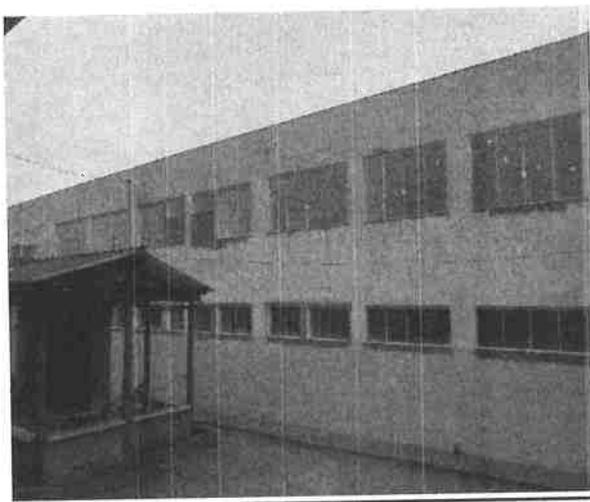
03. **BRASIL**. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº2.616, de 12 de maio de 1998. Estabelece diretriz e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 13 mai. 1998.

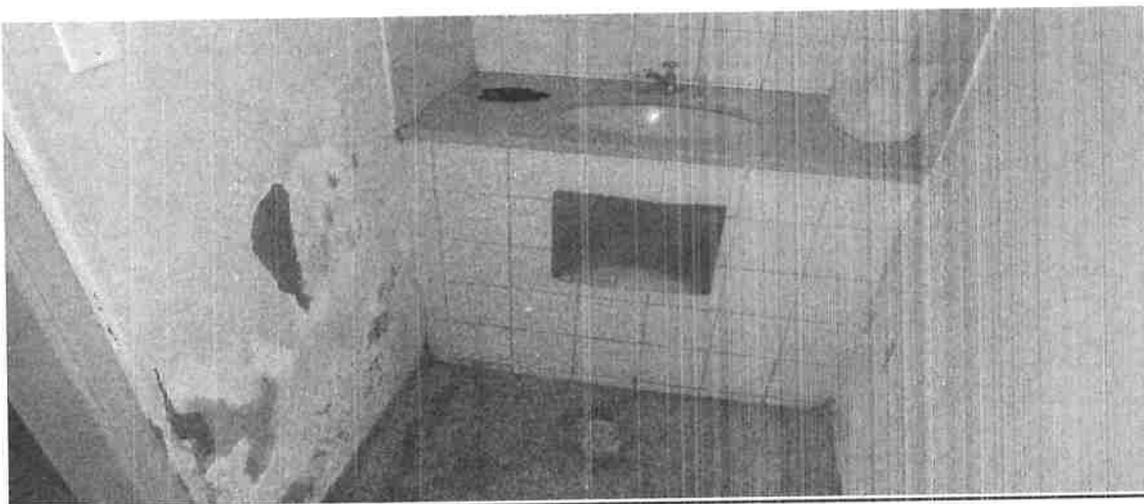
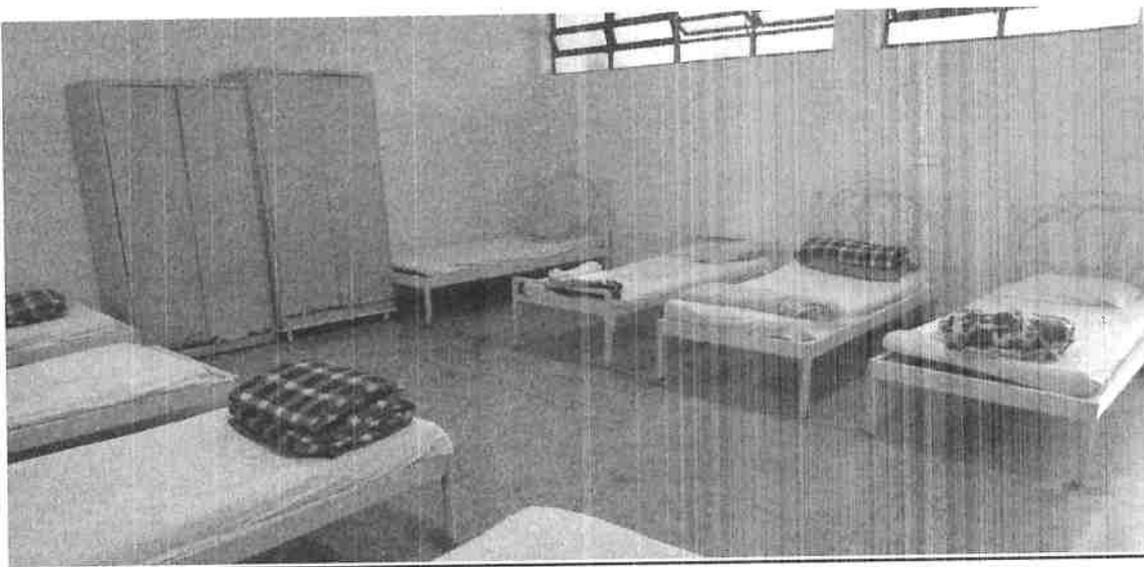
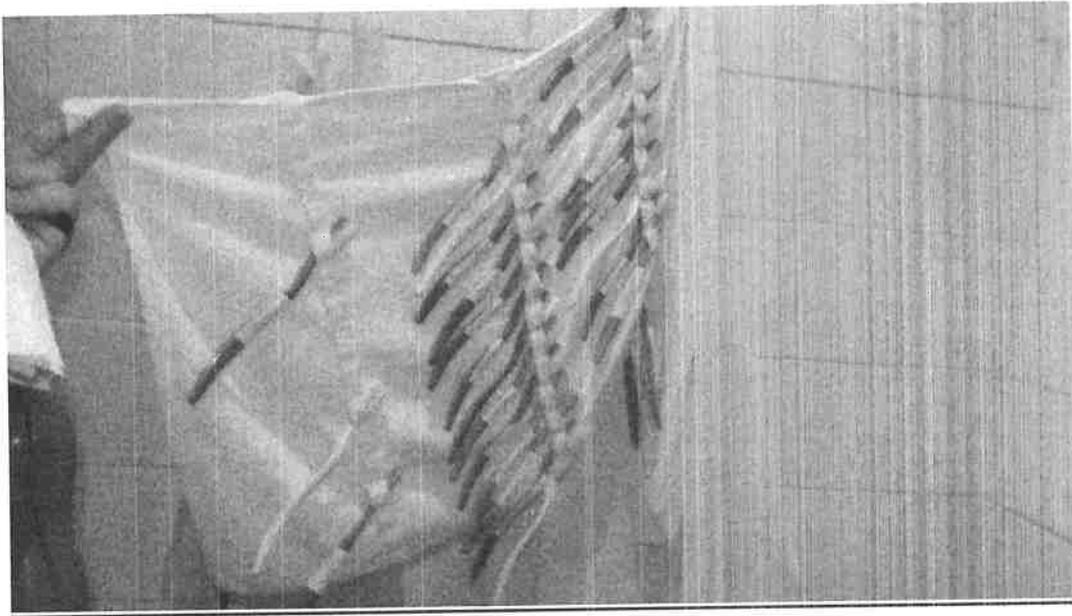
04. **BRASIL**. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n 3088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas em sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso e abuso de drogas. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, 23 de dezembro. 2011.

05. **BRASIL**. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2840 de 29 de dezembro de 2014. Cria o Programa de Desinstitucionalização do componente de Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

**PORTOCARRERO.V.** Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 152 p. Loucura & Civilização collection, v.4. ISBN 85-7541-019-9.

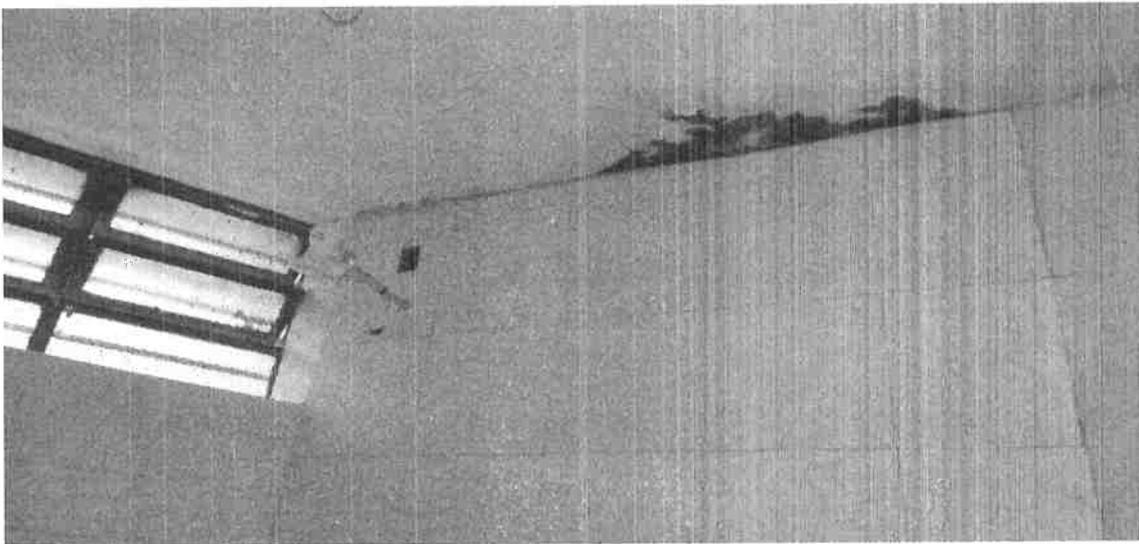
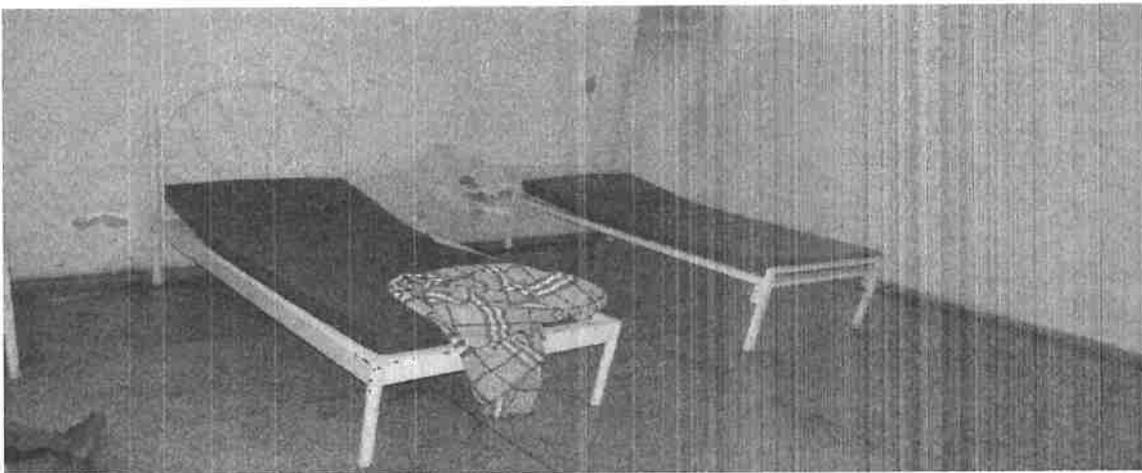
13. ANEXOS

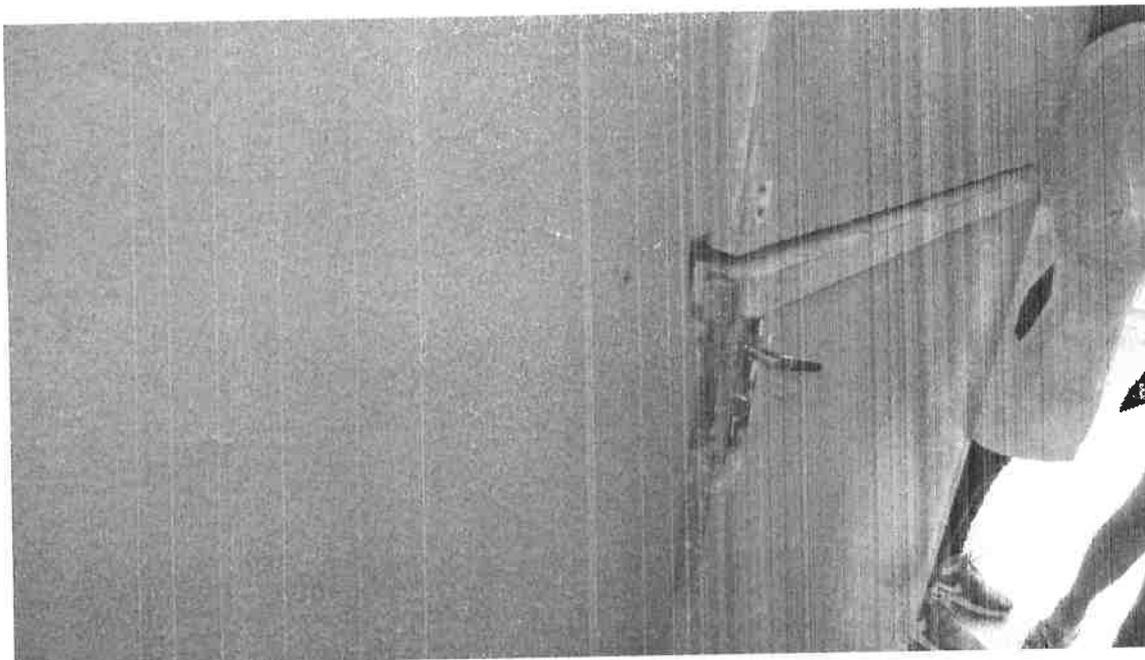




1 2 3 4 5

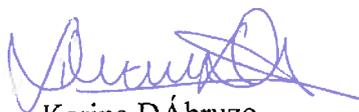
6 7 8 9 10





  
Ana Lourdes de Castro Schiavinato  
Membro da Comissão de Saúde CRP09

  
Ionara Vieira Moura Rabelo  
Presidenta CRP09

  
Karina D'Ábruzo  
Ministério Público do Estado de Goiás

  
Mayk da Glória  
Conselheiro/ Presidente da Comissão de Direitos Humanos CRP 09