



Relatório Azul 1999 / 2000



"Se vou ser louco, quero
ser louco com moral e siso.
Vou tanger liras, como Nero
Mas incêndio, não é preciso."

Fernando Pessoa



Relatório Azul 1999 / 2000



Aqui são loucos 500

A implantação da Reforma Psiquiátrica é um imperativo para romper com a ideologia dominante, na qual o doente mental aparece como incapaz de adaptar-se aos limites que a convivência da sociedade exige. Entender o louco como um cidadão portador de direitos é abrir um espaço na sociedade para o convívio com a diferença. É mudar a lógica instituída: do confinamento para a inclusão social.

Este capítulo procura construir um diagnóstico sobre a violência cada vez mais característica das instituições asilares, apontando para a urgente necessidade de rompimento com este modelo e sua substituição por uma rede de serviços que busque incentivar a autonomia e cidadania destes que já padecem de um sofrimento psíquico. A viabilidade e os bons resultados obtidos pelos serviços substitutivos em saúde mental, vêm afirmar que está em formação, mesmo que timidamente, uma rede de atenção em sintonia com os Direitos Humanos. No Rio Grande do Sul, desde 1992, uma legislação pioneira, fruto da mobilização social, orienta a implantação das políticas públicas de saúde mental.

Entender que o manicômio, hoje, constitui-se muito mais em um lugar de segregação social do que uma instituição de tratamento, bem como refletir sobre o elevado número de internações compulsórias – aquelas realizadas sem o consentimento do paciente – é pensar sobre o lugar destinado à diferença nestes últimos 500 anos. É entender que o Brasil reproduz, no tratamento do doente mental, a mesma prática aplicada a outros tantos segmentos “diferentes”: a exclusão, a segregação e o confinamento.

Aumentam as internações compulsórias

Segundo dados do Ministério da Saúde, no ano de 1999, o Rio Grande do Sul realizou 16.961 internações psiquiátricas. Destas, 5.760 foram compulsórias (33,96%). Estes números, representam tão somente as comunicações recebidas pelo Ministério Público.

A média de permanência de cada internação psiquiátrica foi de 32,8 dias. O Ministério Público instaurou cinco expedientes para investigar eventuais irregularidades em comunicações psiquiátricas compulsórias nos seguintes hospitais: Espírita, da Brigada Militar, Presidente Vargas, Clínica Pinel e Instituto Cyro Martins.

Demonstrativo das internações psiquiátricas compulsórias no RS

Ano	Número de internações
1993	3.112
1994	2.147
1995	1.765
1996	1.061
1997	2.508
1998	3.036
1999	5.760
2000	1.708*

A dupla penalização

“comprei o laudo por mil reais e não me arrependo!”

No dia 8 de novembro de 1999, a CCDH recebeu denúncia de internação psiquiátrica compulsória da adolescente M.S., de 15 anos. A mesma foi internada pela mãe no Hospital Espírita de Porto Alegre (Hepa), sob a alegação de distúrbios psiquiátricos e uso abusivo de drogas. Segundo a denunciante, a adolescente nunca fez uso de drogas e o médico psiquiatra que forneceu o laudo com solicitação de baixa, não a teria examinado, fazendo-se valer de informações fornecidas pela mãe e pela avó materna de M.S.. A mãe teria dito: “comprei o laudo por mil reais e não me arrependo!” A denunciante informa que a mãe de M.S. estaria querendo desfazer-se da filha sob a alegação de que a mesma “é mentirosa e que, com suas acusações levianas, estragou a vida da família”.

A mãe de M.S. não detém mais o pátrio poder sobre a filha e, no entanto, teria assinado como responsável pela jovem, por ocasião da internação. A CCDH também foi informada de que M.S. aparece como vítima de abuso sexual por parte de seu padastro. Em função deste abuso, durante o ano de 1998, M.S. teria sido atendida no Conselho Tutelar, tendo recebido vários encaminhamentos para programas com atendimento multidisciplinar a vítimas de violência sexual.

A CCDH encaminhou os ofícios nº 3842/1999 e 0150/2000, à Coordenadoria das Promotorias da Infância e Juventude e à 1ª Vara da Infância e da Juventude, solicitando informações sobre o fato. Em resposta à Comissão, a 1ª Vara da Infância e da Juventude encaminhou o ofício nº 2874/2000, informando que mantém-se a ação de suspensão de pátrio poder e que M.S. está residindo com a avó materna.

Morte após internação em hospital psiquiátrico

No dia 26 de fevereiro de 2000, M.C., 27 anos, que estava de férias em Florianópolis (SC), na praia de Canasvieiras, entrou em surto e foi internada no Instituto Psiquiátrico Colônia Santana. No dia seguinte à internação, o irmão recebeu um telefonema avisando que M.C. havia fugido. Posteriormente, em novo telefonema, o irmão foi avisado que haviam encontrado um corpo em um riacho, nos fundos do Instituto. Segundo os familiares, a Clínica teria afirmado que M.C. fugiu e acabou se afogando. O laudo médico, do exame no corpo de M.C., apontou como duas as causas da morte, “asfixia e traumatismo de crânio”.

A CCDH recebeu a denúncia feita pelos familiares de M.C. e enviou os ofícios 2198, 2199 e 2200/2000, à 1ª Delegacia de Polícia (DP) de Canasvieiras, ao Instituto Psiquiátrico Colônia Santana e ao Ministério Público de Santa Catarina, solicitando informações sobre os procedimentos adotados. O Ministério Público, em seu comunicado, informou da abertura de Inquérito Policial pela 1ª DP de São





José. O Instituto, através da Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina, enviou cópia da portaria que designava profissionais da saúde para realizar sindicância. Este Instituto, ainda, informou que a conclusão da mesma seria remetida à CCDH. O prazo para apresentação do relatório conclusivo da sindicância expirou no dia 13 de agosto de 2000 e, em 5 de setembro, esta Comissão enviou o ofício nº 3018/2000, solicitando cópia do resultado. Até o fechamento deste Relatório, nada nos foi enviado.

as causas da morte, "asfixia e traumatismo de crânio".

Serviços residenciais terapêuticos

Após inúmeras denúncias recebidas pela CCDH sobre clínicas e pensionatos psiquiátricos clandestinos que atuam sem a mínima condição técnica, e que, por consequência, violam os direitos das pessoas internadas pelos familiares com o objetivo de receberem um atendimento digno e de qualidade, iniciou-se um processo de discussão para regulamentação da prática destes serviços.

A Portaria nº 967/99, da Secretaria de Saúde do Estado, de dezembro de 1999, constituiu o Grupo de Trabalho responsável pela elaboração, em seis meses, das normas técnicas para o funcionamento dos serviços residenciais terapêuticos no Estado. As normas foram elaboradas e apresentadas sob forma de proposta de portaria, em Audiência Pública extraordinária, realizada pela CCDH, no dia 18 de maio de 2000. A Audiência contou com a presença de representantes de órgãos do Executivo da capital do Estado, do Ministério Público, de organizações não-governamentais e mais de duas dezenas de entidades ligadas à saúde mental. Nesta Audiência, a deputada estadual Maria do Rosário (PT), presidenta da CCDH, propôs a ampliação do Grupo de Trabalho, com a inclusão dos usuários dos serviços de saúde mental.

No momento, o documento está sendo apreciado pela assessoria jurídica da Secretaria da Saúde do Estado, para sua redação final e encaminhamentos aos meios legais cabíveis. Transcrevemos a seguir, a íntegra da normatização proposta:

"Proposta

Estabelece Normas Técnicas para funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

A Secretária da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando:

- a Lei nº 9715/92 que prevê a criação de pensões públicas comunitárias, e a necessidade de sua adequação à nova política de saúde mental do Estado;
- a Lei nº 9716/92, que estabelece a Reforma Psiquiátrica no Estado;
- a Portaria MS 106/2000, que dispõe sobre os serviços residenciais terapêuticos, caracterizados pela Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica do Conselho Nacional de Saúde como modalidade de serviço destinado a acolher portadores de transtorno mental;
- a proliferação de serviços no Estado que atendem, de forma indiscriminada e sem critério, portadores de deficiência e/ou portadores de transtorno mental;
- a consequente necessidade de definir critérios para funcionamento dos serviços públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, que prestam assistência aos portadores de deficiência e/ou portadores de transtorno mental;
- a Política de Atenção Integral à Saúde Mental da SES/RS que prevê a implantação, implementação e fiscalização destes serviços, visando a garantia de condições dignas de vida, acesso aos serviços de saúde e ampliação da capacidade de autonomia das pessoas;

Resolve:

Art. 1º - Serviços Residenciais Terapêuticos são estabelecimentos de assistência, em caráter provisório, visando a reabilitação psicossocial, a reintegração à família e o retorno ao convívio social, dos portadores de transtorno mental e/ou portadores de deficiência egressos de internações psiquiátricas longas ou repetidas e/ou em situação de vulnerabilidade social, a partir dos 18 anos e de ambos os sexos.



- Art. 2º - Para os fins de que trata o art. 1º, ficam definidos os seguintes termos:
- I – assistência: oferta de serviços de abrigamento, alimentação, higiene, lazer e ações de reabilitação psicossocial;
 - II – situação de vulnerabilidade social: pobreza, abandono definitivo ou temporário, maus-tratos físicos e psicológicos, deficiência física e mental;
 - III – caráter provisório: tempo necessário para que o usuário tenha condições de atender os objetivos estabelecidos no art. 1º;
 - IV – reabilitação psicossocial: processo de reconstrução da plena cidadania, considerando os diferentes espaços de convivência: casa, trabalho e rede social.
- Art. 3º - O serviço de que trata o artigo 1º somente poderá funcionar mediante autorização do órgão sanitário competente, através de alvará de saúde ou licença, nos termos da legislação em vigor e será supervisionado pela política de saúde mental do município onde estiver localizado.
- Art. 4º - O serviço deverá contar, pelo menos, com um profissional de saúde de nível superior, com formação, experiência ou especialização em saúde mental, que será responsável pela elaboração, coordenação e implementação do Programa Terapêutico e do Plano Terapêutico Individual.
- Art. 5º - O serviço deverá contar com uma equipe de apoio interdisciplinar composta por profissionais de nível médio e fundamental, preferencialmente com formação, experiência ou especialização em saúde mental, que será responsável pelo acompanhamento dos usuários nas rotinas diárias da casa, bem como nas atividades previstas no Plano Terapêutico Individual;
- § 1º - Deve haver normas escritas sobre as condições e horário de trabalho de toda a equipe.
- Art. 6º - Entende-se por Programa Terapêutico a definição do papel do serviço dentro do processo de reabilitação psicossocial de seus usuários, além de suas diretrizes éticas, objetivos e modalidades terapêuticas.
- Art. 7º - O Plano Terapêutico Individual é um registro individual dos moradores onde deve constar dados pessoais e endereço de um responsável, a programação de atividades a serem desenvolvidas, considerando o que mais beneficiará o usuário, bem como os profissionais responsáveis por tais atividades. O Plano deve ser revisto, pelo menos, uma vez por mês, prevendo tempo de permanência no serviço e incluir, ainda, todos os fatos relevantes ocorridos no período de atendimento relacionados à saúde, bem estar social e direitos.
- Art. 8º - O Programa Terapêutico, bem como o Plano Terapêutico Individual dos Serviços Residenciais Terapêuticos, deverão ser supervisionados pela política de saúde mental do município e estarão baseados nos seguintes princípios e diretrizes:
- a) priorizar as necessidades dos usuários, visando a construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e ampliação da inserção social;
 - b) reabilitação psicossocial, com oferta ao usuário de projetos de reintegração social, garantindo o acesso a programas de alfabetização, de reinserção ao trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários;
 - c) os moradores devem estar envolvidos na administração e gestão do serviço;
 - d) livre acesso dos usuários aos registros relativos à sua vida e saúde;
 - e) não exploração da mão-de-obra dos moradores, que deverão receber integralmente os honorários devidos por trabalhos executados;
 - f) não existência de quarto trancado ou isolado.
- Art. 9º - O atendimento clínico e psiquiátrico, bem como as intercorrências clínicas e de emergência, deve ser feito em serviço de saúde de referência;
- § 1º - A direção do serviço deverá prever, em estatuto ou regimento interno, a forma de encaminhamento para atendimentos especificados neste artigo;
- § 2º - O usuário do serviço que demandar cuidados psiquiátricos ou clínicos intensivos deverá receber o atendimento adequado em serviço especializado, só podendo retornar quando da regularização do quadro patológico.
- Art. 10º - O espaço físico do serviço deve prever o atendimento a pessoas com dificuldade de locomoção, adaptado conforme a legislação vigente e ter, no mínimo:
- I – dimensões específicas para abrigar um número máximo de 08 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 03 (três) por dormitório;
 - II – sala de estar, dormitórios, copa e cozinha, banheiro com privacidade e água quente e fria, com mobiliário necessário para o conforto e comodidade dos usuários;



III – espaço externo para lazer.

Art. 11º - O ingresso ao serviço dar-se-á através de encaminhamento de profissional de saúde, após avaliação da situação física, psicológica e social do usuário, devendo fazer parte dos registros do ingresso.

Parágrafo Único – O ingresso e a permanência devem ser voluntários, sendo permitido ao usuário ou pessoas de sua relação, o livre acesso ao serviço.

Art. 12º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, sendo que os serviços já existentes contam com um prazo de 2 (dois) anos para se adequarem a esta nova modalidade de atendimento.

Art. 13º - Revogam-se as disposições em contrário."

Governo aposta na reforma psiquiátrica

A Coordenação da Política de Atenção Integral à Saúde Mental da Secretaria da Saúde do Estado (SES) apresentou relatório das atividades realizadas no ano de 1999 e 1º semestre 2000, em resposta ao ofício nº 039/RA/2000. Publicaremos a seguir, parte do material, que se refere a implantação de um modelo substitutivo de atenção à saúde mental.

"Descentralização, acompanhamento e incentivo aos municípios para criação e credenciamento de serviços de saúde mental, bem como leitos em hospital geral de acordo com sua realidade;

- as internações psiquiátricas foram regionalizadas, sendo que o Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) e o Hospital Espirita de Porto Alegre (Hepa) passam a ser referência para a região metropolitana. Foi realizado um acordo, onde os hospitais só aceitam pacientes encaminhados pelo serviço de saúde mental dos municípios. Da mesma forma, quando da alta do paciente, o Hospital entra em contato com o serviço do município para avisá-lo, garantindo o acompanhamento permanente de cada usuário.

HPSP - Ações junto ao Hospital Psiquiátrico São Pedro e Hospital Colônia Itapoã:

- Sistematização do Projeto São Pedro Cidadão;
- acompanhamento sistemático do programa de implantação dos serviços residenciais terapêuticos e reestruturação da assistência prestada aos moradores do HPSP;
- grupo de trabalho para organização do Centro de Atenção Psicossocial da Criança e do Adolescente do HPSP.

Medicamentos - Comitê de peritos

- Criação do comitê de peritos em substâncias psicoativas do Rio Grande do Sul, em agosto de 1999, para apoio à Política de Atenção Integral à Saúde Mental, no que tange à indicação, produção, orçamentação, aquisição, controle, avaliação e pesquisa de medicamentos psicotrópicos para seu uso em saúde pública, pela rede SUS do Estado. Este comitê tem como caráter a consultoria, visando emitir orientações, pareceres, normas técnicas e protocolos e é formado por setores técnicos da sociedade (universidades, hospitais e sociedade de psiquiatria) e contempla as questões jurídicas com a participação de membros do Ministério Público e Defensoria Pública;

- atendendo a Portaria nº 1.077/99, do Ministério da Saúde, foi elaborado o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Ambulatorial em Saúde Mental do Rio Grande do Sul. O referido plano irá contemplar 318 municípios do Estado que desenvolvem ações de saúde mental, permitindo deste modo melhores condições de atenção contínua dos portadores de transtorno psíquico, o que é fundamental na implantação da Rede de Atenção Integral em Saúde Mental e efetivação do Projeto São Pedro Cidadão. O total do financiamento da assistência farmacêutica foi realizado com 80% de recursos do Ministério da Saúde, equivalente a 1 milhão, 352 mil, 830 reais e 56 centavos e 20% de recursos da Secretaria da Saúde, equivalente a 338 mil, 207 reais e 64 centavos, sendo o único Estado da Federação onde o repasse da verba foi fundo a fundo."

Governador derruba “cela forte” no São Pedro

Em ato simbólico, para marcar a concretização do projeto São Pedro Cidadão e em cumprimento à Portaria Interna nº 86/99, o governador Olívio Dutra derrubou uma das portas das “celas fortes”, também chamadas celas de observação, do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), no dia 29 de junho de 1999. A denúncia, sobre a existência de celas fortes no HPSP, foi apresentada durante Audiência Pública na CCDH, em 26 de junho de 1999 e publicada no “Relatório Azul” 98/99. Transcrevemos, a seguir, a íntegra da Portaria, assinada no mesmo dia, pelo diretor geral do HPSP, doutor Régis Antônio Campos Cruz:

“Portaria nº 86/99

O diretor geral do Hospital Psiquiátrico São Pedro, no uso de suas atribuições legais, considerando:

a) O teor da declaração da ONU de ‘Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria à Saúde Mental’, de 17 de dezembro de 1991, princípio 11, item 11;

b) a Resolução nº 1.408, do Conselho Federal de Medicina, de 8 de junho de 1994, Art. 5º, Parágrafo II;

c) a Portaria nº 224, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, de 29 de janeiro de 1992.

Resolve:

Art. 1º Extinguir nas dependências da Área de Moradia deste Hospital as salas de observação e as celas fortes;

Art. 2º Os pacientes que apresentarem agitação psicomotora nas dependências da Área de Moradia, após avaliação da equipe técnica, indicando restrição física ou isolamento, deverão ser encaminhados à Área Hospitalar;

Art. 3º De acordo com o artigo anterior, deverá haver previsão de leitos na Área Hospitalar para os casos assinalados;

Art. 4º O tratamento na Área Hospitalar contará com a participação da equipe de origem.”

O Hospital Psiquiátrico São Pedro

CCDH e CDH apuram mortes no São Pedro

M.R., 56
anos, foi
encontrada
com um corte
na cabeça.

A CCDH recebeu, no dia 10 de junho de 2000, informações sobre duas mortes ocorridas no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP). A assessoria da CCDH, juntamente com o presidente da Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados (CDH), deputado federal Marcos Rolim (PT/RS), esteve no Hospital, para averiguar a denúncia.

No dia 04 de abril, aproximadamente às 0h15min, a paciente asilar M.R., 56 anos, foi encontrada com um corte na cabeça, no pavilhão ‘Ana Freud’, onde residia. Ela faleceu após ter sido conduzida ao Hospital de Pronto Socorro (HPS). M.R. havia ingressado no HPSP em 19 de novembro de 1964. A provável autora da agressão seria R.D., 36 anos, com ingresso no HPSP em 5 de fevereiro de 1990. A mesma teria confessado o ato e entre seus pertences foram encontradas roupas sujas de sangue.





A segunda morte ocorreu no dia 8 de junho de 2000, aproximadamente às 21h30min. O paciente asilar W.P., 61 anos, foi encontrado por outros pacientes, caído no corredor do segundo andar do pavilhão 'Morel', também com um corte na cabeça. Ele estava internado no HPSP desde o dia 31 de dezembro de 1976.

Em ambos os casos foi aberta sindicância, e até o momento de fechamento do "Relatório Azul" não estava concluída. A assessoria da CCDH e o presidente da CDH visitaram o pavilhão onde residia M.R., bem como o pavilhão onde se encontrava R.D.. Esta encontrava-se em uma sala de observação, que permite aos técnicos acompanharem, do plantão, toda a sua movimentação. Ela estava apática, não respondendo ao chamado.

Sobre a falta de pessoal para atender os pacientes, a direção afirmou que o HPSP permanece chamando os aprovados no concurso público, realizado em 1995. Dos 257 concursados chamados em cinco editais, somente 57 assumiram, sendo que destes, 20 já eram funcionários da Fundação Riograndense Universitária de Gastroenterologia (Fugast).

W.P., 61 anos, foi encontrado por outros pacientes, caído no corredor.

O problema das grandes instituições

Em resposta ao ofício nº 035/RA/2000, a direção do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) enviou à CCDH um relatório das atividades desenvolvidas na unidade hospitalar durante o ano de 1999, o qual publicamos, parcialmente, a seguir:

"Reformas

A atual situação em que se encontra o Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) denuncia os problemas das grandes instituições psiquiátricas, onde são constantes e de grande número as necessidades de reformas e recursos humanos. Nesse sentido, é imperiosa a criação de equipamentos extra-hospitais que possibilitem a alta dos moradores e a extinção do hospital, conforme determina a Lei da Reforma Psiquiátrica.

Encontramos o HPSP com 15 unidades de moradia e, em 10 anos, conforme registros, somente uma foi reformada. Na atual gestão, já para o ano de 2000, está prevista a reforma de quatro unidades, sendo que a prioridade é o estabelecimento de novas formas de cuidar e um morar mais digno para estas pessoas com a construção de serviços residenciais terapêuticos, bem como unidades menores, adaptadas às necessidades da população do Hospital.

No que tange aos recursos humanos, o hospital sofreu uma evasão propiciada pelo Programa de Demissão Voluntária (PDV) e um número crescente de aposentadorias 'estimuladas' pela política federal de aposentadorias. O governo atual já chamou, através de concurso público, 185 profissionais; nos quatro anos do governo anterior foram admitidos 189.

Acreditamos, no entanto, que a implantação do 'Projeto São Pedro Cidadão' responderá às necessidades do hospital.

Dentre os exemplos que podem corroborar tal afirmativa, selecionamos as seguintes indicações:

- Democratização e participação trabalhadas nos âmbitos do Conselho Gestor, com realizações de Assembleia Geral mensal e reunião quinzenal com a Associação dos Funcionários e Servidores do São Pedro (Afusspe);
- acompanhamento e execução do projeto através do 'Programa de Padrinho', onde cada membro da direção 'adota' uma moradia e participa das reuniões de equipe e assembleia dos moradores da unidade;

- mudança na questão do Morar, onde se encaminha a criação de equipamentos extra-hospitalares para os moradores do hospital, tendo como exemplo a inauguração da Casa de Passagem, que possibilita a preparação de moradores para sua saída;
- construção de quatro Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) na área da unidade 'Ana Jobim'¹ para moradores do Instituto Dom Bosco, conforme portaria do Ministério da Saúde;
- aluguel de duas casas no bairro São José do Murialdo, número que será acrescido após a implantação desses serviços;
- construção de 36 SRTs para quatro moradores em cada unidade, em parceria com a Secretaria Especial de Habitação do governo do Estado, integrando o projeto de regularização fundiária da vila São Pedro. Está previsto ainda a abertura de um novo acesso ao HPSP, pela avenida Ipiranga;
- manutenção dos prédios onde vivem e viverão os moradores, anexando a lista das obras que constam do Orçamento, aberto em 2000.

Casa de Passagem

Em outubro de 1999, inauguramos a Casa de Passagem, localizada no prédio conhecido como Casa das Freiras, e que tem como objetivo a preparação de moradores para a saída do hospital. No dia 29 de junho de 2000, ocorreu a saída da primeira usuária, que continua sendo acompanhada pela equipe até a vinculação em definitivo a um serviço de saúde mental de seu distrito.

Atendimento ambulatorial

A parte ambulatorial do HPSP funciona com atendimentos individuais e em grupos, para portadores de sofrimento psíquico e dependência química/alcoolismo, realizados por médico psiquiatra, médicos residentes, médicos clínicos, psicólogos, assistentes sociais, psicopedagoga e neurologista.

Aumentamos o número de atendimento de cerca de 1.200 para, em média, 3.100 atendimentos pacientes/mês, de segunda a sexta-feira, o que dá uma média diária de 146 pacientes.

O ambulatório é referência para o atendimento especializado dos distritos seis e dez, e compreende os bairros Partenon, Agronomia e Lomba do Pinheiro. Para o interior, dispomos de atendimento de emergência e internação, mas não de atendimento ambulatorial, o qual deve ser feito pelo município. (...)

Consoante com a Lei da Reforma Psiquiátrica, que prevê a prática de remuneração em trabalhos realizados por pacientes que prestam serviços ao hospital, objetivando resgatar a identidade social dos mesmos, além das atividades da reabilitação, estão sendo organizados dois novos projetos. Eles já contam com recursos próprios, estando na fase de seleção dos trabalhadores-bolsistas. São eles: o programa dos cuidadores e o programa dos operadores de máquinas de lavar e secar.

No primeiro, os trabalhadores prestam serviços junto a clientes, que exijam cuidados intensivos ou clientes idosos, proporcionando melhoria em seu bem-estar geral; no outro, pretende-se criar pequenas lavanderias, junto às áreas de moradia. Tal programa está ligado com a necessidade de se individualizarem as roupas dos moradores, contribuindo com seu processo de construção de identidade.

Convém salientar o fato de que a Assembleia Legislativa aprovou lei autorizando repasse de verbas para reformas do HPSP. A lei foi aprovada para o orçamento a ser executado no presente exercício. (...) O valor total é de 2 milhões de reais, e a verba é

¹ Em 1994, um convênio firmado entre a SES e a Febem determinou que portadores de deficiência, maiores de 18 anos, passassem da responsabilidade da





destinada às reformas previstas nas Unidades do Hospital. Quanto à data de aprovação na Assembléia, foi publicada no Diário Oficial do dia 26 de maio de 2000.(...)

Central de benefícios

A Central de Benefícios foi criada com objetivo de proporcionar aos pacientes-moradores do HPSP um melhor atendimento quanto à geração, distribuição e fiscalização dos recursos oriundos do benefício do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Para isso, em abril de 1999, foi feito um mapeamento geral das condições de todos os pacientes para melhor identificar a situação em que eles se encontravam.

No referido mês, constatou-se que 459 pacientes do hospital (60%) não possuíam sequer Certidão de Nascimento; 84 pacientes (10,98%) estavam com processo de interdição em andamento; 28 pacientes (3,66%) aguardavam benefício solicitado ao INSS e 151 pacientes (19,78%) possuíam algum tipo de benefício, incluindo-se caderneta de poupança, aposentadoria por tempo de serviço, herança, etc.

Entretanto, em julho de 2000, o número de pacientes que ainda não possuíam Certidão de Nascimento reduziu para 234 pacientes (32,9%); e os que se encontram em processo de interdição, somam 124 (17,4%); os que aguardam benefício, já solicitado, somam 65 (9,1%) e os que já possuem benefício, representam 209 pacientes (29,4%)."

Demonstrativo das condições gerais dos benefícios

Situação dos pacientes	Ano/1999	%	Julho/2000	%
Sem Certidão de Nascimento	459	60	234	32,9
Com processo de interdição	84	10,98	124*	17,4
Aguardando benefício solicitado ao INSS	28	3,66	65	9,1
Com algum tipo de benefício*	151	19,78	209	29,4

Fonte: Central de Benefícios do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP). * Caderno de poupança, aposentadoria por tempo de serviço, herança, etc. * Número de processos que já estavam em andamento antes da atual direção assumir.

Conselho de Enfermagem notifica o São Pedro

O Conselho Regional de Enfermagem, após vistoria realizada em 30 de julho de 1999, notificou o Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), solicitando que o mesmo adote medidas a fim de aumentar o número de profissionais de enfermagem, bem como regularize a situação dos atendentes de enfermagem, que desenvolvem irregularmente atividades como auxiliares de enfermagem.

Ministério Público inspeciona o HPSP

A Coordenadoria Cível, da Área de Cidadania do Ministério Público (MP), inspecionou no dia 28 de junho de 2000, as dependências do HPSP, que no ano 2000 completou 116 anos. Durante a vistoria, acompanhada pelo presidente da Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Assembléia Legislativa do RS, deputado estadual Eliseu Santos (PTB), a Promotora de Justiça constatou problemas na instituição. A situação evidencia a necessidade de investimentos do Estado no hospital. Em algumas dependências, foi observada a falta de cobertores, banheiros

fétidos, móveis quebrados, umidade e péssima iluminação. A visita foi em cumprimento às determinações, assumidas em 1992, quando o MP necessitou intervir para garantir a salubridade no HPSP.

Entre o errado e o certo

Audiência discute corte nos pagamentos de benefícios

No dia 22 de maio de 2000, a CCDH realizou Audiência Pública extraordinária a fim de discutir a denúncia de que o INSS estaria exigindo interdição judicial dos portadores de sofrimento psíquico como condição para obtenção do benefício de prestação continuada. Presidida pela deputada estadual Maria do Rosário (PT), a Audiência contou com a presença do presidente da Comissão de Direitos Humanos (CDH) da Câmara Federal, deputado federal Marcos Rolim (PT), além de mais de duas dezenas de representantes de órgãos e instituições ligados à saúde mental. Na Audiência foram apresentados vários argumentos contrários à obrigatoriedade da interdição, já que este procedimento negaria direitos garantidos em lei. Os representantes do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) garantiram também que o referido procedimento não é uma norma do Instituto e que as denúncias seriam investigadas.

Pensão pública completa uma década

A Lei nº 9.176, de 7 de agosto de 1992, de autoria do deputado federal Marcos Rolim (PT), “dispõe sobre a reforma psiquiátrica no RS e determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental...”. E em seu artigo 2º, explicita uma série de serviços substitutivos ao manicômio, dentre os quais se inserem as Pensões Públicas Comunitárias.

Porto Alegre implantou, há dez anos, a Pensão Pública Protegida Nova Vida. Nela, se realiza cotidianamente o esforço de ruptura com o sistema hospitalocêntrico e se ensaia uma nova, ainda que tímida, forma de atendimento aos portadores de sofrimento psíquico. Em resposta ao ofício nº 036/RA/2000, enviado pela CCDH, recebemos o texto que publicaremos parcialmente a seguir.

“A Pensão Pública Protegida Nova Vida, neste ano 2000, ao completar 10 anos, constitui-se em um serviço de referência importante no âmbito da saúde mental.

A Pensão Nova Vida, com capacidade para atender 20 (vinte) moradores em caráter temporário, tem procurado restituir a cada um de seus usuários a condição de cidadão que lhes foi negada por uma ‘doença psiquiátrica’, durante muitos anos. Trata-se de um trabalho construído cotidianamente, que abrange desde noções de higiene pessoal a encaminhamentos para cursos profissionalizantes, visando a autonomia e o crescimento pessoal de cada um.

Em 1999 e no primeiro semestre de 2000, houve a saída de oito usuários que estavam na pensão há muitos anos. Nesse longo e importante período de convívio com uma outra realidade, que não a do hospital psiquiátrico, foi possível para estes usuários (e outros que os antecederam), acreditarem que era viável uma maneira ‘diferente’ de viver, sem muros, sem celas, sem grades, sem contenção exagerada. Eles puderam concretizar o resgate da sua cidadania, da sua condição de indivíduo, isto é, de ser humano.

Ainda que com as dificuldades que se apresentam diariamente, tais como o descrédito da família, uma psiquiatria organicista e medicamentosa, poucos recursos financeiros e os ‘surtos’ que chegam para lembrar a condição de ‘doente’, tem sido possível construir uma nova vida junto aos usuários.





Em 1999, foram realizadas duas viagens, uma a Maceió e outra a Bom Jesus, onde os usuários puderam dar uma contribuição pessoal de sua experiência. Em 2000, foram mais duas viagens, a São Lourenço e novamente a Bom Jesus.

Alguns usuários participam ativamente do Fórum Gaúcho da Saúde Mental, da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Dentre as atividades realizadas com os moradores da Pensão, neste último ano, está a Oficina de Preparação para o Trabalho. O grupo da culinária produz doces para venda e bolos para os aniversariantes da moradia. Na época de Natal, confeccionam velas artesanais e, com o dinheiro, investem em mais matéria-prima, sendo que os lucros são divididos entre si.

Na semana de luta antimanicomial (maio/2000), foi realizada uma exposição nos Altos do Mercado Público, de trabalhos de expressão e criatividade dos usuários. Tais trabalhos são resultados do Ateliê – outra atividade da Pensão Nova Vida.

Contam-se, ainda, entre as atividades realizadas neste último ano, o grupo de leitura, grupo de saúde da mulher, grupo de jardinagem e horta, grupo de familiares e assembléia de usuários.

Atualmente, na Casa de Transição encontra-se uma usuária. A Casa de Transição é uma moradia onde a pessoa que está em processo de saída da Pensão, reside por um determinado período para experimentar-se de uma forma mais autônoma. Essa usuária realiza um curso profissionalizante no Serviço Nacional do Comércio (SENAC) e paralelamente faz a reforma de sua casa, no terreno da irmã, com a perspectiva de mudança ainda este ano.

Em termos quantitativos, pode-se pensar que não são números significativos diante da demanda que sabemos existir na nossa cidade. No entanto, em termos qualitativos, são grandes vitórias. Contribuir no resgate da cidadania de pessoas portadoras de sofrimento psíquico tem um grande significado, isto é, compensando anos de luta por uma sociedade sem exclusão, mostrando que este tipo de trabalho é realizável."

Monitorando a reforma psiquiátrica

Prosseguindo com o monitoramento da implantação da reforma psiquiátrica, o "Relatório Azul" publica, a partir de dados fornecidos pela Coordenação da Política de Atenção Integral à Saúde Mental da Secretaria da Saúde do Estado, informações sobre a rede de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS).

Rede hospitalar

Este quadro apresenta os números da rede hospitalar para atendimento em saúde mental credenciada no SUS.

Quadro da rede hospitalar credenciada ao SUS

Serviço	Forma de Financiamento	Quantidade
Leitos em hospitais psiquiátricos	Público	130
Leitos em hospitais psiquiátricos	Privado	1311
Leitos em hospitais gerais	Público	88
Leitos em hospitais gerais	Privado	256
Total de leitos		1875
Serviço	Quantidade	
Hospitais dia	1	
Vagas em hospitais dia	40	
Hospitais clínicos em Psiquiatria (II)	0	
Pacientes com longa internação (MTI/S)	0	

Fonte: Política de Atenção Integral à Saúde Mental da Secretaria Estadual da Saúde (SES).

Leitos psiquiátricos em hospitais gerais

No Rio Grande do Sul não há hospitais classificados em Psiquiatria III. Os pacientes de prolongada internação (considerando 6 meses ou mais) estão institucionalizados no Hospital Psiquiátrico São Pedro (690) e no Hospital Colônia Itapuã (107)². No Rio Grande do Sul, este atendimento, é financiado pelo Serviço de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), ou seja, a permanência prolongada é paga através do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).

Leitos psiquiátricos existentes e necessários por CRS* nos hospitais gerais

Polo Regional de Saúde	CRS	População	Leitos existentes		Leitos necessários		Leitos para completar	Leitos para referência	Fluxo da Referência
			1998*	2000	1998*	2000			
Metropolitana	1º	1.396.436	644	647	639	373	0	69	
	2º	682.342	30	33	143	123	83	0	27 - 1561-F
	18º	261.850	86	8	51	48	42	0	42 - F
Sul	3º	381.811	489	490	171	141	0	349	
	7º	335.854	14	14	36	46	32	0	32 - F
Centro-oeste	4º	908.661	34	36	203	91	55	0	55 - F
	8º	251.861	88	9	34	42	33	0	33 - F
	10º	444.213	30	30	96	80	70	0	70 - F
Norte	6º	314.420	60	65	116	93	30	0	30 - F
	11º	235.580	85	5	53	43	40	0	40 - F
	15º	164.374	84	5	40	32	29	0	29 - F
	19º	218.291	85	5	30	38	33	0	33 - F
Serra	9º	901.151	187	188	179	169	0	324	
Microoeste	5º	107.258	85	5	50	27	24	0	24 - F
	13º	123.281	26	27	73	59	32	0	32 - F
	14º	257.465	21	23	38	46	23	0	23 - F
	17º	186.009	87	8	41	34	26	0	26 - F
Vales	12º	401.511	30	30	64	53	43	0	43 - F
	16º	151.360	35	20	72	60	40	0	40 - F
Total		9.519.000		1795		1795	642	642	642

Fonte: Política de Atenção Integral à Saúde Mental da Secretaria da Saúde do Estado (SES). No Rio Grande do Sul, a SES organiza-se em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Quais sejam a 1ª (POA) e 2ª (POA). 1. Leitos - somatório dos leitos em Hospital Psiquiátrico, leitos cadastrados em Hospital Geral e Leitos em Hospitais não cadastrados. 2. Leitos necessários por CRS - Este campo foi calculado pela redistribuição do número total de leitos existentes no Rio Grande do Sul, tendo como base a estimativa populacional. 3. Leitos para completar - Equivale ao número de leitos que faltam para atender a necessidade de leitos da Região. 4. Leitos para referência - Corresponde ao número de leitos excedentes na Região, que será ofertado a outras regiões para internação. 5. Fluxo da referência - Será estabelecido com CRS, com apreciação da Assedisa e aprovação do Bipartite. * Levantamento inicial da Secretaria da Saúde do Estado (SES).

² 107 pacientes psiquiátricos e mais 78 ex-portadores de hanseníase, em um total de 185 pacientes institucionalizados.





Rede extra-hospitalar

Serviços	Quantidade
Serviços especializados*	17
Ambulatórios com programa de saúde mental	49
Outros serviços de atenção básica	211

Fonte: Política de Atenção Integral à Saúde da Secretaria Estadual da Saúde (SES). * Tipo Núcleo de Atendimento Psicossocial (Naps) e Centro de Atendimento Psicossocial (Caps) ou ambulatório especializado, distribuídos em 39 municípios, sendo que 14 estão cadastrados.

Serviços cadastrados no SIA/SUS*

Município	Naps/Caps	Clínica psiquiátrica	Psiquiátrica
Bagé	1		
Carazinho	1		
Caxias do Sul	1		
Erechim	1		
Ijuí	1		
Julio de Castilhos			1
Pelotas	1		
Porto Alegre	5	3	
Rosário do Sul	1		
São Lourenço do Sul	1		
Viamão	1		1
Total	14	3	1

Fonte: Política de Atenção Integral à Saúde da Secretaria Estadual da Saúde (SES). * SIA - Serviço de Informação Ambulatorial; Naps - Núcleo de Atendimento Psicossocial; Caps - Centro de Atendimento Psicossocial - Pronto Socorro Psiquiátrico.

No Rio Grande do Sul, 29 municípios possuem serviço especializado em saúde mental (Caps) não cadastrados no Serviço de Informação Ambulatorial (SIA) do Sistema Único de Saúde (SUS). Dos 497 municípios gaúchos, 324 já desenvolvem algumas atividades de atenção à saúde mental fora dos manicômios, com as ações de saúde mental se inserindo junto às atividades já existentes, previstas no planejamento local. Fundamentalmente estes atendimentos são realizados pelos profissionais que já atendem nas unidades de saúde: médico clínico, pessoal de enfermagem e outros, como enfermeiro, psicólogo, assistente social e agentes de saúde.

A estruturação dos serviços

A instalação, no Rio Grande do Sul, de serviços especializados em saúde mental é um passo importante na constituição da rede de serviços substitutivos em saúde mental. Atualmente, os seguintes municípios já instalaram o serviço: Alegrete, Alvorada, Bagé, Bento Gonçalves, Cachoeirinha, Cachoeira do Sul, Campo Bom, Canguçu, Canoas, Carazinho, Caxias do Sul, Erechim, Esteio, Giruá, Gravataí, Ijuí, Imbé, Jaguarão, Nova Petrópolis, Novo Hamburgo, Osório, Panambi, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Rosário do Sul, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Santo Ângelo, Santo Antônio da Patrulha, Santo Augusto, Sapucaia do Sul, São Gabriel, São Leopoldo, São Lourenço do Sul, Tapejara, Venâncio Aires e Viamão.

Hospitais psiquiátricos

Avaliados em periódicas vistorias, os hospitais psiquiátricos gaúchos conveniados com o SUS permanecem apresentando irregularidades. Os relatórios do Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (GAPH)³ apontam a manutenção de celas fortes, ausência de prontuários individuais, etc.

A seguir, um panorama das clínicas e hospitais vistoriados, bem como algumas das recomendações indicadas nos relatórios de inspeção. E mais, o auto de interdição das celas fortes da Clínica Olivé Leite.

1) Hospital Vicência Maria da Fontoura – vistoriado em 23 de setembro de 1999

Na área da vigilância sanitária: Limpeza periódica dos reservatórios de água potável (de seis em seis meses) e substituição de tampa de madeira improvisada por tampa adequada; restauração da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; instalação de central de material e esterilização com fluxo adequado, com área para expurgo e lavagem separada da sala de esterilização; separar área física (com parede) da lavagem e da roupa suja; entre outros.

Na área de recursos humanos: Completar a carga horária dos Recursos Humanos, para atender o preconizado nas Portarias nº 224/92⁴ e nº 88/93⁵, do Ministério da Saúde.

Na área assistencial: Estabelecer o efetivo Sistema de Referência e Contra-Referência; desenvolver efetivo trabalho de equipe para assistência aos pacientes; centralizar, com prontuário único, todas as informações relativas às ações realizadas junto aos pacientes; explicar, fundamentando, a existência do circuito interno de televisão, visto que fere o direito à privacidade dos pacientes e que o mesmo não pode substituir a presença da equipe no cuidado dos internos; entre outros.

2) Hospital Bezerra de Menezes – Passo Fundo - vistoriado em 21 de outubro de 1999

Na área da vigilância sanitária: Limpeza semestral dos reservatórios e controle biológico mensal da água; desinsetização e desratização no hospital (o hospital não apresentou comprovação destes serviços); providências acerca de uma reestruturação geral na cozinha e na lavanderia; constituição de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (Portaria nº 2616, do Ministério da Saúde) do próprio hospital, pois a documentação apresentada é referente ao Hospital Cidade; adequação e organização dos locais destinados à Terapia Ocupacional; dentre outros.

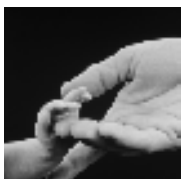
Na área de recursos humanos: Providenciar para que haja profissional enfermeiro na cobertura de todo o período de funcionamento do hospital; pessoal de enfermagem em número suficiente, atendendo o preconizado pelas Portarias nº 224/92 e nº 88/93, do Ministério da Saúde; estabelecer rotinas de enfermagem e aprimorar as escalas desta

³ Criado a partir da Portaria Estadual Nº 04/94, o Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (GAPH) tem como objetivos inspecionar, avaliar e acompanhar hospitais psiquiátricos conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS). Os demais, devem ser fiscalizados pelo Ministério Público, a partir de denúncias.

O GAPH é composto pela Política de Atenção Integral à Saúde Mental da Secretaria Estadual da Saúde (SES), Conselho Regional de Enfermagem (Coren), Conselho Regional de Serviço Social (Cress), Conselho Regional de Nutricionistas (CRN), Conselho Regional de Medicina (Cremers), Conselho Regional de Psicologia (CRP), Conselho Regional de Farmácia (CRF), Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Crefito), Sociedade de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Fórum Gaúcho de Saúde Mental, Conselho Estadual de Saúde (CES), Federação dos Hospitais e Estabelecimentos dos Serviços de Saúde (Fehosul), Associação Gaúcha dos Familiares de Pacientes Esquizofrênicos, Divisão de Vigilância Sanitária do Estado e 1ª Coordenadoria Regional de Saúde.

⁴ Esta portaria estabelece as normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar definindo a organização dos serviços baseada nos princípios da universalidade, hierarquização regionalização e integralidade além da diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial, a questão da participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução.

⁵ A Portaria 88/93 regulamenta os critérios para o credenciamento dos hospitais psiquiátricos, sobre alterações de recursos humanos nos hospitais psiquiátricos e sobre as sanções pelo não cumprimento das legislações específicas.





área; exc luir dos registros do Conselho Regional de Enfermagem (Coren) nomes de pessoas que não pertencem à Enfermagem, como o caso de dois porteiros ali encontrados, e que conste carimbo do Coren, junto a assinatura da enfermeira responsável técnica, conforme prevê o artigo 76, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Na área assistencial: O GAPH volta a insistir que o Hospital deve ter um Corpo de Médicos Plantonistas próprio, visto que a cobertura noturna é feita no Hospital Cidade, distante, fisicamente, e que o sistema de sobre-aviso poderá ser insuficiente para uma emergência súbita; melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes, os quais se apresentam ociosos; elaborar PTI para cada paciente e executar em equipe; providenciar documento específico e incluir-se no Sistema de Referência e Contra-Referência, tanto para internação quanto para alta dos pacientes; aprimorar os Prontuários, de forma que conste registro de todos os procedimentos terapêuticos para os pacientes, a abordagem à família e a forma de internação (voluntária ou compulsória) e da Referência e Contra-Referência; entre outras.

3) Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) – vistoriado em 2 de dezembro de 1999

Na área da vigilância sanitária: A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deverá permanecer atuante constantemente; na lavanderia, deverá providenciar áreas para lavagem, secagem, passagem, etc; na cozinha, revestir de material liso, lavável, impermeável e resistente os pisos e paredes, e outras providências; deverá providenciar uma sala para expurgo; deverá executar programas de treinamento sobre infecção hospitalar e outras.

Na área de recursos humanos: Completar o número necessário de profissionais de Enfermagem e de Terapia Ocupacional; regularizar a situação de profissionais que estão em exercício ilegal de função.

Na área assistencial: Estabelecer o efetivo Sistema de Referência e Contra-Referência; executar, em equipe, o Plano Terapêutico Individualizado para todos os pacientes; aprimorar os registros profissionais no "Prontuário Único" e integrar, de forma mais adequada, a prescrição medicamentosa à este documento, bem como numerar adequadamente suas páginas; melhorar o estado de conservação da área física e providenciar a substituição dos móveis velhos; melhorar as condições de trabalho, às vezes insalubres para os profissionais.

O GAPH propõe, ainda, que seja feita avaliação técnica sobre a aplicação de Eletroconvulsoterapia (ECT) realizados, com o objetivo de verificar a indicação terapêutica e técnica dos mesmos.

4) Clínica Olivé Leite – vistoriado em 25 de maio de 2000

Direitos dos usuários: Foi verificado, durante a vistoria, que a Clínica Olivé Leite continuava com as quatro celas fortes em funcionamento, ferindo a legislação em vigor e o próprio compromisso assumido quando credenciada em Psiquiatria IV pelo Ministério da Saúde. As celas fortes foram interditadas e lavrado Auto de Infração no final da vistoria.

Foi constatado também que os quartos na Seção Feminina têm um sistema de trinco que fecha a portas pelo corredor, com um visor que permite a observação externa. Estes mecanismos ferem o princípio da liberdade e da dignidade da pessoa, mesmo a que está submetida a tratamento ⁶.

Sobre a inviolabilidade da correspondência do paciente, a direção da Clínica informou que, quando chegam as cartas, as mesmas são entregues aos pacientes pelos seus médicos, durante a consulta semanal.

Sobre a informação ao paciente das ações terapêuticas que serão realizadas, para obtenção de seu consentimento, a Direção entregou uma cópia do documento de Solicitação de Internação e Termo de Consentimento, onde consta a Autorização Prévia para qualquer procedimento terapêutico, inclusive o uso dos Quartos Intensivos (celas fortes). Esse documento é assinado pela família no momento do ingresso na Clínica.

⁶ Conforme Declaração da Organização das Nações Unidas (ONU), de 17 de dezembro de 1991, sobre a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a melhoria da assistência à saúde mental.

Sobre as internações psiquiátricas compulsórias: Todas as internações foram comunicadas ao Ministério Público, significando que não foi possibilitado ao paciente e/ou familiar formar opinião sobre a necessidade da internação (voluntariedade).

Na área assistencial: Não está prestando assistência aos usuários, conforme o estabelecido pela Portaria nº 224/92, do Ministério da Saúde.

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH): A Clínica apresenta irregularidades relativas à esterilização do material, local adequado, fluxo de material e controle do processo de esterilização

Indicadores assistenciais: Em 1999, houve um total de 1256 internações, sendo que 57,8% foram reinternações. Em 2000, houve um total de 409 (até maio), sendo que 61,1% foram reinternações. De acordo com o Ministério da Saúde, o parâmetro é de 30% ao ano.

Sobre a média geral de permanência, em 1999 foram 59 dias. Em 2000, 57 dias. De acordo com o Ministério da Saúde, o parâmetro é em média de 30 dias.

Conclusões:

Inicialmente, cabe a consideração que a Clínica Olivé Leite tem um sistema de informatização de alta qualidade, que permite o acompanhamento e gerenciamento de toda a sua estrutura institucional, que serve como ferramenta para um planejamento e controle de todas as suas ações, bem como desenvolve um programa de saúde ocupacional e de estímulo à qualificação dos seus funcionários.

Entretanto, esta Clínica infringe vários aspectos fundamentais na assistência psiquiátrica, surpreendendo que seja considerado Hospital de Ensino, recebendo verbas públicas para a formação de profissionais que estarão exercendo suas atribuições profissionais, muitos deles, no Sistema Único de Saúde.

Os indicadores assistenciais encontrados, o desrespeito aos portadores de sofrimento psíquico, o descumprimento da Portaria nº 224/92 (na área assistencial, nos recursos humanos) e as evidências de cobrança irregular de serviços contratados pelo SUS são fatores que não recomendam esta Clínica ser Hospital Ensino, no campo de estágio de duas Universidades, nem na contratação pela saúde pública para prestação de serviços de internação.

5) Hospital Espírita de Porto Alegre (Hepa) – vistoriado em 15 de junho de 2000

Na área da vigilância sanitária: Melhorar os equipamentos, utensílios e câmara de carnes, na cozinha; providenciar carrinhos fechados para o transporte de roupas sujas, a fim de evitar contaminação no percurso, paredes de separação até o teto (área de roupa suja e roupa limpa), melhoria na área física que apresenta infiltrações, mofo e piso precário, na lavanderia; providenciar Serviço de Controle de Infecção Hospitalar; providenciar para que não haja, no hospital, medicamentos e materiais utilizados na assistência aos pacientes com prazo de validade vencidos, bem como utensílios como socador de medicamentos encontrado com mistura de medicamentos (restos), o que resultou em Auto de Infração; entre outras.

Na área de recursos humanos: O Hospital deverá completar o quadro de pessoal, conforme Portaria 224/92 do Ministério da Saúde.

Na área assistencial: O Hepa continua com dificuldades de elaborar o Plano Terapêutico Individualizado para os pacientes, e de fazer discussão dos mesmos em equipe, ficando as ações centradas nas abordagens médicas e de enfermagem. O PTI é considerado essencial e, portanto, o GAPH aponta como irregularidade o fato de não estar ocorrendo como prática terapêutica. O Hepa tem feito esforço em cumprir a exigência de Referência e Contra-Referência e efetua queixa sobre a rede de saúde, que não possibilita melhorar esse sistema. Os prontuários, embora apresentem boa organização, ainda necessitam aprimoramento, visto que os componentes do GAPH apontam dificul-





dades para empreender registros médicos e também ocorrem registros de auxiliares de enfermagem, por exemplo, sem carimbo. Foi solicitado que os critérios de admissão que existem formalmente, sejam utilizados na prática. O Hepa não realiza eletroconvulsoterapia (ECT), embora tenha equipamento e condições técnicas; colocou em funcionamento as comissões de ética, óbitos, farmácia e regimento interno e, no aspecto relativo aos direitos do usuário, não faz mais a exigência do banho para todos os usuários que internem pelo SUS, mas somente para os que chegam em precário estado de higiene.

Índice de reinternações: Em 1999, verifica-se que a taxa de reinternação é de 60,1% e, em 2000, de 59,8%: o equivalente ao dobro do recomendado pelo Ministério da Saúde, que é uma taxa de 30% ao ano. O fato pode ser relacionado com as dificuldades existentes no sistema de referência e contra referência, como também com o tratamento recebido pelos usuários, basicamente medicamentoso.

Primeira Caravana mostra a realidade manicomial

A Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados enviou à CCDH o relatório⁷ da “Primeira Caravana Nacional de Direitos Humanos - Uma amostra da realidade manicomial brasileira”. A caravana integra o projeto “Caravanas Nacionais de Direitos Humanos”, que tem como objetivo estar presente nos locais onde as violações mais comuns aos Direitos Humanos são praticadas. O relatório, resultante do trabalho de 12 dias, oferece uma amostra da realidade manicomial brasileira, em sete estados: Goiás, Amazonas, Pernambuco, Bahia, Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo. Apresenta uma situação que indica a permanência de um modelo anacrônico de atenção à saúde mental no país. Após as visitas, a CDH apresentou uma lista de recomendações ao Ministério da Saúde, as quais descrevemos na íntegra:

I - Que o Ministério da Saúde se posicione publicamente em favor da reforma psiquiátrica brasileira, emprestando seu apoio a todas as tratativas políticas necessárias para a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica ainda este ano;

II - que o Ministério da Saúde convoque imediatamente a III Conferência Nacional de Saúde Mental;

III - que o Ministério da Saúde realize uma auditoria nacional nas clínicas e hospitais psiquiátricos brasileiros;

IV - que o Ministério da Saúde desenvolva uma política específica que desestime as internações psiquiátricas abusivas e desnecessárias, remunerando serviços de atenção em saúde mental, inclusive aqueles eventualmente mantidos por clínicas e hospitais, de natureza ambulatorial e comunitária;

V - que o Ministério da Saúde elabore uma política específica de atenção e auxílio aos familiares de doentes mentais comprovadamente carentes, remunerando seus cuidados em um valor de aproximadamente 50% da diária hoje repassada aos hospitais. Com essa medida, entendemos que milhares de pacientes poderiam ser efetivamente cuidados no âmbito de suas relações familiares, sem que isso signifique um transtorno. Por óbvio, uma medida dessa natureza deveria se fazer acompanhar por um intenso trabalho de preparação e esclarecimento das famílias. Entendemos que uma solução do tipo cumpriria, ainda, um relevante papel social amparando famílias em situação de miséria;

VI - que o Ministério da Saúde fortaleça todos os serviços alternativos à internação psiquiátrica, notadamente os Naps e Caps, generalizando experiências do tipo para todas as regiões;

VII - que o Ministério da Saúde realize um levantamento minucioso a respeito do consumo de medicamentos nas clínicas e hospitais psiquiátricos brasileiros;

⁷ O texto de Relatório pode ser encontrado no site www.rolim.com.br.

VIII - que o Ministério da Saúde elabore uma portaria específica regulamentando o emprego de eletroconvulsoterapia (ECT) no Brasil, no sentido de restringi-la ao máximo. Que esta normativa estabeleça claramente a indicação médica exclusiva para casos de depressão gravíssima; que exija o parecer prévio de uma junta interdisciplinar independente; que disponha sobre os procedimentos de consentimento informado aos familiares; que determine a obrigatoriedade do uso de anestesia, etc.;

IX - que o Ministério da Saúde e o governo federal elaborem uma campanha nacional de combate ao preconceito contra os doentes mentais, combatendo os mitos da periculosidade e da incapacidade civil dos pacientes acometidos de sofrimento psíquico;

X - que o Ministério da Saúde elabore política específica para generalizar a experiência de lares abrigados para pacientes que perderam seus vínculos familiares;

XI - que o Ministério da Saúde estabeleça um prazo para que os pacientes dependentes químicos (alcoolismo e drogaditos) sejam todos transferidos para instituições ou centros de tratamento de natureza não psiquiátrica;

XII - que o Ministério da Saúde elabore uma portaria específica proibindo a realização de neurocirurgias em pacientes psiquiátricos;

XIII - que o Ministério da Saúde, após vistoria criteriosa, estabeleça termo de ajustamento com as clínicas e hospitais onde se verificar a vigência de uma concepção prisional e asilar no trato com os doentes mentais, sob pena de descredenciamento;

XIV - que as Clínicas Psiquiátricas visitadas pela Caravana em Goiânia sejam as primeiras a serem vistoriadas e que se avalie a possibilidade de descredenciá-las da Psiquiatria IV (o mais alto nível de credenciamento do Ministério) para outro inferior enquanto não se adequarem;

XV - que a Clínica São Paulo, visitada pela Caravana em Salvador (BA) seja imediatamente interdita.

XVI - que o Ministério da Saúde, em ação conjunta com os Estados, elabore um diagnóstico preciso sobre a realidade dos manicômios judiciários brasileiros;

XVII - que os deputados que subscrevem esse relatório obtenham, por parte do Ministério da Saúde, autorização para livre acesso a todas as instituições, públicas e privadas, de prestação de serviços na área de saúde mental;

XVIII - que comissões estaduais indicadas pela próxima Conferência Nacional de Saúde Mental possam obter essa mesma autorização do Ministério para realizarem inspeções independentes e periódicas em clínicas e hospitais psiquiátricos brasileiros.

Além dessas recomendações ao Ministério da Saúde, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal estará oficiando as autoridades estaduais, governos locais, Assembleias Legislativas e Ministério Público, para que outras medidas ao alcance dessas instituições possam ser tomadas no prazo mais curto de tempo. (...)”

IPF: permanece o descaso

A partir da Audiência Pública sobre Saúde Mental, realizada pela CCDH, em 26 de maio de 1999, foi deliberado que as entidades presentes seriam convidadas a participar em uma visita de inspeção ao Instituto Psiquiátrico Forense (IPF), organizada pela CCDH. Transcrevemos, a seguir, o relatório parcial da visita, realizada no dia 18 de junho de 1999, que além da CCDH, contou com a presença de representantes da Coordenação da Política de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado, da Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica, da Política de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), do Conselho Regional de Psicologia, da Pensão Protegida Nova Vida, do Centro Atenção Integral à Saúde Mental e do Centro de Vigilância em Serviço de Saúde da SMS de Porto Alegre.

Segundo o diretor da Casa, a instituição conta com 616 pacientes, sendo que 80% são oriundos do interior. A maior parte deles é do sexo masculino (565 homens e 51 mulheres). O efetivo de servidores totaliza 116 funcionários, dentre os quais há 34 agentes de segurança, 25 técnicos administrativos, 20 médicos, dois assistentes sociais, um terapeuta ocupacional, uma enfermeira e uma psicóloga da Superintendência dos Serviços Penitenciários.





rios (Susepe). (...) No turno da noite, há somente dois auxiliares de enfermagem para ministrar a medicação e o IPF não possui farmacêutico para dispensá-la. Na triagem, estão 27 cidadãos, que a partir da intervenção da Corregedoria Penitenciária, há aproximadamente 20 dias, são encaminhados ao pátio, de dois em dois, algemados, a fim de tomarem sol por 30 minutos. Esse procedimento é somente realizado nos dias em que há sol; nos outros dias, os internos não usufruem deste direito. A maioria das celas da triagem não possuem janelas, apenas uma portinhola na porta da cela, que dá para o corredor. Pela estimativa da atual direção 200 homens, no mínimo, poderiam sair do IPF e serem atendidos pela rede pública de saúde ou irem para suas casas. As visitas no IPF ocorrem às quintas-feiras, das 13 horas às 16h30min.

Dando prosseguimento à visita, os representantes das entidades passaram a vistoriar as condições dos pacientes e das instalações da instituição. O primeiro local visitado foi a farmácia, onde percebeu-se a precariedade com que a medicação é tratada, apesar do esforço das funcionárias que ali atuam. Não há o nome da medicação, nem sua data de validade. O sistema de administração da mesma ocorre através de um quadro de cores que corresponde aos diferentes fármacos. O "sistema" apresentado coloca em dúvida a garantia da execução da prescrição médica.

No isolamento da Unidade "G" (unidade fechada), que apresenta duas celas com um leito em cada, há um leito improvisado no corredor. Segundo os funcionários da unidade, estes cidadãos seriam os mais perigosos. Na Unidade "F", também unidade fechada, encontramos o jovem N.M., 20 anos, natural de Novo Hamburgo, que estava em uma espécie de cela de triagem. O cidadão justificou estar interno no Instituto por tentar atear fogo em um prédio público. Nas celas da Unidade "F" foi constatada a presença de quatro pacientes em "cela forte", que permanecem constantemente algemados por um dos pulsos ao estrado da cama. A Unidade de Triagem encontrava-se lotada. De todas as inspeções realizadas pela CCDH nos últimos anos, esta foi a primeira vez que encontramos uma mulher na Triagem, índia da tribo Kaingang. Em uma das celas, onde haviam quatro presos, a água do chuveiro estava fria há mais de uma semana. Na Unidade "C" (aberta) há uma deficiência de pessoal para auxiliar no trabalho da chácara, que possui aproximadamente um hectare. Nesta unidade, os internos possuem livre acesso ao pátio. Na Unidade "A" encontramos dois dormitórios com aproximadamente 80 leitos, sendo que muitos dos internos estão em Alta Progressiva (AP). A lotação desta ala é de no máximo 120 pacientes. A Unidade Feminina conta com um agente e um atendente, que são responsáveis pelas 35 mulheres. A triagem feminina ocorre no isolamento da própria ala quando a Unidade de Triagem está lotada. Encontramos M.C., grávida de sete meses, na cela "1". Segundo os funcionários, ela realiza os exames pré-natais com médico da Penitenciária Feminina Madre Peletier. M.C. chegou grávida à instituição. A cidadã J.F., 43 anos, oriunda do município de Pelotas, afirmou estar tomando medicação muito forte que a impede de se movimentar, fazendo com que fique com a língua dura e com mal-estar. Ela estaria recebendo injeções de 15 em 15 dias prescritas pelo médico do Instituto. A Unidade "D" (aberta) passa a impressão de que os pacientes podem usufruir de maior liberdade. São aproximadamente 60 internos que ocupam um espaço bastante organizado e limpo. Os quartos possuem armários individuais. No pátio interno da Unidade há duas caixas de esgoto abertas.

Considerações finais

Na perspectiva de que os pacientes internos no IPF estão submetidos a leis que os mantêm recolhidos neste estabelecimento e leis que lhes garantem direitos, consideramos que:

- Analisando o modelo de atendimento vigente no IPF, sob o ponto de vista da Reforma Psiquiátrica, percebemos que o mesmo ainda se caracteriza como carcerário manicomial, proporcionando condições muito reduzidas de reinserção social aos seus internos. A ilustração clara desta situação dá-se no fato de que o Instituto possui mais agentes penitenciários do que agentes de saúde, caracterizando-o mais como presídio do que local de tratamento;

- a ociosidade é uma característica permanente para os pacientes de quase todas as alas. Durante a visita não conseguimos visualizar nenhuma atividade criativa ou produtiva que pudesse compor o cotidiano daqueles cidadãos. Este aspecto certamente contribui para a cronificação da doença. A opção da Instituição, visivelmente centrada na medicação, caracteriza-se como um contra-senso, já que a mesma não possui sequer um farmacêutico;

- durante a inspeção aos mais variados setores da instituição, ouvimos o permanente discurso da falta de pessoal para suprir a carência dos serviços. Entretanto, constatamos que não estão sendo executadas as medidas para a saída dos pacientes inadequados ao Instituto. Sugerimos que, além do estudo para viabilizar a transferência de pacientes a presídios comuns, seja implantado um plano que mantenha o paciente em contato com a sua família e com o sistema de saúde de seu município, visando minimizar os casos em que o paciente permanece no IPF por perda de vínculo;

- não há critérios bem definidos para o estabelecimento da permanência dos cidadãos nas “celas fortes”, tampouco nos foram apresentadas outras alternativas de contenção, métodos tecnicamente mais modernos, adequados e humanos;

- em quase todas as unidades encontramos a presença de beliches nos dormitórios, sendo que os mesmos são considerados absolutamente inadequados para uma casa de saúde;

- quanto à limpeza, percebemos que várias latas de lixo não utilizavam sacos plásticos internos e não apresentavam tampas, o que é bastante impróprio para uma casa de saúde. Os banheiros não fogem a regra, apresentando más condições de higiene;

- com relação à medicação, verificamos não haver um cuidado técnico com sua guarda e acondicionamento, ressentindo-se a falta de um farmacêutico. Segundo o diretor geral, a mesma chega a levar até cinco horas para ser ministrada a todos os pacientes da instituição, face ao número reduzido de enfermeiros e/ou auxiliares de enfermagem;

- segundo informações fornecidas pelo diretor geral, em regra, todos os internos do IPF são submetidos à medicação psiquiátrica. Em contrapartida, do universo de pacientes medicados acredita-se que muitos possam vir a sofrer os efeitos colaterais previstos na medicação em uso;

- os banheiros não apresentam barras de segurança na parte dos chuveiros e nem piso anti-derrapante, dificultando até mesmo o banho para pessoas não medicadas;

- durante a visita encontramos muitos pacientes dormindo e, tendo em vista o fato da inspeção ter ocorrido no período da tarde, levantamos a suspeita de que muitos destes poderiam estar sob ação de sedativos;

- levando em consideração que os pacientes permanecem bastante tempo nas suas camas, causou-nos estranhamento a falta de higiene nas mesmas. Em algumas unidades encontramos colchões sem nenhuma proteção (lençol), fazendo com que o interno permaneça com seu corpo em contato direto com a espuma. Também não observamos a presença de fronhas e sobre-lençóis;

- constatamos também a presença de pacientes com sarna e piolho, indicando problemas em relação a higiene dos internos.

Resposta do IPF

A direção do IPF enviou informações sobre a situação da instituição, analisando cada um dos aspectos apontados no relatório elaborado pela equipe de vistoria.

“1) Quadro funcional atual: o Hospital possui 148 funcionários: na área administrativa são 21; no setor de segurança, 50; no jurídico, 3; na área médica, 23; na área de saúde, 45; na área de assistência social, 4 e, na área da nutrição 2;





2) chuveiros com água fria: a reposição das resistências queimadas é feita rotineiramente na medida que são fornecidas pelo Almoarifado Central da Superintendência dos Serviços Penitenciários (Susepe). O pedido é mensal, mas nem sempre chegam em quantidade suficiente;

3) chácara: continua parada por falta de funcionários. Os pacientes não conseguem trabalhar sozinhos. Conseguem apenas administrar precariamente os cuidados na criação de algumas aves domésticas (galinhas, gansos, ...);

4) caixas de esgoto abertas: foram fechadas;

5) limpeza: a limpeza das unidades é feita pelos pacientes. Continua deficiente, mas foram tomadas providências junto a Administração Central da Susepe para contratação de pessoal, ou empresa terceirizada que se responsabilize pela limpeza. Existe o trabalho dos terapeutas ocupacionais na coordenação dos grupos operativos, mas que ainda não é suficiente;

6) medicação: a partir de fevereiro de 2000, o IPF recebeu um farmacêutico, cedido pela Secretaria da Saúde, com tempo integral, o qual passou a coordenar a guarda, acondicionamento e distribuição da medicação. A distribuição aos pacientes melhorou sensivelmente com a chegada dos auxiliares de enfermagem (17). No dia 9 de fevereiro de 2000, o promotor de Justiça, Gilmar Bortolotto, do Ministério Público, em visita de inspeção, não atestou nenhuma irregularidade na farmácia do IPF;

7) barras de segurança e piso anti-derrapante nos banheiros: a construção do IPF não previu este sistema de segurança. Por outro lado, nenhum funcionário ou paciente trouxe a esta direção alguma solicitação a esse respeito e tampouco razões maiores que a justificasse. Mas é uma observação que esta direção está estudando junto à equipe técnica para adequar as normas recomendadas para hospitais, especialmente junto à equipe de engenharia prisional da Susepe;

8) higiene das camas: esta higiene continua sendo feita pelo próprio usuário. São distribuídos lençóis e fronhas rotineiramente. Muitos pacientes usam este material para outros fins. A distribuição é feita equitativamente entre as unidades, de acordo com o fornecimento mensal do Almoarifado Central da Susepe;

9) pediculose e escabiose: periodicamente são tomadas medidas, com o uso de medicação adequada, tais como emulsão de benzoato de benzina, em solução, e sabonete com a mesma substância. Neste momento o surto está sob controle, estando os pacientes em constante observação a fim de evitar novo surgimento dos referidos ácaros."

Credenciamento do IPF ao Sistema Único de Saúde

A CCDH enviou o ofício nº 2639, em 23 de setembro de 1999, ao governador do Estado do Rio Grande do Sul, Olívio Dutra, manifestando apoio a iniciativa do diretor do Instituto Psiquiátrico Forense (IPF), doutor Luiz Carlos Ilafont Coronel, quanto ao credenciamento do IPF ao Sistema Único de Saúde (SUS) e da reativação dos pagamentos da verba, oriunda do citado sistema, ao Hospital Penitenciário de Porto Alegre, ora suspenso. A deputada Maria do Rosário (PT), presidenta da CCDH, salientou que este projeto irá contribuir para sanar uma grande injustiça social, que é a falta de atenção à saúde das populações confinadas no sistema prisional e em cumprimento de medida de segurança.

Projeto "IPF Cidadão" completa um ano

A CCDH recebeu, da direção do Instituto Psiquiátrico Forense (IPF), o relatório de um ano do projeto "IPF Cidadão", o qual transcrevemos a seguir.

"O projeto foi lançado em abril de 1999, por ocasião dos 75 anos do IPF. (...) A base de tal projeto foi a de tentar proporcionar um tratamento digno, do ponto de vista técnico e humano, às pessoas que encontram-se no IPF. A estratégia de mudança

escolhida foi transformar o hospital em um Complexo Hospitalar para a Rede Penitenciária, transformando-se, portanto, em Hospital Geral, com Unidade Psiquiátrica (de acordo com a Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992, que trata da Reforma Psiquiátrica no RS).

A atual política de saúde da Secretaria endossou tal estratégia, apenas não dispõe, ainda, de recursos financeiros, para sua implementação. Esta mudança no caráter do hospital objetiva torná-lo recuperado e reabilitado, deixando de ser uma “instituição total”⁸, paulatinamente.

As modificações na assistência começaram com a identificação dos pacientes, bem como registro de sua situação, fator até então precário. Acompanhando este processo, houve uma personalização no atendimento médico, isto é, os pacientes foram divididos pelos técnicos e, enquanto permanecerem no IPF, serão atendidos pelos mesmos médicos, evitando a tradicional fragmentação e divisão do campo de saúde.

Além da personalização do atendimento – cada paciente tem o seu médico – foi realizada uma reorganização do espaço hospitalar, ou seja, foram organizadas duas unidades para tratamento de ‘agudos’ – unidades ‘F’ e ‘G’ – sendo que a unidade ‘G’, destina-se a dependentes químicos (principal problema de saúde no hospital). Permaneceram ainda a Unidade de Triagem e a Unidade Feminina, ao passo que as demais albergam moradores – fora de crise – em tratamento convencional.

Em que pese as carências de pessoal, foi dada ‘alta/desinternação’, em 1999, a 12% da população do IPF, embora esta tenha crescido em 20%; nosso propósito para este ano é o de chegarmos a 20% de ‘altas/desinternações’.

A população atual do IPF está em 622 pessoas (dados de agosto deste ano) sendo que 380 em alta progressiva (61%), isto é, que têm benefício de, à medida que melhorarem, serem reintegrados à família e à comunidade, gradualmente. O baixo índice de óbito (0,6%) indica que os cuidados básicos de saúde, estão sendo dispensados.

Visando não perder o vínculo familiar dos pacientes, está sendo solicitada ao Judiciário, a antecipação de avaliação de periculosidade, para que mais cedo possam retornar ao convívio social (caso tenham condições emocionais).

Finalmente, a casa está em tratativas com as redes penitenciária, de saúde e recursos comunitários, para a colocação de cerca de 200 pacientes crônicos e que necessitam de lares terapêuticos (conforme a última legislação federal, para essa população específica).

Foi articulada a participação de pacientes e funcionários em todos momentos da organização e funcionamento da casa, por isso todas unidades realizam reuniões de equipe e assembleias com os pacientes. As deliberações são coletivas. Criou-se uma Comissão de Recepção do Instituto, integrada por pacientes e estagiários. O setor de manutenção da casa também conta com a participação de pacientes.

Foram criadas as diretorias de ensino e pesquisa, de perícia, além da direção geral e técnica (eleita pelos técnicos), já existentes.

A área de ensino e estágios conta com atividades regulares, teóricas e práticas, acolhendo cerca de 100 alunos das áreas de medicina, psicologia, terapia ocupacional, enfermagem, serviço social, etc. A maioria dos estágios são de graduação, no entanto existem também, estágios de pós-graduação – ‘lato sensu e strictu sensu’.

Existem oito teses de mestrado e doutorado em desenvolvimento na casa, nas áreas de saúde mental e legislação.

Estamos ultimando, para encaminhar à Susepe, um projeto de ‘Residência em Psiquiatria e Lei’, para médicos e profissionais da área de saúde; iniciativa esta pioneira no país, tão carente de recursos especializados na matéria.

Estão sendo processados os convênios com as principais universidades gaúchas, públicas e privadas, para acordos de cooperação técnica e de ensino.

Embora tenham ingressado 16 auxiliares de enfermagem, por concurso, este ano no IPF, um farmacêutico e dois terapeutas ocupacionais, o quadro de necessidades ainda é grande, basta mencionar que o total de funcionários é de 148.

O credenciamento junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), embora adiantado nos trâmites, ainda não foi concedido e o Congresso Nacional das Casa de Custódia e Tratamento em Porto Alegre ficou para o ano vindouro.

⁸ E. Goffman.



Saúde mental

213

[illegible]



2. isolamento: o isolamento é a colocação e retenção de um paciente em uma peça nua, com o propósito de conter uma situação clínica, que pode resultar em um estado de emergência;

3. contenção: a contenção diz respeito às medidas destinadas a restringir os movimentos físicos de um paciente, mediante o uso de faixas de couro ou de pano. Está indicada quando os pacientes são tão perigosos para si, ou para outros, representando assim, uma séria ameaça que não pode ser controlada de outro modo. Os pacientes podem ser temporariamente contidos para serem medicados ou por períodos mais longos, se os medicamentos não podem ser usados. Com maior frequência, os pacientes contidos acalmam-se após algum tempo. Em um nível psicodinâmico, estes pacientes podem até mesmo receber bem o controle de seus impulsos oferecidos pela contenção mecânica."

