

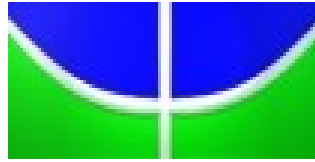
**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**ANÁLISE DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DISPENSADA ÀS MULHERES  
COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA INTERNADAS NOS HOSPITAIS  
DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO BRASIL**

**CÁSSIA VALÉRIA DE CASTRO**

Brasília – DF

2014



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**ANÁLISE DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DISPENSADA ÀS MULHERES  
COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA INTERNADAS NOS HOSPITAIS  
DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO BRASIL**

**CÁSSIA VALÉRIA DE CASTRO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Debora Diniz

Co-Orientadora: Maria Tavares Cavalcanti

Brasília – DF

2014

## **CÁSSIA VALÉRIA DE CASTRO**

### **ANÁLISE DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DISPENSADA ÀS MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA INTERNADAS NOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO BRASIL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em

#### **BANCA EXAMINADORA**

---

Debora Diniz  
(Faculdade de Ciências da Saúde/UnB)

---

Maria Tavares Cavalcanti  
(Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental/UFRJ)

---

Dirce Guilhem  
(Faculdade de Ciências da Saúde/UnB)

---

Lívia Barbosa  
(Programa de Pós-Graduação em Política Social/UnB)

---

Newton Narciso Gomes Junior (Suplente)  
(Programa de Pós-Graduação em Política Social/UnB)

Dedico este trabalho a um grupo muito particular de mulheres, cuja condição de vida se inscreve no que podemos considerar como da ordem máxima das minorias: as mulheres inscritas nas etiquetas do mundo como loucas, presidiárias e criminosas.

## **AGRADECIMENTOS**

À CAPES, pela bolsa que permitiu a execução da pesquisa que deu origem a esta dissertação.

À professora Debora Diniz, por ter me proporcionado os primeiros passos na vida acadêmica e no mundo dos conceitos. E por ser uma inspiração sempre.

À professora Maria Tavares Cavalcanti, por sua disponibilidade sem limites e pela paciência em ensinar tudo que parecia incompreensível.

Ao professor Marcelo Medeiros, pelo apoio durante todo o curso de mestrado e, principalmente, pela suavidade nas fases difíceis.

À professora e jornalista Malu Fontes e à jornalista Maria Espiridião, pela leitura dos primeiros rabiscos.

À Helena Patini Lancellotti, pela dedicação como assistente de pesquisa.

À matilha, especialmente Luciana Stoimenoff, Vanessa Canabarro, Letícia Naves, Fabiana Paranhos e Juliana Paiva, por toda a colaboração.

## RESUMO

A partir do censo brasileiro dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), realizado em 2011, foi feito um recorte dos HCTP onde havia mulheres esquizofrênicas internadas a fim de realizar um estudo descritivo das condições físicas e do cuidado em atenção psicossocial nesses HCTP, bem como comparar os resultados obtidos com diretrizes nacionais (Ministério da Saúde) e internacionais (*Schizophrenia Patient Outcome Research Team* (PORT)) para o tratamento de pacientes esquizofrênicos. Para a coleta de dados, foi construído um questionário baseado no instrumento *WHO QualityRights* da Organização Mundial da Saúde (OMS). O instrumento foi aplicado em 13 HCTP, sendo respondido por seus diretores ou representantes. O principal resultado foi a confirmação do caráter ambíguo desses dispositivos, que ficam na fronteira entre o cuidado e a reclusão, mantendo características de espaços de tratamento e de prisão. Ao mesmo tempo em que há a tentativa de seguir algumas recomendações das diretrizes nacionais e internacionais, como a presença de equipes multidisciplinares e a oferta de atividades diversificadas às pacientes, há, em alguns desses HCTP, a presença de algemas, escolta, restrição do espaço de circulação e celas fortes. Este estudo tem como principal fragilidade o fato de não ter verificado as informações dadas pelos entrevistados, baseando-se, portanto, no depoimento de profissionais ligados à direção dos HCTP estudados. Também não foram ouvidas as mulheres a quem esses cuidados se destinam. As informações apontam para questões sérias ligadas ao tratamento de reclusão a pacientes psiquiátricos, ainda que estejam cumprindo medida de segurança.

**Palavras-chave:** Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico; Mulheres portadoras de esquizofrenia em medida de segurança; Assistência psicossocial a pacientes esquizofrênicos.

## **ABSTRACT**

Based upon the Brazilian census of Custodial and Psychiatric Treatment Hospitals (CPTH) conducted in 2011, a sample of CPTH with schizophrenic women patients was selected in order to describe the physical conditions and the psychosocial attention care in these institutions, as well as to compare the results with the national guidelines set by the Brazilian Health Ministry and also the international guidelines set by Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). The data was collected using a questionnaire based on the instrument WHO QualityRights conceived by the World Health Organization (WHO). The questionnaire was completed by 13 hospital directors of the CPTH. The main results include the confirmation of the ambiguous nature of these devices which reside on a fuzzy border between care and confinement, while maintaining characteristics of treatment and imprisonment spaces. On the other hand, there are some attempts to follow recommendations of national and international guidelines such as the presence of multidisciplinary teams and offering diversified activities for patients. In some of these CPTH, we can observe the use of handcuffs, security escort, restricted space movement and strong cells. The main weakness of this study has to do with the fact that the information given by the respondents were not verified, therefore relying exclusively on the information given by hospital directors of CPTH. The female patients who are the users of the care service also weren't heard. The data collected points to serious issues relating to the treatment of psychiatric patients in confinement, even if security measures are being followed.

**Keywords:** Custodial and Psychiatric Treatment Hospitals; Women with schizophrenia in custody; Psychosocial assistance to schizophrenic patients





## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1: Quantitativo de pacientes internados	
Tabela 2: Mulheres com diagnóstico de esquizofrenia nos HCTP	
Tabela 3: Relacionamento afetivo das pacientes diagnosticadas com esquizofrenia	60
Tabela 4: Relacionamento afetivo das pacientes diagnosticadas com esquizofrenia por região	60
Tabela 5: Permissão de visitas íntimas para pacientes diagnosticadas com esquizofrenia	60
Tabela 6: Permissão de visitas íntimas para pacientes diagnosticadas com esquizofrenia por região	61
Tabela 7: Pacientes diagnosticadas com esquizofrenia que recebem BPC	62
Tabela 8: Pacientes diagnosticadas com esquizofrenia que recebem BPC por região	62
Tabela 9: Pacientes diagnosticadas com esquizofrenia/Administração da renda	62
Tabela 10: Pacientes diagnosticadas com esquizofrenia/Administração da renda por região	63
Tabela 11: Tipo de quarto onde ficam as pacientes com esquizofrenia	64
Tabela 12: Tipo de quarto onde ficam as pacientes com esquizofrenia por região	64
Tabela 13: Quantitativo de pacientes com esquizofrenia por quarto em cada região	64
Tabela 14: Unidades de internação com porta individual nos sanitários	65
Tabela 15: Unidades de internação com porta individual nos sanitários por região	65
Tabela 16: Unidades de internação com porta individual nos chuveiros	65
Tabela 17: Unidades de internação com porta individual nos chuveiros por região	65
Tabela 18: Unidades de internação com grades nos quartos	66
Tabela 19: Unidades de internação com grades nos quartos por região	66
Tabela 20: Horários marcados para alimentação nas unidades de internação	67
Tabela 21: Horários marcados para alimentação nas unidades de internação por região	67
Tabela 22: Horários livres para alimentação nas unidades de internação	67
Tabela 23: Horários livres para alimentação nas unidades de internação por região	67
Tabela 24: Quantitativo de refeições oferecidas diariamente nas unidades de internação	68
Tabela 25: Quantitativo de refeições oferecidas diariamente nas unidades de internação por região	68
Tabela 26: Horários marcados para banho nas unidades de internação	68
Tabela 27: Horários marcados para banho nas unidades de internação por região	69
Tabela 28: Horário determinado para banho nas unidades de internação	69
Tabela 29: Acesso de pacientes acamadas ou dependentes a banho	69
Tabela 30: Acesso de pacientes acamadas ou dependentes a banho	69
Tabela 31: Quantitativo de banhos diários nas unidades de internação por região	69
Tabela 32: Horários marcados para ida ao pátio	70
Tabela 33: Horários marcados para ida ao pátio por região	70
Tabela 34: Profissionais disponíveis nas unidades de internação	71
Tabela 35: Quantitativo de especialidades de atendimentos oferecidas nas unidades de internação por região	71
Tabela 36: Quantitativo de profissionais disponíveis em cada unidade	72
Tabela 37: Quantitativo de pacientes, profissionais e internos por profissional nas unidades de internação por região	72
Tabela 38: Relação pacientes/categoria profissional	73
Tabela 39: Relação pacientes/psiquiatras	73
Tabela 40: Ocorrência de óbitos nas unidades de internação	74
Tabela 41: Ocorrência de óbitos nas unidades de internação por região	75
Tabela 42: Ocorrência de suicídio nas unidades de internação	75
Tabela 43: Ocorrência de suicídios nas unidades de internação por região	75

Tabela 44: Ocorrência de agressão física que resultou em processo/imposição de novas medidas de segurança por região	76
Tabela 45: Ocorrência de agressão física que resultou em processo/imposição de novas medidas de segurança	76
Tabela 46: Ocorrência de transferências nas unidades de internação	
Tabela 47: Ocorrência de transferências nas unidades de internação por região	,
Tabela 48: Ocorrência de fuga/evasão nas unidades de internação por região	77
Tabela 49: Ocorrência de fuga/evasão nas unidades de internação	77
Tabela 50: Ocorrência de fuga/evasão nas unidades de internação por sexo	78
Tabela 51: Ocorrência de abuso ou violência sexual nas unidades de internação	78
Tabela 52: Ocorrência de abuso ou violência sexual nas unidades de internação por região	79
Tabela 53: Atividades oferecidas nas unidades de internação por região	79
Tabela 54: Quantidade de atividades oferecidas nas unidades de internação por região	80
Tabela 55: Possibilidade de consulta com um psiquiatra nas unidades de internação	81
Tabela 56: Possibilidade de consulta com um psiquiatra nas unidades de internação por região	82
Tabela 57: Possibilidade de consulta com outros profissionais nas unidades de internação	82
Tabela 58: Possibilidade de consulta com outros profissionais nas unidades de internação por região	82
Tabela 59: Possibilidade de realizar atividades fora das unidades de internação	83
Tabela 60: Possibilidade de livre trânsito dentro das unidades de internação	84
Tabela 61: Possibilidade de livre trânsito dentro das unidades de internação por região	84
Tabela 62: Uso de algemas em trânsito dentro das unidades de internação	84
Tabela 63: Uso de algemas em trânsito dentro das unidades de internação por região	84
Tabela 64: : Uso de escolta para transitar nas unidades de internação	85
Tabela 65: : Uso de escolta para transitar nas unidades de internação por região	85
Mapa 1: Livre trânsito dentro das unidades de internação	85
Tabela 66: Contato das pacientes com os filhos	86
Tabela 67: Ocorrência de comunicação por carta	86
Tabela 68: Ocorrência de comunicação por carta por região	87
Tabela 69: Ocorrência de comunicação por carta	87
Tabela 70: Ocorrência de comunicação por carta por região	87
Tabela 71: Ocorrência de comunicação por telefone	87
Tabela 72: Ocorrência de comunicação por telefone por região	87
Tabela 73: Ocorrência de comunicação por telefone	88
Tabela 74: Ocorrência de comunicação por telefone por região	88
Tabela 75: Ocorrência de tratamento psicoterápico nas unidades de internação	88
Tabela 76: Ocorrência de tratamento psicoterápico nas unidades de internação por região	89
Tabela 77: Ocorrência de tratamento diferente do psicoterápico nas unidades de internação por região	89
Tabela 78: Ocorrência de isolamento como parte do tratamento nas unidades de internação	90
Tabela 79: Ocorrência de isolamento como parte do tratamento nas unidades de internação por região	90
Tabela 80: Espaço de isolamento nas unidades de internação	90
Tabela 81: Espaço de isolamento nas unidades de internação por região	90
Tabela 82: Registro de isolamento nas unidades de internação	90
Tabela 83: Registro de isolamento nas unidades de internação por região	91
Tabela 84: Ocorrência de isolamento como punição	91
Tabela 85: Ocorrência de isolamento como punição por região	91

Tabela 86: Uso de contenção em caso de agitação psicomotora	92
Tabela 87: Uso de contenção em caso de agitação psicomotora por região	92
Tabela 88: Registro de contenção nas unidades de internação	93
Tabela 89: Programa de suporte para alta progressiva	94
Tabela 90: Programa de suporte para alta progressiva por região	94

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHCPR	Agency for Healthcare Research and Quality
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSMV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
HCTP	Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Assistência Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAI-PJ	Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental
PAILI	Programa de Assistência Integral ao Louco Infrator
PORT-Schizophrenia	<i>Schizophrenia Patient Outcomes Research Team</i>
SPSS	<i>Statistical Package Social Sciences</i>
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
UnB	Universidade de Brasília
UPHG	Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	13
<b>1 O UNIVERSO DA PESQUISA</b>	20
1.1 Esquizofrenia	20
1.2 Os Hospitais Psiquiátricos no Brasil	24
1.3 A Reforma Psiquiátrica no Brasil	27
1.4 Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil	29
1.5 O sistema judiciário e os doentes mentais	30
1.5.1 PAILI	33
1.5.2 PAI-PJ	34
1.6 Os Modelos Comparativos	35
1.6.1 Ministério da Saúde/BR	35
1.6.2 PORT	39
<b>2 A PESQUISA</b>	42
2.1 Estruturação da Pesquisa	42
2.2 Mapeamento do campo de estudo	43
2.3 Elaboração do Instrumento/Questionário	47
2.4 Aspectos Metodológicos	52
2.5 Observações sobre Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	54
<b>3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	57
3.1 Pacientes diagnosticadas com esquizofrenia	58
3.2 Relacionamento Afetivo	59
3.3 Renda	61
3.4 Documentação	63
3.5 Estrutura Física e Rotinas	63
3.6 Eventos Sentinela	74
3.7 Organização do Tratamento	79
3.8 Visitas	
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	102
<b>REFERÊNCIAS</b>	104
<b>APÊNDICE</b>	113
<b>ANEXOS</b>	114

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objeto de estudo o tratamento das mulheres com diagnóstico de esquizofrenia nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) no Brasil. Trata-se de um desdobramento do Censo Nacional dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico realizado em 2011<sup>1</sup> (DINIZ, 2013). Antes de abordarmos propriamente as questões da dissertação, é importante contextualizarmos a evolução da assistência psiquiátrica no Brasil de forma geral e nos HCTP de forma particular.

A fundação da psiquiatria brasileira, e posteriormente a sua reforma, seguiu um modelo hegemônico europeu, ainda que com décadas de atraso. A criação do primeiro hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro ocorreu no século XIX, antes mesmo que o Brasil se visse como uma República<sup>2</sup>. Mas as mais contundentes transformações aconteceram nas últimas quatro décadas, com a reforma psiquiátrica.

Desde o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, deflagrado em 1978, as práticas hospitalocêntricas passaram a ser alvo de críticas e questionamentos. Em 1979, no III Congresso Mineiro de Psiquiatria em Belo Horizonte (MG), estiveram presentes, entre outros psiquiatras e intelectuais, Franco Basaglia, psiquiatra italiano protagonista na reforma do sistema de saúde mental no seu país<sup>3</sup>, e Robert Castel, sociólogo francês que dedicou grande parte do seu trabalho ao estudo de pessoas ou grupos desfavorecidos (AMARANTE, 1995). Reconhecidamente o esforço e trabalho de ambos havia sido decisivo nas transformações dos manicômios na Itália e na França. Os debates ali iniciados criaram um ambiente tempestivo para o movimento anti-manicomial.

---

<sup>1</sup> O Censo Nacional dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil foi publicado em 2013. Os dados foram coletados entre 31 de janeiro de 2011 e 16 de dezembro de 2011, a partir da iniciativa do Ministério da Justiça, e analisados pela Universidade de Brasília e pela Anis: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero.

<sup>2</sup> O primeiro hospital psiquiátrico no Brasil, Hospício Pedro II, foi inaugurado em 1852, na Praia do Rio Vermelho, no Rio de Janeiro (AMARANTE, 2008).

<sup>3</sup> A Lei Basaglia, de 1978, estabeleceu o fim dos manicômios na Itália.

Ao final da década de 1980 no Brasil, refletindo esses movimentos iniciados no exterior, seguiu-se o Projeto de Lei 3.657/89<sup>4</sup>, posteriormente a Lei 9.716<sup>5</sup>, promulgada no Rio Grande do Sul em 1992, e a Lei 10.216/01<sup>6</sup>, que estabelece as diretrizes para a política nacional de saúde mental, sancionada em 2001. Todos esses mecanismos legais apontavam para o tratamento não institucionalizado, bem como para a atenção multiprofissional ao doente psiquiátrico.

Entretanto, os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) não estão inseridos no sistema de saúde, mas no sistema de segurança. Assim sendo, ficaram à margem de qualquer mudança. Isso tem gerado discussões em relação ao funcionamento dos hospitais de custódia, bem como sobre sua legitimidade<sup>7</sup>. Essa discussão ganhou caráter público na imprensa<sup>8</sup> e a psiquiatra forense Hilda Morana (2008) comenta:

Os HCTP funcionam devido à intensa dedicação de seus funcionários. A maioria deles tem estrutura penitenciária e não de hospital. Alguns possuem enfermarias, que são, em geral, lotadas, sem espaço para uma devida circulação. Mas a grande maioria tem a estrutura de celas, onde abrigam número variado de custodiados.<sup>9</sup>

Conforme o Censo Nacional dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (DINIZ, 2013), existem 3989 homens e mulheres internados em hospitais de custódia ou alas psiquiátricas de presídios (DINIZ, 2013). O Censo 2011 foi um estudo quantitativo e qualitativo com análise dos dossiês<sup>10</sup> das 3989 pessoas que viviam nos 26 HCTP em 2011 (DINIZ, 2013). Foram coletados dados sobre a situação sociodemográfica, o percurso jurídico e a saúde mental dos indivíduos, incluindo diagnóstico clínico.

---

<sup>4</sup> O PL 3.657/89 dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

<sup>5</sup> Lei estadual que dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul e determina substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias.

<sup>6</sup> Lei sancionada em 6 de abril 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

<sup>7</sup> Cf. MORANA (2008) e BRASIL (2002).

<sup>8</sup> Cf. SASSINE (2013) e MARIZ (2012).

<sup>9</sup> *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

<sup>10</sup> Dossiês, segundo Diniz (2013), são unidades de arquivamento que agrupam um conjunto de documentos sobre uma ação, um evento ou uma pessoa (CUNHA & CAVALCANTI, 2008). Nos HCTP eles são chamados de pasta de informações, processos, prontuários jurídicos, papeletas ou simplesmente arquivos.

O Censo 2011 (DINIZ, 2013) revelou três populações distintas que estavam encarceradas: um grupo de pessoas em internação temporária (aquelas que aguardavam um laudo de sanidade mental, outras com laudo e aguardando os trâmites processuais e as egressas de penitenciárias com doença psiquiátrica superveniente), indivíduos em medida de segurança e aqueles cuja pena havia sido convertida em medida de segurança. Os pacientes dos dois últimos grupos totalizavam 2956.

A coleta dos dados foi feita entre 31 de janeiro e 16 de dezembro 2011. Naquele momento, havia 23 hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e 3 alas de tratamento psiquiátrico; 3989 pacientes, sendo 3684 homens e 291 mulheres (em 14 casos, o sexo não foi informado). Os diagnósticos encontrados nos hospitais foram agrupados em oito categorias: epilepsia, esquizofrenia, retardo mental, transtornos afetivos uni ou bipolares, transtornos de personalidade, transtornos de preferência sexual, transtornos mentais devido ao uso de álcool ou outras drogas e transtornos mentais orgânicos (DINIZ, 2013).

Diante do questionamento de como se dão as práticas terapêuticas em um hospital de custódia, foi realizada esta pesquisa. A premissa do trabalho considera que o tratamento dispensado a um indivíduo com diagnóstico de doença ou transtorno mental que esteja em regime de medida de segurança deve ser o mesmo dado ao paciente com diagnóstico semelhante, porém sem histórico delituoso. O que buscamos estudar é se isso acontece nos HCTP no Brasil.

Buscando uma resposta para essa questão, decidimos confrontar o tratamento dado ao louco infrator e o preconizado para um doente com o mesmo transtorno mental, independentemente de ele estar enclausurado. Vale considerar, entretanto, que, mesmo após o estabelecimento da Lei 10.216/01, nem todas as unidades hospitalares psiquiátricas no Brasil adequaram-se de maneira a garantir o que determina a lei.<sup>11</sup>

Apesar do número significativo de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>12</sup>, criados no Brasil nos últimos vinte anos, bem como muitos Serviços

---

<sup>11</sup> Cf. FURTADO (2006) e <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/04/centros-de-atendimento-a-usuarios-de-drogas-receberao-r-50-milhoes-para-ampliacao>.

<sup>12</sup> CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e NAPS (Núcleo de Assistência Psicossocial) são unidades de saúde locais/regionalizadas que oferecem atendimento e cuidados intermediários entre o regime



Residenciais Terapêuticos (SRT)<sup>13</sup>, eles ainda não são em número suficiente para atender todos os pacientes desinstitucionalizados ou que precisam de atendimento psiquiátrico e em saúde mental. Conforme reunião do Ministério da Saúde sobre a avaliação dos CAPS no Brasil, em março 2014, havia, naquele momento, 2096 unidades no Brasil.<sup>14</sup> A cobertura das Residências Terapêuticas, conforme o Ministério da Saúde, ainda é baixa no país. Em 2010, havia apenas 570 SRT.

Entre os fatores que dificultam a expansão das Residências estão as dificuldades políticas e técnicas dos processos de desinstitucionalização, as questões socioculturais emergentes na resistência das comunidades ao processo de reintegração de pacientes de longa permanência e a baixa articulação entre o programa e a política habitacional dos estados.<sup>15</sup>

Da mesma forma, o Programa De Volta para Casa<sup>16</sup> não consegue ter a abrangência que merece. Segundo o Ministério da Saúde, apesar dos avanços alcançados nos últimos anos, o número de beneficiários do Programa ainda é muito baixo. Apenas 1/3 do número estimado de pessoas internadas com longa permanência hospitalar no Brasil recebe o benefício.<sup>17</sup>

O atendimento de doentes com transtorno psíquico ainda não é feito de forma efetiva nos hospitais gerais. Nem todos os hospitais psiquiátricos conseguiram resolver a questão dos pacientes com longo tempo de internação, que acabam fazendo dos hospitais o seu local de moradia. A acessibilidade e equidade são compreendidas pelo Ministério da Saúde como dois grandes obstáculos na implementação das políticas de saúde mental. É necessária, hoje, uma rede de apoio médico-hospitalar muito mais densa e efetiva.

---

ambulatorial e a internação hospitalar, por equipe multiprofissional, constituindo-se, também, em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental.

<sup>13</sup> Serviços Residenciais Terapêuticos são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher usuários da rede de saúde mental.

<sup>14</sup> A reunião do Ministério da Saúde para avaliação dos CAPS ocorreu em março 2014 e o número registrado de Centros, naquele momento, era 2096. Conforme o MS, os CAPS devem ser organizados da seguinte forma: CAPS I (municípios acima de 15.000 habitantes); CAPS II (municípios acima de 70.000 habitantes); CAPS III (municípios acima de 150.000 habitantes); CAPSad (municípios acima de 150.000 habitantes); CAPSi (municípios acima de 70.000 habitantes). Para o MS, considerando a abrangência para cada município, 2096 unidades seriam insuficientes para cobertura necessária.

<sup>15</sup> Cf. BRASIL (2011).

<sup>16</sup> De Volta para Casa é um Programa instituído a partir da Lei 10.708/2003 e objetiva a reinserção do paciente com histórico de longa internação com a regulamentação de um auxílio (remuneração) e reabilitação. Mais informações em <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/programa.html>.

<sup>17</sup> Cf. BRASIL (2011).

Além disso, existe uma carência de serviços de apoio, como grupos de orientação, aconselhamento e cuidados médicos-psicológicos. A rede básica ou atenção primária de saúde ainda não tem o vigor necessário para atuar junto aos pacientes com doença mental. A qualidade do atendimento não é semelhante nos grandes centros urbanos, particularmente aqueles onde estão os centros universitários, e nas regiões mais distantes e carentes do país. Por fim, o Ministério da Saúde admite que existe carência de recurso humano especializado (BRASIL, 2005).

Apesar de enormes e significativos avanços, a reforma psiquiátrica brasileira ainda não foi objetivamente consolidada, mesmo para os dispositivos ligados ao setor de saúde. No que tange aos HCTP, a situação é ainda muito mais precária e a discussão agora começa a ser mais efetiva entre os profissionais do campo.

Para nos aproximarmos do que de fato ocorre em termos de tratamento oferecido aos pacientes nos HCTP, fizemos dois recortes no Censo Nacional dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (DINIZ, 2013). O primeiro recorte foi por gênero. Determinamos que a população estudada seria de mulheres. Do total de 3989 pacientes internados em hospitais de custódia, 291 são mulheres, ou seja, 7% da população. O segundo recorte foi nosológico, decidimos estudar as mulheres com esquizofrenia. Há, conforme o Censo (DINIZ, 2013), 82 mulheres com diagnóstico de esquizofrenia internadas em 13 hospitais de custódia.

Estes recortes se deram devido à necessidade de escolhermos um universo menor e mais bem delimitado para investigarmos de forma mais aprofundada o que efetivamente se passa em termos de cuidado nessas instituições e comparar com modelos de tratamento preconizados e em parte consolidados como boas práticas em saúde mental. Para tanto, buscamos investigar dentro desta ótica comparativa, o tratamento das mulheres com esquizofrenia sob medida de segurança internadas em parte dos HCTP do Brasil. No entanto, com o desenvolvimento da pesquisa, o objeto deslocou-se do tratamento das mulheres com esquizofrenia para a atenção psicossocial oferecida aos pacientes internados nos HCTP que tinham mulheres com diagnóstico de esquizofrenia no Censo de 2011.

A história da medicina revela que tanto a propedêutica, como a terapia são dinâmicas, atreladas aos progressos e avanços da ciência em saúde. Além disso, não deveria, por princípio, ter aplicabilidade universal, dadas as particularidades e subjetividades de cada indivíduo, que não podem ser compartilhadas. Apesar disso, os protocolos ou *guidelines* de tratamento são necessários para uma primeira aproximação do problema e para manter um mínimo de prática em comum. Trata-se de modelos que reúnem aquilo que é consensual e cientificamente apoiado para o tratamento de determinada doença.

Em geral, os protocolos são sistematicamente revisados em razão do caráter dinâmico das condutas terapêuticas. As considerações subjetivas e particulares de cada doente estão além dos protocolos e cabe ao profissional de saúde estar atento a elas. A partir disso, escolhemos um protocolo que fosse norteador da pesquisa. Ele foi um modelo ou controle, da mesma forma que são usados padrões ouro nos ensaios clínicos.

O protocolo escolhido foi o *Schizophrenia Patient Outcomes Research Team* (PORT- *Schizophrenia*), um protocolo internacional que visa estabelecer diretrizes no tratamento da esquizofrenia. O PORT combina a experiência de centros de pesquisa localizados na Universidade de Maryland e na Universidade John Hopkins, entretanto as 30 recomendações que o compõem representam a tradução dos tratamentos destinados ao pacientes com esquizofrenia publicados não somente pelas referidas universidades.

Os pesquisadores responsáveis pela elaboração do PORT se responsabilizaram pela busca de pesquisas publicadas nesse campo e pela sistematização dos resultados em forma de recomendações<sup>18</sup>. Foram considerados somente os tratamentos com substancial evidência de eficácia. Desde sua publicação, em 1996, ele foi revisado duas vezes: a primeira em 2002 e depois em 2009. Vale ressaltar que essas recomendações não tinham um caráter restritivo, ou seja, não eram puramente farmacológicas. O PORT conta com recomendações no que se refere aos tratamentos psicossociais, além daquelas que se referem aos agentes psicotrópicos.

---

<sup>18</sup> Cf. Kreyenbuhl et al. (2010); Lehman & Steinwachs (1998); PORT-*Schizophrenia*.

Associamos ao protocolo PORT as recomendações da política nacional de saúde mental definida pelo Ministério da Saúde brasileiro. As normativas do MS visam reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, expandir a rede extra-hospitalar - CAPS, SRT - e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), incluir atenção em saúde mental na atenção básica, implantar e expandir o Programa De Volta para Casa, incentivar a participação da família nos cuidados com o doente psiquiátrico e garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (BRASIL, 2002).

Trabalhamos, assim, com 82 mulheres esquizofrênicas internadas em 13 manicômios judiciais brasileiros, um protocolo de tratamento com 30 itens de orientação e as recomendações da política nacional de saúde mental.

Partindo da consideração de que os manicômios ficaram à margem das mudanças impostas pela reforma psiquiátrica dos últimos anos e que essas mudanças ainda não se tornaram completamente efetivas, mesmo nos outros ambientes psiquiátricos, nossa hipótese inicial era que iríamos nos deparar com tratamentos muito distintos do recomendado.

Esta dissertação constitui-se de três capítulos. No primeiro, trataremos do universo da pesquisa - especificamente da esquizofrenia e de como os hospitais psiquiátricos brasileiros lidam com as pessoas diagnosticadas com essa patologia, bem como com as questões referentes ao sistema judiciário e suas relações com o doente mental, incluindo os HCTP e programas extra-hospitalares para tratar de doentes mentais em medida de segurança. No segundo, apresentaremos a metodologia de pesquisa. No terceiro, serão exibidos e discutidos os resultados da pesquisa. Retomaremos as questões e hipóteses de pesquisa nas Considerações Finais, apresentando conclusões acerca do estudo realizado.

# 1

## O UNIVERSO DA PESQUISA

Este capítulo discorrerá sobre o contexto da nossa pesquisa. Inicialmente localizaremos o conceito de esquizofrenia, uma vez que nossa amostra de estudo foram as mulheres diagnosticadas como esquizofrênicas nos HCTP. Em seguida, antes de entrarmos diretamente na discussão dos HCTP e de como os doentes mentais se inserem no sistema judiciário no Brasil, falaremos dos Hospitais Psiquiátricos no Brasil e da reforma psiquiátrica, considerando que o nosso objeto de estudo é o cuidado oferecido pelos HCTP a essas mulheres, cotejando este cuidado com aquele preconizado pelo MS no Brasil e por recomendações internacionais (PORT). Por fim, então, adentraremos no universo dos HCTP e na discussão envolvendo as relações do sistema judiciário com os doentes mentais.

### 1.1 Esquizofrenia

#### História

A história da esquizofrenia tem pouco mais de 120 anos. Coube a Emil Kraepelin, psiquiatra alemão, introduzi-la pela primeira vez como entidade diagnóstica em 1893, ainda com o nome de demência precoce. Ela só foi chamada de esquizofrenia em 1911 por Eugen Bleuler.

Emil Kraepelin a descreveu na 4ª edição do seu manual de psiquiatria sob o nome *Dementia Praecox*, em 1893.<sup>19</sup> Em edições posteriores, ele incorporou outras condições clínicas a esse termo. Ele a considerava um processo degenerativo e incluía três categorias: demência precoce, catatonia e demência paranoide. Segundo Sadock, Sadock e Ruiz (2009, p.1522), a esquizofrenia é conceituada como:

---

<sup>19</sup> Berrios, German E.; Porter, Roy. Uma História da Psiquiatria. A origem e história dos tratamentos psiquiátricos: São Paulo, 2012.

síndrome de etiologia desconhecida caracterizada por perturbações na cognição, emoção, percepção, pensamento e comportamento. Está bem estabelecida como transtorno cerebral, com anormalidades estruturais e funcionais visíveis em estudos de neuroimagem e um componente genético, conforme observado em estudos com gêmeos. O transtorno costuma ser crônico, com curso que abrange uma fase prodrômica, uma ativa e uma residual. A fase ativa apresenta sintomas como alucinações, delírios e pensamento desorganizado. As fases prodrômicas e residual tem como características as formas atenuadas dos sintomas ativos, como crenças estranhas e pensamento mágico, bem como *déficit* nos cuidados pessoais e nos relacionamentos interpessoais.

Ela foi classificada, assim que descrita pela primeira vez, como uma doença de curso degenerativo. O conceito de demência precoce, adotado por Kraepelin, já havia sido utilizado por Hecker (1871), também um psiquiatra alemão, com a terminologia de hebefrenia. Tratava-se de uma condição progressiva, com perdas psíquicas e iniciadas na adolescência. Augustin Morel (1852) descreveu a mesma condição usando a terminologia demência precoce.<sup>20</sup>

Kraepelin foi, sem dúvida, influenciado por Morel. Da mesma forma, mais tarde, outra importante influência de Kraepelin foi o psiquiatra, também alemão, Karl Kahlbaum, que teorizou sobre a possibilidade de entender as doenças psíquicas num sentido longitudinal, ou seja, doenças tratadas como entidades diferentes poderiam ser a mesma patologia em estágios distintos<sup>21</sup>.

Assim, Kraepelin consolidou as primeiras ideias sobre esquizofrenia apoiado em Morel-Kahlbaum-Hecker: hereditariedade, demência precoce e a reunião dos conceitos de hebefrenia e catatonia. Ao longo dos anos e em edições posteriores do seu Manual de Psiquiatria, Kraepelin reformulou muitas vezes esse diagnóstico, subdividindo cada vez mais a demência precoce. Segundo Stephen J. Hoenig<sup>22</sup>,

a introdução da demência precoce, bem como a criação da doença maniaco-depressiva, transformou tanto a prática clínica e a pesquisa, que é difícil imaginar a época anterior a isso. Embora houvesse vários trabalhos excelentes sobre a história da psiquiatria até o final do século XIX, e mesmo depois, não há histórias da esquizofrenia.

---

<sup>20</sup> Berrios, German E.; Porter, Roy. Uma História da Psiquiatria. A origem e história dos tratamentos psiquiátricos. São Paulo, 2012.

<sup>21</sup> Idem.

<sup>22</sup> Ibidem.

As ideias de Krepelin não eram bem aceitas, mas é consenso acreditar que isso mudou a partir da publicação do livro *Demência Precoce ou o Grupo das Esquizofrenias*, por Eugen Bleuler, em 1911. Bleuler adotava alguns conceitos de Kraepelin sem deixar de impor sua própria visão, particularmente no que se referia às teorias de como a esquizofrenia processava-se nos mecanismos cerebrais, além do uso de conceitos psicanalíticos freudianos e junguianos para explicá-la. Divergências públicas entre os dois à parte, assim foi sendo construído o conceito de esquizofrenia

Hoje a esquizofrenia já é bem compreendida. Kraepelin iniciou uma jornada de identificação de sinais e sintomas e organização da classificação. O diagnóstico é fundamentalmente clínico, mas a ciência da neuroimagem e os estudos bioquímicos e genéticos ampliaram o saber sobre essa patologia. O tratamento avançou com a possibilidade do uso de neurolépticos e apoio da psicoterapia. Estima-se que 1% da população mundial apresenta diagnóstico de esquizofrenia (Sadock & Sadock, 2012). Diante desse número e da perspectiva de uma população que cresce, a esquizofrenia merece atenção.

## **Classificação e Tratamento**

Apesar de ser tratada como uma única doença, a esquizofrenia compreende transtornos com etiologias e cursos diferentes (Sadock & Sadock, 2012).

## **Epidemiologia**

Segundo Sadock & Sadock (2012), nos Estados Unidos, a prevalência é de 1%. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, essa prevalência é também de 1% e representa 25% das internações psiquiátricas<sup>23</sup>. Um estudo feito em Salvador revelou uma prevalência de 0,57% para homens e 0,36% para mulheres<sup>24</sup>. Sua ocorrência é igual em homens e mulheres, muito embora inicie mais cedo nos homens. A faixa etária de predomínio do início

---

<sup>23</sup> Esquizofrenia Refratária – Ministério da Saúde, Portaria SAS/MS n. 846, 31 de outubro de 2002.

<sup>24</sup> Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 22 s1, São Paulo, maio 2000. A epidemiologia da Esquizofrenia.

dos sinais/sintomas é entre 15 e 35 anos. O óbito é mais elevado do que no restante da população e decorre principalmente do suicídio, abuso de álcool ou outras drogas e síndromes metabólicas decorrentes do uso de antipsicóticos.

## **Etiologia**

Não há um fator único que possa ser considerado causador da esquizofrenia. O modelo de diátese-estresse é usado com frequência e é explicado por uma vulnerabilidade biológica e um deflagrador estressante. Causas genéticas são apoiadas principalmente pelos estudos em gêmeos (poligenia). As causas biológicas incluem ação dopaminérgica, da norepinefrina e serotonina. Questões psicodinâmicas e até mesmo hipótese de infecções virais prévias do sistema nervoso são discutidas.

## **Diagnóstico**

O diagnóstico é fundamentalmente clínico e, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), pelo menos dois dos cinco sinais ou sintomas devem estar presentes durante no mínimo um mês: alucinações, delírios, discurso desorganizado, comportamento desorganizado e sintomas negativos (afeto plano, abulia, embotamento, *déficit* de atenção, entre outros). Devem ser afastados como diagnósticos diferenciais os transtornos esquizoafetivos e os transtornos de humor, o uso de substâncias que possam ocasionar alterações psíquicas bem como doenças clínicas com envolvimento do sistema nervoso central.

## **Classificação**

Conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID10), a esquizofrenia é classificada em F20.0 Esquizofrenia Paranoide, F20.1 Esquizofrenia Hebefrênica, F20.2 Esquizofrenia Catatônica, F20.3 Esquizofrenia Indiferenciada, F20.4 Depressão Pós-Esquizofrenia, F20.5



Esquizofrenia Residual, F20.6 Esquizofrenia Simples, F20.8 Outras Esquizofrenias, F20.9 Esquizofrenia não especificada.

### **Exames complementares**

O eletroencefalograma geralmente é normal, observa-se em alguns pacientes alteração dos potenciais evocados, estudos imunológicos, bem como dosagem de hormônio luteinizante, foliculoestimulante, prolactina e hormônio do crescimento. Em relação aos exames de neuroimagem, não se observa, de maneira geral, defeitos estruturais, no entanto podem ser percebidos diminuição da quantidade de neurônios, desorganização da estrutura neuronal e erros de migração neuronal.

### **Curso e prognóstico**

Sintomas como ansiedade, perplexidade, terror ou depressão podem anteceder o início do quadro. Geralmente ocorre no final da adolescência (20 anos em média). Eventos estressantes e traumáticos podem dar início à doença e a vulnerabilidade ao estresse dura a vida toda. O curso revela a deterioração psíquica.

### **Tratamento**

O tratamento inclui os antipsicóticos. A eletroconvulsoterapia costuma ser eficaz em algumas formas como a catatônica. Soma-se a isso o tratamento psicossocial, que inclui terapia comportamental, terapia em grupo, terapia familiar, psicoterapia de apoio, treinamento de habilidades sociais e grupos de apoio.

## **1.2 Os Hospitais Psiquiátricos no Brasil**

Na busca pela compreensão da assistência prestada aos pacientes nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, cumpre empreender uma jornada histórica nos manicômios do Brasil. Não há nenhum ineditismo no

relato do período que vai desde a inauguração do primeiro manicômio, na Praia Vermelha, no Rio de Janeiro, até os movimentos antimanicomiais. Evitando o discurso puramente centrado em datas e acontecimentos, podemos tentar relacionar a organização dos manicômios com a situação econômica e geopolítica do Brasil naquele momento.

Entre 1852, quando é inaugurado o Hospício Pedro II, e o início dos primeiros movimentos antimanicomiais, atravessamos pouco mais de 100 anos. As políticas de saúde viveram transformações, mas o paciente psiquiátrico assistiu a essas transformações enclausurado em espaços reservados para os alienados.

Para fins de compreensão histórica, podemos dividir o intervalo entre a chegada da família real e a deflagração dos movimentos antimanicomiais em cinco períodos (AMARANTE, 2008). O primeiro deles, a partir de 1852, quando é inaugurado o Hospício Pedro II. Os loucos, no Brasil, eram errantes, viviam marginalizados e ocupavam o abandono das ruas. As Santas Casas de Misericórdia eram locais de abrigo para grande parte deles. Dividiam os subterrâneos das Santas Casas com mendigos, prostitutas e toda sorte de pessoas que eram compreendidas como marginais à sociedade.

A chegada da família real obrigou uma assepsia da cidade. Era necessário retirar das ruas uma horda de desamparados e desabrigados, entre eles os loucos. Tornou-se necessária a criação de um abrigo para os loucos, onde eles pudessem estar isolados dos delinquentes e assistidos por um médico. Assim, com uma preocupação majoritariamente de ordem social, é criado o primeiro manicômio no Brasil. Segundo Amarante (2008, p. 74), “a loucura só vem a ser objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir da chegada da família real”.

Inicialmente o clero era a entidade mantenedora e responsável pela administração do Hospício Pedro II, muito embora os médicos tenham tido efetiva participação nessa limpeza social. “Convocada a participar dessa empresa de reordenamento do espaço urbano, a medicina termina por desenhar o projeto do qual emerge a psiquiatria brasileira” (AMARANTE, 2008, p. 74).

A partir da criação do primeiro manicômio, os médicos, inicialmente excluídos de uma participação direta, passam a cobrar uma assistência clínica

e baseada no cientificismo para os internos. Essa reivindicação é concordante com o momento histórico da psiquiatria na Europa. O Hospício Pedro II é, então, desvinculado da Santa Casa e passa a ser subordinado à administração pública. Ganha o nome de Hospício Nacional de Asilados. Durante 27 anos foi administrado pelo médico Juliano Moreira.

Inicia-se a fase de criação de colônias. Inspiradas num modelo belga, essas colônias tinham o objetivo de criar espaços de convívio entre os loucos e a comunidade. São criadas colônias na cidade do Rio de Janeiro, em São Paulo e no interior do estado do Rio de Janeiro. Com a chegada de Juliano Moreira, perpetua-se a criação desses asilos ou colônias. Ainda nesse período, é criada a primeira cadeira de psiquiatria para estudantes de medicina. Promulga-se, em 22 de dezembro de 1903, a Lei 1.132, um primeiro passo para a psiquiatria manicomial:

Art. 10 É proibido manter alienados em cadeias públicas ou entre criminosos.

Art. 11 Enquanto não possuírem os Estados manicômios criminais, os alienados delinquentes e os condenados alienados somente poderão permanecer em asilos públicos, nos pavilhões que especialmente se lhe reservem.<sup>25</sup>

Seguem-se à Proclamação da República, quatro períodos distintos até início da década de 1980 e os movimentos antimanicomiais: a República Velha ou Primeira República (1889 a 1930), o Estado Novo ou Era Vargas (1930 a 1945), a Redemocratização (1945 a 1964) e a Ditadura Militar (1964 a 1980).

A República Velha foi marcadamente composta por ações de saúde sanitária. Sob os cuidados de Oswaldo Cruz, foram implantados os serviços de saúde pública, instituições públicas de higiene e adotado o modelo de campanhas sanitárias. Nesse contexto, é fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental, que se revelou xenofóbica, eugenista e racista (AMARANTE, 2008, p. 78): “através da Liga de Higiene Mental, a psiquiatria coloca-se definitivamente em defesa do Estado, levando-o a uma ação rigorosa de controle social e reivindicando, para ela mesma, um maior poder de intervenção”.

---

<sup>25</sup> Senado Federal. Subsecretaria de Informações. Publicação de Leis no Brasil. <[www.legis.senado.gov.br](http://www.legis.senado.gov.br)>; Senado Federal. Subsecretaria de Informações.

A Era Vargas concretizou-se pelo apogeu das campanhas sanitárias e a centralização dos serviços de saúde. A Redemocratização trouxe a criação do primeiro Ministério da Saúde e o início das organizações de assistência médica de trabalhadores. No período entre 1964 e 1980, a saúde passa a ter um caráter individual, assistencialista e especializada. É, sobretudo na década de 1960, que a medicina privada assume um papel de destaque.

Compreende-se, ao longo desses anos, desde a chegada da família real, que não ocorreu avanços na estrutura organizacional da medicina psiquiátrica. Objetivamente ao longo de todo um século de história, os manicômios brasileiros tiveram um caráter asilar e nenhuma ambição contrária. Conforme Amarante (2008, p.74), “a história da nossa psiquiatria é a história de um processo de asilamento, é a história de medicalização social”.

Muito embora a estrutura de tratamento não tenha sofrido mudanças, mantendo os loucos abrigados em asilos, a psiquiatria, como prática médica e ciência, avançava. Nos anos de 1930, foram adotadas intervenções terapêuticas como o choque insulínico, cardiazólico, além da eletroconvulsoterapia e as lobotomias. O Hospício Nacional dos Alienados, no Rio de Janeiro, antigo Hospício Pedro II, ganha instalações para a realização das primeiras lobotomias. A partir de 1950, a psiquiatria ganha um novo aliado: os neurolépticos. Apesar dessas transformações, não houve qualquer mudança em relação à desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos.

### **1.3 A Reforma Psiquiátrica no Brasil**

Nos últimos 40 anos, a estrutura da assistência à saúde mental no Brasil viveu transformações que redefiniram a normatização de atendimento dos indivíduos em sofrimento mental. A implementação das diretrizes, definidas a partir dessa reforma, ainda não se consolidou e tem sido feita de forma heterogênea em diferentes regiões do país.

A reforma psiquiátrica brasileira começou a ser desenhada em 1978 com a greve dos médicos da Divisão Nacional de Saúde Mental. Foram denunciadas, naquele momento, as condições precárias de atendimento aos

doentes psiquiátricos internados nos hospitais públicos. Nesse mesmo ano, iniciou-se o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Discutia-se a falência do modelo de atenção ao doente psiquiátrico e pretendia-se promover mudanças que evocavam de países europeus como França e Itália, cujas práticas centradas no paciente asilado já não se sustentavam.

Em 1989, a Casa Anchieta, em Santos (SP), um centro de internação psiquiátrico, foi fechada a partir da revelação do abandono dos pacientes ali internados. Esse episódio e a criação do primeiro CAPS em São Paulo começavam a revelar a desconstrução do modelo de atenção psiquiátrica brasileiro. Os CAPS inauguram as estruturas substitutivas de atendimento. O marco legal da reforma foi a Lei 10.216/2001, que determinava, em relação ao doente mental, no artigo 2º, parágrafo único:

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

Antes disso, o Projeto de Lei 3.657/89 já propunha a regulamentação do tratamento dos doentes mentais e o fim progressivo dos manicômios. Em 1990 acontece a Conferência Regional sobre Reestruturação da Assistência Psiquiátrica em Caracas e é assinada a Declaração de Caracas, da qual o Brasil é signatário.

O Ministério da Saúde, ainda na década de 1990, elaborou um documento normativo sobre o atendimento dos pacientes com transtorno mental, ocorreu a regulamentação dos CAPS e NAPS, que se tornaram estruturas substitutivas de atenção. Em 2000 são regulamentadas as Residências Terapêuticas, que deveriam abrigar os doentes egressos de longa permanência hospitalar.

A preocupação com os doentes com história de longa internação é estendida com a promulgação da Lei 10.708, de julho de 2003, que define o Programa de Volta para Casa, expresso por uma bolsa-auxílio. Ocorre, nos anos seguintes, uma expansão e especialização dos CAPS: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad e CAPSi. A partir disso, em 2004, o Programa Anual de Reestruturação Psiquiátrica Hospitalar prevê a redução dos leitos hospitalares.

A reforma ainda está sendo construída. Longe de termos uma organização da saúde mental que contemple tudo que define a Lei 10.216, vamos nos afastando dos asilos onde, por muitos anos, foram depositados os doentes mentais.

#### **1.4 Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil**

O primeiro manicômio judiciário, no Brasil, foi inaugurado em 1921 no Rio de Janeiro. Conforme menciona Carrara (1998), o cenário, naquele momento, conduzia para a necessidade de criação de um espaço que abrigasse o louco infrator. De um lado, havia a população, apoiada pela imprensa, que cobrava o isolamento desses indivíduos; por outro, havia a posição da psiquiatria, que apoiava a ideia de tratar essas pessoas.

As opiniões, entretanto, estavam polarizadas: os psiquiatras discursavam sobre tratamento, enquanto a opinião pública defendia a punição dos degenerados, monomaníacos e criminosos natos. Uma rebelião na seção Lombroso, local que até então abrigava os loucos infratores, corroborou para inauguração do manicômio judiciário.

Na Inglaterra em 1863 foi criado o primeiro local para delinquentes alienados, a prisão especial de Broadmor, chamada de *Criminal Lunatic Asylum*. Até 1863 os loucos infratores eram internados em uma seção do Asilo de Bedlem. A promulgação da Lei *Insane Offender's Bill* determinou que aqueles que praticassem delitos e apresentassem alienação mental deveriam ser internados em manicômio judicial por tempo determinado pelo rei. Na França, em 1876, foi criada uma seção para receber os loucos delinquentes ou aqueles que enlouqueciam nas prisões, no manicômio de Bicêtre. Alemanha e Itália seguiram o modelo de seções especiais. Nos EUA, em

1855, foi inaugurado o primeiro manicômio judiciário em Auburn, estado de Nova York.<sup>26</sup>

Esse modelo, de uma seção reservada para o louco infrator também se viu no Brasil, antes da inauguração do manicômio judiciário Heitor Carrilho. O Código Penal de 1890 determinava que os loucos infratores eram irresponsáveis e deveriam permanecer com as famílias ou em hospícios públicos. Somente em 1903 uma lei especial define a assistência a essa população e arbitra sobre a criação dos manicômios judiciários. Cria-se inicialmente um anexo no Hospício Nacional de Alienados, chamado de Seção Lombroso. Em 1921 é inaugurado o Manicômio Judiciário, dirigido pelo psiquiatra Heitor Carrilho. Na década de 1950, ele passa a se chamar Manicômio Judiciário Heitor Carrilho e, em 1986, Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho.

O caráter híbrido desses hospitais tornou-se razão de discussões. Eles comportam-se como hospitais e prisões, tratam enquanto punem:

os manicômios judiciários são instituições complexas, que conseguem articular de um lado, duas das realidades mais deprimentes da sociedade moderna – o asilo de alienados e a prisão – e, de outro, dois dos fantasmas mais trágicos que perseguem a todos: o criminoso e o louco (CARRARA, 1998, p. 17).

### **1.5 O sistema judiciário e os doentes mentais**

O Código Penal Brasileiro determina, em seu artigo 26, acerca do indivíduo com transtorno mental infrator, que

é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, intelectualmente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.<sup>27</sup>

E em seu artigo 41, que trata das espécies de pena, legislação especial e superveniência de doença mental, o Código preconiza que “o condenado a

---

<sup>26</sup> Láltro Diritto, capítulo I, Centro di Documentazione su carcere devianza e marginalità. <[www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/latina/cerqueir/cap1.htm](http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/latina/cerqueir/cap1.htm) em março/2014>.

<sup>27</sup> Cf. EDITORA REVISTA DOS TRIBUNAIS. Código Penal, Legislação Penal, Constituição Federal. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008.

quem sobrevêm doença mental deve ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, a outro estabelecimento adequado”.<sup>28</sup>

Já no artigo 97, o Código Penal estabelece, sobre medida de segurança, que “se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação. Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial”<sup>29</sup> e, ainda, “a internação ou tratamento ambulatorial será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos”<sup>30</sup>.

Em relação à medida de segurança para o semi-imputável, o Código Penal estabelece, no artigo 98, que

na hipótese do parágrafo único do artigo 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior.<sup>31</sup>

Aqui cabem algumas considerações. O Código de Processo Penal brasileiro estabelece diferenças entre pena de reclusão e detenção, determinando regimes diferenciados de pena, ainda que ambas sejam caracterizadas por restrição de liberdade. Assim, é interessante observar que, muito embora a medida de segurança não possa ter caráter punitivo, ela é estabelecida no modelo de pena, haja vista o artigo 97 que estabelece que, caso o crime praticado pelo louco infrator seja punível com detenção, o juiz poderá submeter o doente a tratamento ambulatorial.

Há uma segunda questão que deve ser entendida: é estabelecido um tempo mínimo de restrição de liberdade não relacionada à doença psíquica do infrator, que varia de 1 a 3 anos. Por fim, a decisão pela internação, quando o crime praticado pelo louco infrator for considerado punível com reclusão, ou tratamento ambulatorial, quando o delito for considerado como punível com detenção, é estabelecida pelo sistema judiciário, sem participação de um membro da equipe de saúde.

---

<sup>28</sup> Cf. EDITORA REVISTA DOS TRIBUNAIS. Código Penal, Legislação Penal, Constituição Federal. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008.

<sup>29</sup> Idem.

<sup>30</sup> Ibidem.

<sup>31</sup> Ibidem.



A essas primeiras considerações sobre o Código Penal devem-se somar aquelas em relação a Lei 10.216/2001, sancionada em 6 de abril de 2001, cujo artigo 2º, parágrafo único, menciona que

I É direito da pessoa portadora de transtorno mental ter acesso ao melhor tratamento de saúde consentâneo às suas necessidades  
[...]  
V Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária  
[...]  
IX Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

E os artigos 4 e 6 da mesma Lei determinam que

a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se tornarem insuficientes.  
É vedada a internação de paciente portador de transtornos mentais em instituições com características asilares.  
A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos.

Há, portanto, divergências entre o que determina o Código Penal e a Lei 10.216/01. Essas divergências situam-se particularmente no que se refere à modalidade de tratamento, ou seja, ambulatorial ou sob regime de internação, e em relação a quem cabe essa decisão, nesse caso não ao juiz, mas a uma equipe de saúde.

A Lei 10.216/01, conhecida como Lei Antimanicomial, deflagrou a necessidade de reavaliação das internações e dos tratamentos nos Hospitais de Custódia. Essa reavaliação não aconteceu de forma unânime ou unificada no país. Dois programas, entretanto, tomaram forma: o Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ), em Minas Gerais, e o Programa de Assistência Integral ao Louco Infrator (PAILI), em Goiás.

### **1.5.1 PAILI**

O PAILI foi instituído em Goiás, em outubro de 2006, e até janeiro de 2013 já estava implantado em 77 municípios daquele estado<sup>32</sup>. Antecedendo a sua implementação uma decisão judicial em 2000 que proibia novas

---

<sup>32</sup> Cf. <http://www.saude.go.gov.br/>.

internações em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e determinava a desinternação dos indivíduos que estivessem asilados nessas unidades. Essa decisão relacionava-se exclusivamente a um problema de ordem jurídica e penal ocorrida em Goiás naquele momento, mas foi determinante para a construção de novas práticas de tratamento para o louco infrator.

Da mesma forma, em 2001 foram embargadas obras de construção, em dois momentos diferentes, de um hospital de custódia e tratamento na capital do estado. Mais uma vez uma questão à margem da reforma psiquiátrica contribuía para uma mudança na política de atenção ao doente com transtorno mental e em conflito com a lei.

Partiu-se para a elaboração de um projeto que pudesse atender esses indivíduos e que respeitasse as premissas da Lei 10.216/01, nesse momento já sancionada. O modelo criado tinha dois principais argumentos: que a questão do louco infrator deveria deixar de ser exclusiva de segurança pública e tornar-se alvo da saúde pública e que esses homens e mulheres não poderiam estar asilados em penitenciárias ou manicômios judiciários.

Surgiu, então, o PAILI, que é formado por equipe multiprofissional responsável por supervisionar o atendimento dos pacientes em medida de segurança em clínicas psiquiátricas vinculadas ao SUS e nos CAPS. Cabe à equipe do PAILI fazer a intermediação entre o sistema judiciário e a equipe de tratamento.

O objetivo é que a equipe de saúde tenha autonomia na escolha da terapia para cada indivíduo. Outra ambição do programa é a reintegração social do doente e a aproximação das famílias, para que, findado o tratamento, esse doente não tenha perdido seus elos familiares e sociais.<sup>33</sup>

Nesse projeto, quem determina se o paciente deve ser internado ou tratado em caráter ambulatorial é a equipe de saúde. Não há, portanto, relação entre gravidade do crime praticado e decisão sobre pena/tratamento, no modelo reclusão/internação, para alguns, e detenção/tratamento ambulatorial, para outros.

### **1.5.2 PAI-PJ**

---

<sup>33</sup> Cf. Goiás (2009).

O PAI-PJ foi criado em Minas Gerais, em 2001. Tem uma singularidade que o difere do PAILI: está vinculado exclusivamente ao Tribunal de Justiça do Estado. No caso do PAILI, o vínculo é com as secretarias de saúde estadual e municipais, além das secretarias de justiça.

As intenções, entretanto, seriam as mesmas, ou seja, desfazer a prática recorrente de internação do louco infrator e promover o tratamento ambulatorial associado à ressocialização desse sujeito.

Os indivíduos são acompanhados nos serviços substitutivos de saúde mental. São acompanhados casos que estão em medida de segurança em caráter de internação, outros em medida de segurança em regime ambulatorial, aqueles em liberação condicional da medida de segurança e, por fim, indivíduos que não receberam sentença, mas que já se encontram inseridos na rede de saúde mental (BARROS-BRISSET, 2010).

O programa também dá assistência aos indivíduos que, por alguma contingência, durante cumprimento de pena, apresentam uma crise desencadeada por sofrimento mental. Até 2010 não havia relato de recorrência de delitos entre os acompanhados no programa. Segundo Barros-Brisset<sup>34</sup>, coordenadora do PAI-PJ até março de 2014, o programa estava acompanhando 1579 casos, abrangendo diferentes comarcas de Minas Gerais. “Esses sujeitos, de modo geral, fazem seu tratamento na rede aberta da cidade e apresentam-se regularmente à justiça para demonstrar sua responsabilidade” (BARROS-BRISSET, 2010, p. 43).

Até a implementação do programa, os pacientes em medida de segurança eram encaminhados ao Hospital Jorge Vaz em Barbacena/MG ou ficavam detidos em cadeias públicas caso não houvesse vagas. Passou-se, então, a buscar alternativas de tratamento ambulatorial contando com os CAPS e com a equipe que compõe o PAI-PJ. Até 2010, o PAI-PJ atuava exclusivamente em Belo Horizonte.

Esses dois programas revelam estratégias de implementação de medidas substitutivas de tratamento do louco infrator. Mesmo em

---

<sup>34</sup> Várias informações sobre o PAI-PJ foram obtidas com Dra Fernanda Otoni de Barros-Brisset via e-mail.

estruturação, já permitem considerar que a segregação desses pacientes poderá, no futuro, fazer parte da história.

## **1.6 Os Modelos Comparativos**

Para que pudéssemos avaliar o tratamento das mulheres com esquizofrenia em medida de segurança, empregamos duas séries de recomendações diferentes, ambas elaboradas com a intenção de determinar formas desejáveis de tratamento do paciente com transtorno mental. Utilizamos, assim, as recomendações do Ministério da Saúde e o protocolo *Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (Schizophrenia PORT)*, os dois descritos a seguir.

### **1.6.1 Ministério da Saúde/BR**

Em relação às recomendações do Ministério da Saúde, integramos a este trabalho três diretrizes:

- A Portaria SAS/MS nº 846, de 31 de outubro de 2002, que se refere à Esquizofrenia Refratária. As recomendações são exclusivamente medicamentosas, o que não é objeto do nosso estudo. Entretanto, ela foi um referencial para critérios de diagnóstico e classificação (BRASIL, 2002).
- O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e a Portaria GM/MS 251/2002. Essa portaria estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em Psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do Sistema Único de Saúde. Suas principais diretrizes são:
  1. Consolidar a implantação do modelo de atenção comunitário, de base extra-hospitalar, articulado em rede diversificada de serviços territoriais, capazes de permanentemente promover a integração social e assegurar os direitos dos pacientes;
  2. Organizar serviços com base nos princípios da universalidade,

- hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
3. Garantir a diversidade dos métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
  4. Assegurar a continuidade da atenção nos vários níveis;
  5. Assegurar a multiprofissionalidade na prestação de serviços;
  6. Normatizar a assistência hospitalar.

Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destina ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação.

- 1) Hospital deve articular-se com a rede comunitária de saúde mental, estando a porta de entrada do sistema de internação situada no serviço territorial de referência para o hospital;
- 2) É proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes);
- 3) Deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados;
- 4) Deve haver registro adequado, em prontuário único, dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos nos pacientes, ficando garantida, no mínimo, a seguinte periodicidade:
  - ✓ profissional médico : 01 vez por semana;
  - ✓ outros profissionais de nível superior: 01 vez por semana, cada um;
  - ✓ equipe de enfermagem: anotação diária.
- 5) Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:
  - ✓ avaliação médico-psicológica e social;
  - ✓ garantia do atendimento diário ao paciente por, no mínimo, um membro da equipe multiprofissional, de acordo com o projeto terapêutico individual;
  - ✓ atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
  - ✓ atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);
  - ✓ preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em serviço territorial com

programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), e para residência terapêutica quando indicado, sempre com o objetivo de promover a reintegração social e familiar do paciente e visando prevenir a ocorrência de outras internações;

- ✓ essas atividades deverão constituir o projeto terapêutico da instituição, definido como o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Inclui o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, e compatibiliza a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família. Envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contra-referência que permite o encaminhamento do paciente após a alta, para a continuidade do tratamento. Representa, enfim, a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à assistência prestada. O referido projeto deverá ser apresentado por escrito;
  - ✓ desenvolvimento de projeto terapêutico específico para pacientes de longa permanência – aqueles com mais de 01 (um) ano ininterrupto de internação. O projeto deve conter a preparação para o retorno à própria moradia ou a serviços residenciais terapêuticos, ou a outra forma de inserção domiciliar;
  - ✓ desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos para pacientes com deficiência física e mental grave e grande dependência;
  - ✓ abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.
- 6) Com vistas a garantir condições físicas adequadas ao atendimento da clientela psiquiátrica internada, deverão ser observados os parâmetros das Normas Específicas referentes à área de engenharia e arquitetura e vigilância sanitária em vigor, Portaria GM/MS 1.884, de 11 de novembro de 1994, ou a que vier substituí-la, expedidas pelo Ministério da Saúde.
- 7) O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar 1 enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m<sup>2</sup>/leito e número de leitos

- igual a 1/50 do total do hospital, com camas *Fowler*, oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador, nebulizador e bandeja ou carro de parada;
- 8) Sala de curativo, ou, na inexistência desta, 1 carro de curativo para cada 3 postos de enfermagem ou fração;
  - 9) Área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída;
  - 10) O hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, jogos etc., com um mínimo de 40 m<sup>2</sup>, mais 20m<sup>2</sup> para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

Com relação aos Recursos Humanos, os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com, no mínimo, 1 médico plantonista nas 24 horas; 1 enfermeiro das 19h às 7h, para cada 240 leitos; para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, 1 médico psiquiatra e 1 enfermeiro; para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, os seguintes profissionais: 1 assistente social; 1 terapeuta ocupacional; 1 psicólogo; 4 auxiliares de enfermagem para cada 40 leitos, com cobertura nas 24 horas; 1 clínico geral para cada 120 pacientes; 1 nutricionista e 1 farmacêutico.

O psiquiatra plantonista poderá, também, compor uma das equipes básicas como psiquiatra assistente, desde que, além de seu horário de plantonista, cumpra 15 horas semanais em pelo menos três outros dias da semana.

A composição dos recursos humanos deve garantir a continuidade do quantitativo necessário em situações de férias, licenças e outros eventos.

- Relatório de Caracas, do qual o Brasil é signatário e que define como principais premissas:
  - ✓ Acessibilidade e Equidade: a qualidade do atendimento deve ser garantida em todas as regiões do país, mesmo as mais carentes e distantes dos centros universitários, e pode ser assegurada por meio de um forte programa de capacitação, supervisão e formação de multiplicadores. O distanciamento entre as instituições de formação e pesquisa e a saúde pública, no Brasil, agrava as carências de formação

e qualificação de profissionais.

- ✓ Desfazimento do estigma, inclusão social e superação do valor atribuído ao modelo hospitalocêntrico.

### 1.6.2 - PORT

A partir de 1992, a Agência de Política de Saúde e Pesquisa (AHCPR) e o Instituto Nacional de Saúde Mental, ambos dos EUA, passaram a financiar o *Schizophrenia* PORT com o objetivo de desenvolver e disseminar as recomendações para o tratamento da esquizofrenia, com base na evidência científica existente.

Esse protocolo foi criado na Escola de Medicina da Universidade de Maryland e na Escola de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins. Ele combina a experiência de três centros de pesquisa em duas universidades: o Centro de Pesquisa sobre Doença Mental Grave (Johns Hopkins University e Universidade de Maryland), o Centro de Pesquisa e Serviço de Saúde Mental da Universidade de Maryland e o Centro de Pesquisa Psiquiátrica de Maryland.

O *Schizophrenia* PORT foi umas das catorze equipes criadas no final dos anos de 1980 e início dos anos de 1990 em resposta às preocupações levantadas pelo estado americano sobre adequação dos cuidados em condições médicas comuns e psiquiátricas, incluindo a esquizofrenia.

O objetivo principal desse protocolo é desenvolver recomendações para o tratamento de pessoas com esquizofrenia com base em uma síntese da melhor evidência científica, com objetivo último de melhorar a qualidade e a relação custo-eficácia dos cuidados das pessoas com esse diagnóstico (LEHMAN & STEINWACHS, 1998; KREYENBUHL *et al.*, 2010).

Para melhorar a qualidade do atendimento médico para esses transtornos, o *Schizophrenia* PORT procurou reduzir as variações nos cuidados, promovendo a adoção de tratamentos suportados por evidências científicas ou práticas baseadas em evidências. Como parte do projeto inicial, os pesquisadores realizaram revisões sistemáticas da literatura para identificar



práticas baseadas em evidências, para o cuidado de pessoas com esquizofrenia.

As primeiras recomendações foram desenvolvidas e publicadas em 1998 e atualizadas em 2003 e 2008. O protocolo não se baseia unicamente na opinião de especialistas, como é o caso de outros protocolos destinados às melhores práticas para esquizofrenia, como o *American Psychiatric Association* e o *Texas Medication Algorithm Project*. O PORT inclui recomendações para intervenções psicossociais que aumentam o ganho das terapias medicamentosas.

O protocolo *Schizophrenia* PORT, bem como suas revisões, foi elaborado a partir da busca em base de dados especializada. Conforme exposto em recente publicação da área, o levantamento da literatura foi realizado por dois grupos (ERGs ou grupos de revisão de evidências), um com foco em tratamentos psicofarmacológicos e outro com foco em tratamentos psicossociais (LEHMAN & STEINWACHS, 1998; KREYENBUHL *et al.*, 2010).

O trabalho de ambos os ERGs era acompanhado por um conselho consultivo de especialistas. O *Schizophrenia* PORT não avalia intervenções para tratamento de sintomas prodrômicos ou para pessoas em risco elevado para o primeiro episódio de psicose. Ele também não avalia aspectos de cuidados que atendem as necessidades humanas básicas como habitação, alimentação, entre outros. No entanto, ele avalia comorbidades como álcool, abuso de álcool, controle de peso, fumo etc.

Para identificar os estudos de revisão, os ERGs realizaram extensa pesquisa de literatura eletrônica no Medline, Psychlit, Cochrane. O diagnóstico considerado pelo protocolo *Schizophrenia* PORT é o transtorno de espectro esquizofrênico, ou seja, esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtorno esquizofreniforme.

São condições para as recomendações: ter o diagnóstico correto, considerar outras variáveis como condições médicas e psiquiátricas associadas, circunstâncias pessoais e sociais, além de variações individuais.

Existem mais recomendações sobre farmacoterapia do que sobre tratamentos psicossociais, isto porque não há evidências científicas adequadas para eficácia e efetividade desses tratamentos. As recomendações abordam agentes antipsicóticos, farmacoterapia adjuvante,

eletroconvulsoterapia, intervenções psicológicas, intervenções familiares, reabilitação profissional e tratamento assertivo na comunidade.

No próximo capítulo, serão apresentados os aspectos metodológicos que nortearam esta pesquisa.

## **2**

### **A PESQUISA**

#### **2.1 Estruturação da Pesquisa:**

##### **Objetivos**

Esta pesquisa tem como objetivo geral realizar um estudo descritivo das condições físicas e do cuidado em atenção psicossocial nos HCTP brasileiros, nos quais estão internadas mulheres com diagnóstico de esquizofrenia e comparar os resultados obtidos com diretrizes nacionais e internacionais.

Seus objetivos específicos são:

- discutir as principais diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental para o tratamento de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia;
- apresentar e discutir o Schizophrenia Patient Outcome Research Team (PORT);
- contextualizar os HCTP dentro do sistema judiciário em interface com a saúde;
- apresentar programas extra-hospitalares para o tratamento e acompanhamento de pacientes psiquiátricos em medida de segurança (PAILI e PAI PJ)

Para tanto, foi adotado o seguinte percurso: uma vasta pesquisa bibliográfica sobre o campo, a construção de um instrumento que permitisse coletar dados e visita aos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico onde essas pacientes estavam internadas.

Foi necessário um levantamento bibliográfico a fim de mapear o campo de estudo. Em seguida, foi preciso obter um perfil da abordagem terapêutica das internas com esquizofrenia, considerando que, para fazermos uma avaliação, seria imprescindível, antes disso, conhecer como era a abordagem psicossocial dispensada a elas.

## 2.2 Mapeamento do campo de estudo

A fim de mapear o campo de estudo a respeito de mulheres com esquizofrenia em medida de segurança, fizemos um levantamento bibliográfico on-line utilizando as seguintes palavras-chave:

- security psychiatric hospital/treatment of women with schizophrenia
- security psychiatric facility hospital/treatment of women with schizophrenia
- high security psychiatric hospital/treatment of women with schizophrenia
- maximum security psychiatric hospital/treatment of women with schizophrenia;

Para ampliar a busca, incluímos ambos os gêneros:

- security psychiatric hospital/treatment of patient with schizophrenia
- security psychiatric facility hospital/treatment of patient with schizophrenia
- high security psychiatric hospital/treatment of patient with schizophrenia
- maximum security psychiatric hospital/treatment of patient with schizophrenia

Observamos uma escassez de artigos sobre o tratamento de mulheres com esquizofrenia abrigadas em manicômios judiciários – apenas 49 artigos, em inglês, francês e português. Mesmo quando buscávamos estudos incluindo ambos os gêneros, não havia número expressivo de artigos publicados. A maior parte dos artigos encontrados tratava de temas não exatamente relacionados à abordagem terapêutica.

Os estudos que envolviam mulheres ou pacientes com esquizofrenia em espaços psiquiátricos judiciários em nosso levantamento bibliográfico tratavam de:

- esquizofrenia e criminalidade, violência, periculosidade, comportamento criminoso e recidiva de delitos;
- crença no diagnóstico pelos pacientes e adesão ao tratamento, engajamento no tratamento e menor risco de recidiva;

- relação entre neuroimagem e violência, neuroquímica cerebral e violência, desestruturação familiar na infância e ocorrência de transtornos psíquicos;
- diferença no curso da esquizofrenia entre pacientes internados nos manicômios judiciários e aqueles na comunidade;
- tratamento medicamentoso;
- transtornos associados à esquizofrenia como Asperger, uso de álcool e outras drogas.

Entretanto três estudos revelaram alguma consonância com o objeto da nossa pesquisa e sobre eles apresentamos nossas impressões a seguir.

Um primeiro artigo resultou de uma pesquisa realizada no Reino Unido e publicada com o título *Management of Schizophrenia in conditions of High Security*, por Lindsay D.G. Thomson, em 2000. A pesquisadora conduziu seu estudo nos quatro hospitais de alta segurança do Reino Unido – Hospital Broadmoor, em Berkshire; Hospital Rampton, em Nottinghamshire; Hospital Ashworth, em Merseyside; Hospital de Carstairs, em Lanarkshire.

O que nos chama a atenção é que a autora descreve esses hospitais judiciários com significativa equivalência com os espaços prisionais de forma muito mais intensa do que encontramos em nosso estudo:

Não há uma definição estrita do que significa segurança máxima, mas todos esses hospitais têm um perímetro de segurança com iluminação forte, câmeras e detectores de movimento. Os procedimentos de segurança variam em cada instituição, mas a maioria tem medidas de segurança semelhantes aos aeroportos, com o rastreamento de raios-X e de metal. Alarmes pessoais, entradas trancadas para as enfermarias e as abordagens aleatórias são rotina (THOMPSON, 2000, p. 252).<sup>35</sup>

Além disso, a autora descreve:

---

<sup>35</sup>Cf. no original: “There is no strict definition of what is meant by high security but all of these hospitals have a secure perimeter fence with powerful lighting, cameras and motion detectors. Security procedures vary in each institution but most have airport-style security measures such as X-ray screening and metal detectors. Personal alarms, air-lock entries to wards and security policies, for example on random searches, are routine” (THOMPSON, 2000, p. 252.)

Um importante objetivo nos hospitais de alta segurança é evitar episódios de violência e acalmar aqueles em andamento. Muitas vezes, a manutenção do indivíduo em uma sala silenciosa ou o uso de medicamentos são utilizados. Às vezes, o uso de controle e contenção podem ser necessários. Muitos hospitais de segurança têm uma sala de isolamento e políticas para a sua utilização (THOMPSON, 2000, p. 257).<sup>36</sup>

Aqui percebemos que a ambiguidade entre prisão/hospital desloca-se para o lado prisional. A pesquisa feita por nós revelou que, em certa medida, também há essa ambiguidade no nosso sistema, pois encontramos quartos de isolamento, alguns com características de cela forte, bem como seu uso para punição e contenção.

Nos HCTP brasileiros, nos deparamos, no entanto, com um dado importante e positivo: a preocupação com a estruturação de oficinas e atividades ocupacionais como forma de tratamento (vale ressaltar que não fizemos um estudo qualitativo dessas atividades).

Acerca dessa questão, Thomson (2000, p. 257) escreve:

A institucionalização é conhecida por ter um efeito deletério sobre o prognóstico da esquizofrenia. Portanto os pacientes requerem acesso a atividades e oportunidade de se expressar como indivíduos. A fim de proporcionar essa estrutura, esses hospitais têm locais para atividades tais como marcenaria, artes e ofícios, impressão, alvenaria, jardins e lavanderia. Os pacientes escolhem quais atividades gostariam de participar. Além disso, existem espaços dedicados à educação. Os pacientes variam muito em suas escolhas, mas a maioria gira em torno de três atividades básicas: trabalho, tarefas da vida diária e recreação.<sup>37</sup>

Outro estudo que levantamos foi publicado por Absalom-Hornby, Gooding & Tarrier com o título *Coping With Schizophrenia in Forensic Services*

---

<sup>36</sup> Cf. no original: "A major aim of staff in high-security hospitals is to prevent violent episodes and to de-escalate those in progress. High-quality training is essential. Often, the use of voluntary time out in a quiet room or as-required medication avert aggression. A short-acting benzodiazepine, such as lorazepam, in combination with a rapid-acting neuroleptic drug, such as droperidol, is useful in acutely disturbed patients. At times, the use of control and restraint techniques may be required" (THOMPSON, 2000, p. 257).

<sup>37</sup> Cf. no original: "High-security hospitals are institutions. Patients spend on average 4–7 years there. There is, therefore, considerable risk that institutionalised behaviour will develop, and this is known to have a deleterious effect on the prognosis of schizophrenia. Patients require access to activities, structure to their day and the opportunity to express themselves as individuals. In order to provide this activity, the high-security hospitals have occupational departments such as woodwork, arts and crafts, printing, stonework, gardens and laundry. Patients are given a choice as to which departments they would like to attend. In addition, there are education departments. Patients vary greatly in their abilities and some will require help with basic literacy skills, while others will pursue Open University courses. For most of us, life revolves around three basic activities: work, daily living tasks, and recreation" (THOMPSON, 2000, p. 257).

- *The Needs of Relatives*, em 2011. Trata-se de um estudo realizado também no Reino Unido, cujo objetivo foi avaliar as necessidades dos familiares de pacientes dos serviços forenses, bem como compreender as suas preocupações, percepções e capacidade de lidar com os sintomas e comportamentos exibidos pelo paciente.

Concordante com os protocolos que usamos como parâmetro para avaliação de tratamento das pacientes com esquizofrenia – PORT e recomendações do Ministério da Saúde –, os autores argumentam sobre a importância da participação familiar no tratamento desses indivíduos: “Serviços forenses devem fornecer suporte para as famílias, isso é positivo para o futuro dos hospitais forenses. Parentes parecem ser motivados a se envolver e até desejarem apoio psicológico quando oferecido” (ABSALOM-HORNBY, GOODING & TARRIER, 2011, p. 401). Esse trabalho corrobora o que preconizam os protocolos de tratamento por nós utilizados.

Por fim, compôs nossa busca um artigo com abordagem bastante específica sobre eletroconvulsoterapia, intitulado *Electroconvulsive Therapy in Forensic Psychiatry-Ethical Problems in Daily Practice*, de Witzel, Held & Bogerts, publicado em 2009 e conduzido na Alemanha.

Assim como o que encontramos na nossa pesquisa, o autor mostra que a eletroconvulsoterapia, embora possa ter valor terapêutico, não vem sendo usada, de um modo geral, nos hospitais judiciários:

Há uma semelhança generalizada entre os diagnósticos em geral na psiquiatria em comparação com os encontrados em psiquiatria forense. Consequentemente psiquiatras forenses enfrentam casos graves que precisam sofrer tratamento por eletroconvulsoterapia (ECT). Embora seja um método conhecido e válido, a ECT é raramente aplicada a psiquiatria forense. Isso pode ser devido ao pressuposto geral de que os indivíduos detidos, seja em psiquiatria forense ou nas prisões, não serão escolhidos para uma terapêutica, exceto nas emergências clínicas. Além disso, o consentimento informado pode ser não ser possível nesses casos (WITZEL, HELD & BOGERTS, 2009, p. 129).<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> Cf. no original: “Electroconvulsive therapy (ECT) is a well-known and valid therapy in general psychiatry. Forensic-psychiatric patients ought to have access to the same treatment approaches that are used in general psychiatry, but at present, forensic-psychiatric patients often do not have access to ECT. Yet, restricted access cannot be justified by neither legal nor scientific arguments. Yet, restricted Access cannot be justified by neither legal nor scientific arguments. However, the informed consent declared by the patients should be scrutinized to assure that it was not given to avoid possible disadvantages in further treatment procedures” (WITZEL, HELD & BOGERTS, 2009, p. 129).

Apesar da limitação de artigos publicados, cujo objetivo assemelha-se a esse trabalho, foi possível, em alguns deles, encontrar concordância, seja no que se refere ao tratamento – oficinas terapêuticas e abordagem familiar –, seja na descortinada ambivalência prisão/hospital.

### **2.3 Elaboração do Instrumento/Questionário**

O cuidado e a abordagem psicossocial dispensado às mulheres com diagnóstico de esquizofrenia e em medida de segurança nos HCTP brasileiros foi estudado por meio de um instrumento metodológico de coleta (questionário).

Definimos, a partir de nossos objetivos, que o questionário teria perguntas que abordavam a forma de tratamento prestado a essas pacientes, excluindo o tratamento medicamentoso, visto que ele não era objeto de pesquisa. Entretanto, o questionário deveria ter uma abrangência suficiente para contribuir na compreensão e na análise do tratamento. Foram avaliados os seguintes marcos:

- a- O espaço físico do hospital de custódia: seria questionado o número de homens e mulheres internados, número de mulheres com diagnóstico de esquizofrenia, condições físicas dos quartos e banheiros.
- b- A rotina do hospital de custódia: número de refeições das pacientes com esquizofrenia, banhos corporais e de sol, idas ao pátio, liberdade de trânsito das pacientes pela unidade, uso de algemas ou escolta.
- c- Informações sobre a convivência e privacidade das pacientes com esquizofrenia: uso de telefone ou cartas para se comunicar, acesso à família, incluindo filhos, relações afetivas dentro do hospital.
- d- Tratamento médico e psicossocial: número e formação dos profissionais diretamente envolvidos no tratamento, atividades culturais e de lazer oferecidas às pacientes, uso de isolamento e contenção como medida terapêutica ou punitiva, uso de eletroconvulsoterapia.



- e- Um último item ficaria reservado para o que costumamos chamar eventos sentinela, situações que determinam a vulnerabilidade de um centro psiquiátrico: número de fugas ou evasões, transferência para outros centros psiquiátricos, número de óbitos e suicídios, ocorrência de homicídios, agressão física e relato ou registro de abuso sexual.

Um protocolo da OMS foi usado como modelo para o instrumento, não sem antes solicitar permissão do seu uso, o que foi prontamente aceito<sup>39</sup>. Segundo a OMS, o *WHO QualityRights*<sup>40</sup>, protocolo que usamos como modelo, tem a intenção de facilitar a avaliação e a melhoria da qualidade e dos direitos humanos nos serviços de saúde mental e assistência social.

Ele avalia cinco quesitos: saúde mental, serviços de saúde mental/normas, humanização, qualidade dos serviços de saúde mental, organização nacional dos programas de saúde mental. Esse protocolo foi publicado em 2006 e cada um desses itens foi avaliado em um estabelecimento de saúde distinto e projetado para ajudar as comissões de avaliação sistemática. Ele não tem valor prescritivo.

O *WHO QualityRights* é composto por cinco seções:

1. Resumo: uma visão geral da finalidade, métodos, resultados e recomendações das avaliações feitas nos hospitais.
2. Metodologia: como foram feitas as avaliações, a forma como foram definidas as pontuações dadas para cada item e a elaboração dos relatórios sobre os hospitais.
3. Pontuação: dividida nas seguintes categorias: alcançada na íntegra, realizada parcialmente, não realizada, não iniciada, não aplicável.
4. Discussão: uma análise do que foi encontrado.
5. Conclusões e recomendações: as conclusões da equipe sobre as análises dos centros de saúde mental pesquisados, incluindo violação dos direitos humanos, mas também salientando boas práticas e recomendando sugestões.

---

<sup>39</sup> Solicitação de autorização de uso do *WHO Quality Right* enviada para a responsável da OMS, obtendo resposta positiva de Natalie Drew, do Mental Health Policy and Service Development, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization.

<sup>40</sup> Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548410\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548410_eng.pdf)>.

As questões desse relatório foram formuladas de forma que pudessem ser avaliados tanto os critérios de saúde mental, como os de saúde geral. Os subitens que compuseram o questionário foram:

### **Tema 1**

- a- O prédio está em boas condições físicas?
- b- As condições de dormir dos pacientes são confortáveis e permitem privacidade suficiente?
- c- O hospital atende exigências de higiene e sanitárias?
- d- O paciente recebe comida, água potável e roupas adequadas às suas necessidades e preferências?
- e- Os pacientes podem se comunicar livremente e seu direito de privacidade é respeitado?
- f- O hospital oferece um confortável ambiente acolhedor, propício para estimular a participação ativa e interação?
- g- Os pacientes podem desfrutar de atividades sociais e permanecem engajados na vida e em atividades da comunidade?

### **Tema 2**

- a- As instalações são disponíveis para todos os que requerem tratamento e apoio?
- b- O hospital tem pessoal qualificado e oferece serviços de saúde mental de boa qualidade?
- c- O tratamento, a reabilitação psicossocial e as redes de serviços de saúde e apoio existem e contribuem para a capacidade do paciente de viver de forma independente na comunidade?
- d- A medicação psicotrópica está disponível, acessível e é usada adequadamente?
- e- Os hospitais estão preparados para os cuidados com saúde geral e reprodutiva?

### **Tema 3**

- a- A forma de tratamento é sempre uma prioridade?

- b- Existem procedimentos e garantias para evitar detenção e tratamento sem o consentimento livre e esclarecido?
- c- Os pacientes podem exercer a sua capacidade jurídica e são fornecidos suportes para isso?
- d- Os pacientes têm direito à confidencialidade e acesso a sua saúde pessoal?

#### **Tema 4**

- a- Os pacientes estão assegurados quanto ao abuso físico, sexual, mental, verbal e negligência física e emocional?
- b- Os métodos alternativos são usados no lugar de isolamento e contenção?
- c- A eletroconvulsoterapia, psicocirurgia e outros procedimentos médicos que podem ter efeitos permanentes ou irreversíveis, sejam realizados na unidade ou em outro serviço de saúde, respeitam os riscos de abusos e são feitos somente com consentimento livre e esclarecido do paciente?
- d- Algum paciente é submetido a experimentos médicos ou científicos sem seu consentimento informado?
- e- Existem serviços de proteção para prevenir tortura ou tratamento cruel?

#### **Tema 5**

- a- Os pacientes são preparados para ter acesso e recursos financeiros necessários para viverem na comunidade?
- b- Os pacientes têm acesso a serviços de educação formal e trabalho?
- c- Os pacientes têm garantia para participar da vida pública e política?
- d- Os pacientes são estimulados a participar de atividades sociais, culturais, religiosas e de lazer?

A nossa ambição em compreender a atenção psicossocial dispensada aos pacientes nos HCTP que tinham mulheres com esquizofrenia no Censo de 20011 poderia ser respondida usando os mesmos parâmetros do relatório *WHO QualityRights*, com adaptações necessárias, mantendo a excelência e o rigor das questões (Cf. Apêndice).

Para aplicação do questionário, foram realizadas visitas a cada unidade de custódia que abrigava mulheres com esquizofrenia de acordo com o Censo 2011 (DINIZ, 2013).

Os HCTP visitados foram:

- Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe, em Aracaju
- Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, em Barbacena - MG
- Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará, em Belém
- Ala Psiquiátrica do Distrito Federal, em Brasília
- Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Espírito Santo, em Cariacica
- Complexo Médico Penal do Paraná, em Curitiba
- Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha, em Franco da Rocha - SP
- Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira, em Franco da Rocha - SP
- Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco, na Ilha de Itamaracá
- Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, em Maceió - AL
- Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, em Porto Alegre - RS
- Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, no Rio de Janeiro - RJ
- Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Salvador - BA

As visitas foram previamente autorizadas e agendadas por telefone e documentos impressos. O contato foi feito diretamente com o diretor de cada unidade, mas as autorizações diferiram. Em algumas unidades, foi preciso autorização da Vara de Execução Penal; em outras, da Secretaria de Segurança local; em algumas delas, a autorização foi dada pelo próprio diretor.

Nesse momento, já havia aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (Cf. Anexo). O questionário foi construído a partir de um modelo da OMS, o *WHO QualityRights*, com a devida autorização.

## 2.4 Aspectos Metodológicos

A metodologia foi quantitativa, com aplicação de questionário pré-estruturado e posteriormente a base de dados foi processada num *software* de análise estatística para uso em pesquisa, o *Statistical Package Social Sciences* (SPSS).

O método de investigação adotado é, em parte, de natureza qualitativa, pois recorre à observação de fenômenos e à realização de inferências com base na análise estatística de dados apurados em campo.

A técnica escolhida para a realização do levantamento de campo é a *survey*, uma sondagem de atores envolvidos na questão. Na *survey*, que aqui assume a sua modalidade descritiva, com as necessárias adaptações, a coleta de dados é feita por meio de questionários, cujas questões são derivadas dos objetivos do estudo, e por meio de entrevistas semiestruturadas de confirmação para unidades de análise selecionadas.

Os dados coletados formaram um banco de dados e, para finalizar a análise, foi necessário recorrer ao programa de análise estatística, neste caso, o SPSS, usado principalmente nas Ciências Sociais. Ele transforma os dados em informações e possibilita a leitura descritiva dessas informações, demonstradas ao leitor por meio de tabelas com os cruzamentos específicos que ilustram os resultados que fundamentam a análise do presente estudo.

Na primeira etapa do estudo, foram utilizados dados secundários coletados no Censo 2011 (DINIZ, 2013). Nesse estudo censitário, foram identificados os hospitais onde havia mulheres com esquizofrenia e em medida de segurança. Os dados provenientes do Censo Nacional dos Hospitais de Custódia e Tratamento (DINIZ, 2013) foram levantados por iniciativa do Ministério da Justiça e analisados pela Anis<sup>41</sup> e pela Universidade de Brasília, tendo sido publicados em 2013.

O Censo 2011 (DINIZ, 2013) identifica uma série de características das mulheres e homens internados nos HCTP. Entre elas, as características sociodemográficas, o histórico penal e criminal, a trajetória desses pacientes

---

<sup>41</sup>Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero é uma organização não governamental voltada para a pesquisa com sede em Brasília. <http://www.anis.org.br/>.

em hospitais de custódia. Os dados necessários para esta pesquisa, além das informações censitárias, tiveram origem nas seguintes fontes: um levantamento sistemático da literatura médica especializada sobre esquizofrenia, histórico da doença e do seu tratamento, um protocolo internacional de tratamento - *Schizophrenia Patient Outcomes Research Team* -, além das recomendações do Ministério da Saúde sobre esquizofrenia.

O protocolo PORT-*Schizophrenia* é um *guideline* internacional que reúne, através da pesquisa em bancos de dados, as intervenções farmacológicas e psicossociais no tratamento de esquizofrenia.

Na segunda fase deste estudo, foram utilizados dados primários coletados por meio de entrevista semiestruturada em todos os estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil onde havia mulheres com diagnóstico de esquizofrenia, identificados pelo Censo 2011 (DINIZ, 2013).

Pelo Censo 2011 (DINIZ, 2013), identificamos 13 unidades localizadas nos estados de Sergipe, Minas Gerais, Pará, Espírito Santo, São Paulo, Pernambuco, Alagoas, Paraná, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e no Distrito Federal. A entrevista foi orientada por um questionário (Cf. Apêndice) de quesitos fechados que visavam identificar o tratamento não medicamentoso oferecido nessas unidades.

O questionário foi aplicado a um responsável técnico de cada um dos hospitais de custódia indicado pelo diretor do respectivo hospital. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e por uma assistente de pesquisa devidamente treinada. A pesquisadora esteve presente em quatro entrevistas e a assistente de pesquisa, em 11. Duas entrevistas foram feitas pela pesquisadora por telefone – no HCTP Professor André Teixeira Lima de Franco da Rocha e no HCTP II de Franco da Rocha, ambos em São Paulo.

Todas as entrevistas, com exceção daquelas feitas por telefone, foram gravadas e transcritas com o consentimento livre e esclarecido dos entrevistados, que autorizaram o uso dos dados de forma verbal. A gravação das entrevistas teve como objetivo coletar informações adicionais que os entrevistados identificassem como necessárias de complementação ao questionário.

Foram adotados todos os cuidados éticos para garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados, conforme preconiza a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece as diretrizes e normas para a pesquisa envolvendo seres humanos.

O projeto de pesquisa que originou este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – Comitê de Ética do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília e pelo Comitê de Ética da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo.

Os dados coletados nos questionários foram tabulados em frequências de respostas, complementados com dados qualitativos, coletados nas entrevistas, e possibilitaram a realização de uma análise comparativa da atenção psicossocial oferecida nos HCTP que tinham mulheres com esquizofrenia internadas com a atenção psicossocial proposta pelo PORT e pelo Ministério da Saúde. Apenas os tratamentos não farmacológicos foram objetos de análise.

## **2.5 Observações sobre os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**

As visitas às unidades manicomiais permitiram identificar particularidades que ora as diferiam, ora as aproximavam na estrutura e organização. Aquelas que não foram visitadas pela pesquisadora foram descritas pelo diário de campo da assistente de pesquisa.

A primeira unidade visitada foi o HCTP Heitor Carrilho no Rio de Janeiro. Nessa unidade fizemos o pré-teste do instrumento de pesquisa. A visita foi feita em outubro de 2013, quando iniciamos os trabalhos de campo. O Hospital Heitor Carrilho comporta-se como um centro de desinstitucionalização. Os pacientes que estão internados já receberam sentença de desinternação pela justiça. Alguns permanecem no hospital por falta de vínculos sociais e familiares, outros na espera de documentação civil.

As mulheres com esquizofrenia ocupam quartos individuais. Elas podem transitar livremente pela unidade, sem escoltas ou algemas. Podem, inclusive, deixar a unidade; nesse caso, sempre na companhia de um responsável do hospital. Guarda semelhança, nesses aspectos, com o

Hospital Pedro Suruagy, de Maceió, onde as pacientes têm quartos individuais, podendo, inclusive, restringir, de certa forma, o acesso ao mesmo, já que possuem a chave dos quartos.

A unidade não conta com espaços de isolamento e as mulheres podem circular pelas diferentes áreas do hospital. Muito diferente dessa realidade, o Hospital Jorge Vaz, em Barbacena, Minas Gerais, mantém celas para as mulheres em tratamento psiquiátrico. Preserva os modelos de quarto de isolamento com características de cela forte. As pacientes só podem deslocar-se com uso de algemas e escolta.

Também no Hospital de Custódia de Sergipe encontramos celas no lugar de quartos. O uso de material considerado de risco, como canetas esferográficas, que permitiriam a comunicação externa das pacientes, é negado, respeitando critérios de segurança estabelecidos na unidade. As pacientes ficam restritas em alguns ambientes.

Dois unidades são marcadas por características que as aproximam: a Ala Psiquiátrica do Distrito Federal e o HCTP de Curitiba. Em Brasília, as pacientes ficam em celas com outras mulheres que receberam penas. Não existe um hospital de custódia, tampouco elas estão separadas em uma ala destinada somente para mulheres em medida de segurança.

Em Curitiba, o hospital abriga, além dos homens e mulheres em medida de segurança, aqueles detentos que estão em tratamento de alguma doença clínica. Isso acaba por determinar um enclausuramento carcerário de todos que estão internados, inclusive os pacientes em medida de segurança.

O HCTP de Porto Alegre conserva características de um hospital, como a presença de quartos - ainda que coletivos -, e outras de caráter prisional, como a impossibilidade de trânsito pela unidade ou contato mais próximo entre pacientes. A segurança do local é a justificção.

Em Cariacica, no Espírito Santo, as mulheres ficam em quartos, não segregadas em celas, no entanto elas não têm liberdade individual para circularem dentro do hospital. As camas, assim como em Barbacena, são de alvenaria, muito distante do que nós nos acostumamos a ver nos hospitais.

Algumas unidades não puderam ser visitadas. Duas delas em São Paulo, onde a entrevista foi feita por telefone; as outras, em Belém e Pernambuco, por uma restrição da equipe do Hospital. Em Salvador, o HCTP



no momento não está recebendo mulheres em medida de segurança, visto que passa por reformas de estrutura física. As pacientes que estavam internadas foram transferidas para um hospital psiquiátrico local.

Em todas as unidades, o responsável pela entrevista – assistentes sociais, terapeutas ocupacionais ou psicólogos – sempre abordavam o tema segurança e percebemos que isto determinava questões como chuveiros coletivos ou banheiros sem portas individuais, restrição no uso do telefone ou a impossibilidade de relações afetivas. Confundem-se, nesses ambientes, saúde e vigilância, hospital e prisão.

### 3

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao apresentarmos os resultados de nossa pesquisa, cabe enfatizar que a própria existência dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) contraria uma das principais diretrizes, se não a principal, da reforma psiquiátrica no Brasil e no mundo e um dos grandes desafios em saúde mental apresentados na revista *Nature* em (COLLINS *et al.*, 2001): promover o cuidado efetivo em saúde mental na comunidade e focado na reabilitação.

Isto pode ser visto na primeira diretriz apontada pela portaria GM/MS 251/2002: “É necessário consolidar a implantação do modelo de atenção comunitária, de base extra-hospitalar, articulada em rede diversificada de serviços territoriais, capaz de permanentemente promover a integração social e assegurar os direitos dos pacientes”<sup>42</sup>. Exemplos como o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) e o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), apresentados anteriormente, demonstram que é possível atender na comunidade pacientes doentes mentais graves em medida de segurança, portanto a própria existência desses hospitais deveria ser questionada.

Os dados coletados na pesquisa revelam a existência, nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) estudados, de equipes multiprofissionais, oferecimento de diferentes atividades terapêuticas, incluindo psicoterapia, permissão para visitas, possibilidade de formar ou manter relações afetivas, entre outros dados. No entanto, a contradição aparece quando vemos que, em parte das unidades, os quartos são coletivos, as pacientes usam algemas, circulam somente com escoltas, o isolamento é usado como prática de punição e a contenção é ocorrência frequente, as mulheres são impedidas de circular ou sair da unidade, de comunicar-se através de cartas e telefone, nem todas tem acesso a tratamento psicoterápico e suporte para alta progressiva.

Embora possamos reconhecer, em algumas unidades, um arejamento que reflete parte das diretrizes do *Schizophrenia Patient Outcomes Research*

---

<sup>42</sup> As diretrizes da portaria GM/MS 251/2002 estão no anexo desse estudo.

*Team* (PORT) e das recomendações do Ministério da Saúde (MS), o que prevalece é a reclusão própria dos espaços de internação psiquiátrica/prisão. A seguir apresentaremos e discutiremos os resultados quantitativos da pesquisa.

O Censo 2011 (DINIZ, 2013) revelou que havia, em 2011, 3989 pacientes internados nos diferentes Hospitais de Custódia e Alas psiquiátricas do Brasil. Durante a pesquisa (outubro/2013 a março/2014), visitamos exclusivamente as unidades que abrigavam mulheres com esquizofrenia (Cf. Capítulo 2).

Como mostra a Tabela 1, nessas unidades, há um total, hoje, de 3386 pacientes. O maior número de internos encontra-se no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira, em Franco da Rocha (SP-HCTP I) – 593 pessoas. Do total de pacientes internados, 3040 são homens, ou seja, 89,8%. As mulheres representam 10,2% do total, ou seja, 346. O Sudeste concentra 35% dos pacientes, a região Sul 32,7%, o Nordeste 22,9%, o Norte 6,8% e Centro-Oeste 2,5%.

Tabela 1: Quantitativo de pacientes internados

UF	Quantitativo total de pacientes internados	Percentual total de pacientes internados	Quantitativo de mulheres internadas na Unidade	Percentual de mulheres internadas na Unidade	Quantitativo de homens internados na Unidade	Percentual de homens internados na Unidade
RS	407	12,0%	46	1,4%	361	10,7%
MG	234	6,9%	47	1,4%	187	5,5%
DF	85	2,5%	6	0,2%	79	2,3%
ES	56	1,7%	3	0,1%	53	1,6%
PR	700	20,7%	70	2,1%	630	18,6%
AL	95	2,8%	4	0,1%	91	2,7%
PA	231	6,8%	21	0,6%	210	6,2%
PE	492	14,5%	26	0,8%	466	13,8%
RJ	67	2,0%	7	0,2%	60	1,8%
SE	99	2,9%	7	0,2%	92	2,7%
BA	92	2,7%	0	0,0%	92	2,7%
SP - HCTP II	235	6,9%	30	0,9%	205	6,1%
SP - HCTP I	593	17,5%	79	2,3%	514	15,2%
Total	3386	100,0%	346	10,2%	3040	89,8%

### 3.1 Pacientes internadas diagnosticadas com esquizofrenia

O Censo Nacional dos Manicômios Judiciários foi feito no período de janeiro a dezembro de 2011. Naquele momento, havia 82 mulheres com diagnóstico de esquizofrenia internadas em 13 hospitais de custódia (Cf.

Capítulo 2). Durante a pesquisa, visitamos todas essas unidades, com exceção das unidades de SP, onde a entrevista foi feita por telefone.

Optamos por realizar a pesquisa também em Salvador (BA), apesar de não haver mais mulheres internadas em 2013, porque o nosso universo de estudo é referente às mulheres com diagnóstico de esquizofrenia encontradas no Censo 2011 (DINIZ, 2013) e à época havia 2 mulheres com esquizofrenia internadas no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico daquela cidade.

Como mostra a Tabela 2, o número total de mulheres com esquizofrenia atualmente é de 81, com base em entrevistas feitas entre outubro de 2013 e março de 2014, sendo que 70,4% das internas com esquizofrenia estão em unidades hospitalares localizadas no Sudeste. Minas Gerais tem o maior número de pacientes com essa patologia - 33,3%.

Tabela 2: Mulheres com diagnóstico de esquizofrenia nos HCTP

UF	Mulheres com diagnóstico de esquizofrenia	
	Quantitativo	Porcentagem
RS	7	8,6%
MG	27	33,3%
DF	1	1,2%
ES	2	2,5%
PR	5	6,2%
AL	1	1,2%
PA	1	1,2%
PE	6	7,4%
RJ	6	7,4%
SE	3	3,7%
BA	Não há mulheres com diagnóstico	
SP - HCTP II	3	3,7%
SP - HCTP I	19	23,5%
Total	81	100%

### 3.2 Relacionamento Afetivo

Como mostram as Tabelas 3 e 4, em pouco mais da metade das unidades estudadas (53,8%), não há relacionamento hétero ou homoafetivo

entre as pacientes. Em 23,1% dos HCTP, nas unidades do DF, PR e PE, os relacionamentos ocorrem exclusivamente entre o mesmo sexo. Nas unidades do RS, RJ e BA, há relacionamento hétero e homoafetivo.

Tabela 3: Relacionamento afetivo das pacientes diagnosticadas com esquizofrenia

Há relacionamento afetivo/sexual entre pacientes, incluindo entre o mesmo sexo?	%	Quantitativo
Sim	23,1	3
Sim, apenas com o mesmo sexo	23,1	3
Não	53,8	7
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 4: Relacionamento afetivo das pacientes diagnosticadas com esquizofrenia por região

As visitas íntimas para as pacientes com esquizofrenia nos HCTP são permitidas somente no DF e em AL. Nessas unidades, são permitidas visitas hétero e homoafetivas. Nas demais unidades, não é permitida visita íntima. Não houve resposta a essa questão na unidade de PE, conforme descrito nas Tabelas 5 e 6.

Tabela 5: Permissão de visitas íntimas para as pacientes diagnosticadas com esquizofrenia

As mulheres podem receber visita íntima, incluindo para casais homoafetivos?	%	Quantitativo
Sim, para todos	15,4	2
Não	76,9	10
Não respondeu	7,7	1
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 6: Permissão de visitas íntimas para as pacientes diagnosticadas com esquizofrenia por região

As mulheres podem receber visita íntima, incluindo para casais homoafetivos?	
Sim, para todos	DF; AL
Não	RS; MG; ES; PR; PA; RJ; SE; BA; [HCTP II]; SP [HCTP I]
Não respondeu	PE

### 3.3 Renda

Como demonstrado nas Tabelas 7 e 8, em 53,8% das unidades, há mulheres recebendo o Benefício de Prestação Continuada (BPC)<sup>43</sup>. Em 38,5% das unidades, não há mulheres beneficiadas com esse recurso. O uso do BPC na pesquisa para avaliar o recebimento de renda deveu-se ao fato de que este benefício contempla as pessoas portadoras de doenças incapacitantes para a vida produtiva, com baixa renda, o que representa grande parte da população assistida nos HCTP (DINIZ, 2013).

Não seria inadequado supor que houvesse mulheres recebendo o BPC em todas as unidades estudadas, o que não aconteceu. Isso nos leva a duas hipóteses: ou nessas unidades as mulheres têm renda superior à exigida para o recebimento do benefício, ou há um problema nessas unidades para auxiliá-las a obter o benefício.

O recebimento de qualquer fonte de renda, incluindo o BPC, pode facilitar a preparação da paciente para a vida em sociedade, ou seja, é um instrumento para a alta progressiva. Conforme a Portaria GM/MS 251/2002, “O projeto de atenção ao paciente psiquiátrico deve conter a preparação para o retorno à própria moradia, ou a serviços residenciais terapêuticos, ou a outra forma de inserção domiciliar”.

<sup>43</sup> Está previsto no artigo 2, inciso IV, da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993) e regulamentado pelo Decreto 1.744, de 8 de dezembro de 1995 e pela Lei 9.720, de 20 de dezembro de 1998. Está em vigor desde 1 de janeiro de 1996 e define que a pessoa portadora de deficiência que está incapacitada para o trabalho e para a vida independente será beneficiada desde que sua renda mensal e dos membros de sua família, dividida pelos integrantes, seja menor que ¼ do salário mínimo vigente.

Tabela 7: Pacientes diagnosticadas com esquizofrenia que recebem BPC

As mulheres recebem o BPC ?	%	Quantitativo
Sim	53,8	7
Não	38,5	5
Não respondeu	7,7	1
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 8: Pacientes diagnosticadas com esquizofrenia que recebem BPC por região

As mulheres recebem o BPC ?	
Sim	RS; MG; DF; PA; PE; SE; BA
Não	ES; PR; AL; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]
Não respondeu	RJ
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Em 61,6% das unidades a paciente não tem autonomia para gerir a própria renda. Apenas em 38,5% há uma administração compartilhada entre a paciente, a família e o hospital. A administração da própria renda é uma estratégia de treinar as pacientes no que se refere à autonomia e à independência, assegurando uma melhor adaptação social no seu retorno para casa.

Tabela 9: Pacientes diagnosticadas com esquizofrenia/Administração da renda

Quem administra o dinheiro das pacientes com renda?	%	Quantitativo
Um administrador da unidade	23,1	3
A família	30,8	4
Misto (Paciente/Unidade/Família)	38,5	5
A Família e um Tutor	7,7	1
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 10: Pacientes diagnosticadas com esquizofrenia/Administração da renda por região

Quem administra o dinheiro das pacientes com renda?	
Um administrador da unidade	MG; RJ; SP [HCTP II]
A família	DF; ES; AL; PA
Misto (Paciente/Unidade/Família)	RS; PE; SE; BA; SP [HCTP I]
A Família e um Tutor	PR

### 3.4 Documentação

Com relação à documentação pessoal, em praticamente todas as unidades a maioria das pacientes possui o documento pelo registro de nascimento. Apenas na unidade HCPT I, em São Paulo, a minoria das pacientes tem documentos e no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho do Rio de Janeiro não foi obtida resposta para esta questão.

### 3.5 Estrutura Física e Rotinas

Conforme mostram as Tabelas 11, 12 e 13, 69,2% das unidades têm quartos coletivos. Apenas 15,4%, ou seja, 2 unidades têm quartos individuais. O número de mulheres em cada quarto também difere muito entre os HCTP. No HCTP de Brasília e no de MG, há o maior número de mulheres em cada quarto - de 12 a 14 mulheres - e em Pernambuco o menor - 2 mulheres por quarto.

Segundo a Portaria GM/MS 251/2002, o hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40 m<sup>2</sup>, mais 20m<sup>2</sup> para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar”. Segundo essa normativa, o respeito ao espaço e ao ambiente de internação deve ser compreendido como parte do tratamento.

Tabela 11: Tipo de quarto onde ficam as pacientes com esquizofrenia

Os quartos onde as mulheres ficam são	%	Quantitativo
Individuais	15,4	2
Coletivos	69,2	9
Individuais e Coletivos	15,4	2
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>



Tabela 12: Tipo de quarto onde ficam as pacientes com esquizofrenia por região

Os quartos onde as mulheres ficam são	
Individuais	AL; RJ
Coletivos	RS; MG; DF; PA; PE; SE; BA; SP
Individuais e Coletivos	ES; PR

Tabela 13: Quantitativo de pacientes com esquizofrenia por quarto em cada região

UF	Quantidade de mulheres por quarto
DF	12 mulheres por quarto
MG	14 mulheres por quarto
PE	2 mulheres por quarto
ES	3 mulheres por quarto
SE	3 mulheres por quarto
RS	4 mulheres por quarto
SP - HCTP II	4 mulheres por quarto
PA	De 2 a 3 mulheres por quarto
BA	De 3 a 4 mulheres por quarto
PR	De 5 a 7 mulheres por quarto
SP - HCTP I	De 5 a 7 mulheres por quarto

Em 61,5% das unidades visitadas, os banheiros não têm portas individuais para os sanitários. Nas unidades de SP (I e II), RS, PR e PA, as portas são individuais. Da mesma forma, aproximadamente 85% não têm portas individuais para o chuveiro. Esse modelo revela semelhanças com o modelo prisional, onde a vigilância é parte estrutural da organização (Cf. Tabelas 14 a 17).

Tabela 14: Unidades de internação com porta individual nos sanitários

Os banheiros têm portas individuais para sanitários?	%	Quantitativo
Sim	38,5	5
Não	61,5	8
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 15: Unidades de internação com porta individual nos sanitários por região

Os banheiros têm portas individuais para sanitários?	
Sim	RS; PR; PA; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]
Não	MG; DF; ES; AL; PE; RJ; SE; BA

Tabela 16: Unidades de internação com porta individual nos chuveiros

Os banheiros têm portas individuais para chuveiros?	%	Quantitativo
Sim	15,4	2
Não	84,6	11
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 17: Unidades de internação com porta individual nos chuveiros por região

Os banheiros têm portas individuais para chuveiros?	
Sim	PA; SP [HCTP II]
Não	RS; MG; DF; ES; PR; AL; PE; RJ; SE; BA; SP [HCTP I]

A presença de grades nos quartos difere pouco nas unidades estudadas. Em 69,2% delas existem grades de proteção nos quartos, como mostram as Tabelas 18 e 19. As grades de proteção nos quartos é uma questão complexa. Elas são encontradas não apenas nos ambientes prisionais, mas também em espaços de internação psiquiátrica. O tipo de grade de proteção pode variar, mas a ideia de que o portador de uma doença mental que esteja em situação de risco deva estar em um ambiente protegido é semelhante nos dois locais.

Tabela 18: Unidades de internação com grades nos quartos

Há grades nos quartos?	%	Quantitativo
Sim	69,2	9
Não	30,8	4
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 19: Unidades de internação com grades nos quartos por região

Há grades nos quartos?	
Sim	RS; MG; DF; ES; PA; PE; RJ; SE; SP [HCTP I]
Não	PR; AL; BA; SP [HCTP II]

Nas unidades do RJ, de SE e da BA, não foram obtidas respostas com relação à quantidade de refeições oferecidas às internas. Em 92,3% das unidades, conforme mostram as Tabelas 20 a 25, as mulheres têm horários pré-determinados para alimentação e não podem escolher quando querem alimentar-se.

O número de refeições varia entre 3 refeições básicas diárias (café da manhã, almoço e jantar) a 5 refeições/dia de uma unidade para outra. Nas unidades do RJ, de SE e da BA, não foram obtidas respostas com relação à quantidade de refeições oferecidas. O Ministério da Saúde recomenda, em relação à alimentação, considerando como excelente, as circunstâncias abaixo:

Alimentação preparada com higiene e limpeza, totalmente balanceada, com supervisão permanente de nutricionista, integrada à equipe técnica/ao projeto terapêutico, cardápio diversificado, em quantidade suficiente, horários adequados, talheres e vasilhames adequados manuseados pelos pacientes em boas condições de uso, em refeitório dotado de lavatórios e espaço físico compatível ao número de pacientes, bem iluminado, ventilado e limpo e com mobiliário em bom estado de conservação.

Como a pesquisa não teve um caráter de exploração desses dados, podemos considerar somente a variação de oferta de refeições entre as unidades.

Tabela 20: Horários marcados para alimentação nas unidades de internação

As mulheres têm horários marcados para alimentação?	%	Quantitativo
Sim	92,3	12
Não	7,7	1
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 21: Horários marcados para alimentação nas unidades de internação por região

As mulheres têm horários marcados para alimentação?	
Sim	RS; MG; DF; ES; PR; AL; PA; PE; SE; BA; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]
Não	RJ

Tabela 22: Horários livres para alimentação nas unidades de internação

As mulheres são livres para escolher o horário da alimentação?	%	Quantitativo
Sim	15,4	2
Não	84,6	11
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 23: Horários livres para alimentação nas unidades de internação por região

As mulheres são livres para escolher o horário da alimentação?	
Sim	DF; RJ
Não	RS; MG; ES; PR; AL; PA; PE; SE; BA; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]

Tabela 24: Quantitativo de refeições oferecidas diariamente nas unidades de internação

Quantidade de refeições oferecidas por dia	%	Quantitativo
3 refeições	40	4
4 refeições	20	2
5 refeições	40	4
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>

Tabela 25: Quantitativo de refeições oferecidas diariamente nas unidades de internação por região

Quantidade de refeições oferecidas por dia	
3 refeições	DF; PR; PA; PE
4 refeições	RS; AL
5 refeições	MG; ES; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]

Em todas as unidades pesquisadas, o banho corporal é diário. Em aproximadamente 77%, o horário para o banho é pré-determinado. Somente os HCTP de AL, RJ, SP têm mulheres dependentes e acamadas, totalizando 23,1% das unidades. A higiene corporal dessas mulheres varia de uma vez ao dia no RJ a quantas vezes forem necessárias em SP (HCTP I).

O PNASH Psiquiatria/MS define, em relação à higiene dos pacientes com transtorno mental, que “os pacientes devem se apresentar limpos, bem cuidados, vestidos com roupas individualizadas (pertencentes ao paciente), calçados e sem sinais de maus tratos”, situação considerada excelente, e “os pacientes devem se apresentar limpos, bem cuidados, alternando roupas individualizadas (pertencentes ao paciente) e uniformes, calçados e sem sinais de maus tratos”, situação considerada boa. Considerando o respeito diário aos banhos, exclusivamente, as unidades apontam para o que sugere o PNASH Psiquiatria, como mostram as Tabelas 26 a 31.

Tabela 26: Horários marcados para banho nas unidades de internação

As mulheres têm horários marcados para banho corporal?	%	Quantitativo
Sim	23,1	3
Não	76,9	10
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 27: Horários marcados para banho nas unidades de internação por região

As mulheres têm horários marcados para banho corporal?	
Sim	PR; SE; SP [HCTP I]
Não	RS; MG; DF; ES; AL; PA; PE; RJ; BA; SP [HCTP II]

Tabela 28: Horário determinado para banho nas unidades de internação

Podem tomar banho fora do horário determinado?	
Sim	PR; RJ; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]
Não	SE

Tabela 29: Acesso das pacientes acamadas ou dependentes a banho

Mulheres dependentes ou acamadas têm acesso a higiene corporal diariamente?	%	Quantitativo
Sim	23,1	3
Não há mulheres acamadas/dependentes	76,9	10
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 30: Acesso das pacientes acamadas ou dependentes a banho por região

Mulheres dependentes ou acamadas têm acesso a higiene corporal diariamente?	
Sim	AL; RJ; SP [HCTP I]
Não há mulheres acamadas/dependentes	RS; MG; DF; ES; PR; PA; PE; SE; BA; SP [HCTP II]

Tabela 31: Quantitativo de banhos diários nas unidades de internação por região

Quantitativo por dia	
1 vez por dia	RJ
4 vezes ou mais por dia	AL
Quantas vezes for necessário	SP [HCTP I]

Em todas as unidades pesquisadas, a periodicidade de ida ao pátio é diária e, em aproximadamente 70%, o horário é pré-determinado, ou seja, não é uma decisão das pacientes, o regime de internação é um regime fechado conforme mostram as Tabelas 32 e 33.

Tabela 32: Horários marcados para ida ao pátio

As mulheres têm horários marcados para ida ao pátio?	%	Quantitativo
Sim	69,2	9
Não	30,8	4
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 33: Horários marcados para ida ao pátio por região

As mulheres têm horários marcado para ida ao pátio?	
Sim	RS; MG; DF; ES; PR; PA; SE; BA; SP [HCTP I]
Não	AL; PE; RJ; SP [HCTP II]

### 3.5 Estrutura Assistencial

Psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e técnicos de enfermagem compõem o maior grupo profissional nos HCTP. Em todas as unidades, o número mais expressivo é de técnicos e auxiliares de enfermagem. Todos os hospitais contam com psiquiatras e psicólogos no seu quadro de profissionais, bem como assistentes sociais. Terapeuta ocupacional, educador físico, professor de artes, dentista e outros médicos que não psiquiatras não estão presentes em todas as unidades.

A portaria GM/MS 251/2002 estabelece a multiprofissionalidade na prestação de serviços aos internos, com obrigatoriedade da avaliação médica, psicológica e assistencial, atendimento diário ao paciente, atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, entre outros) e atendimento grupal.

Em relação aos recursos humanos, recomenda-se 1 médico psiquiatra e 1 enfermeiro para cada 40 pacientes. Para cada 60 pacientes, são recomendados 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 1 psicólogo e, para 40 leitos, 4 auxiliares de enfermagem. Para cada 120 pacientes, deve haver 1 clínico geral. O hospital deve contar, também, com 1 nutricionista e 1 farmacêutico. Veja a distribuição desses profissionais nas Tabelas 34 a 36.

Tabela 34: Profissionais disponíveis nas unidades de internação

Profissionais de que a unidade dispõe [resposta múltipla]			
Profissionais	Porcentagem	Quantidade de unidades	Unidades
Psiquiatra	9,9	13	RS; MG; DF; ES; PR; AL; PA; PE; RJ; SE; BA; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]
Técnico de Enfermagem	9,9	13	RS; MG; DF; ES; PR; AL; PA; PE; RJ; SE; BA; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]
Psicólogo	9,9	13	RS; MG; DF; ES; PR; AL; PA; PE; RJ; SE; BA; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]
Assistente Social	9,9	13	RS; MG; DF; ES; PR; AL; PA; PE; RJ; SE; BA; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]
Clínico Geral	9,2	12	RS; MG; ES; AL; PA; PE; SE; BA; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]
Enfermeiro	9,2	12	RS; MG; DF; ES; PR; AL; PA; PE; RJ; SE; BA; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]
Dentista	8,4	11	MG; DF; ES; PR; AL; PA; PE; RJ; SE; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]
Terapeuta Ocupacional	7,6	10	RS; MG; DF; ES; PA; PE; RJ; SE; BA; SP [HCTP I]
Auxiliar de Enfermagem	5,3	7	DF; PR; AL; RJ; SE; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]
Pedagogo	5,3	7	MG; DF; ES; PR; PA; PE; SE
Fisioterapeuta	3,8	5	PR; PE; RJ; SE; BA
Prof de Artes/Artista Plástico	3,8	5	DF; ES; PR; AL; PA
Educador Físico	3,1	4	ES; AL; PA; PE
Ginecologista	2,3	3	MG; PR; SP [HCTP I]
Neurologista	1,5	2	RS; MG
Outros Médicos	0,8	1	MG

Tabela 35: Quantitativo de especialidades de atendimentos oferecidas nas unidades de internação por região

UF	Quantidade de especialidades oferecidas pela unidade
MG	12
PR	12
DF	11
ES	11
PA	11
PE	11
AL	10
RJ	10
SP - HCTP I	10
SE	9
RS	8
BA	8
SP - HCTP II	8
<b>Total</b>	<b>131</b>

Tabela 36: Quantitativo de profissionais disponíveis em cada unidade

UF	Quantidades de profissionais em cada unidade															
	Psiquiatra	Técnico de Enfermagem	Psicólogo	Assistente Social	Clínico Geral	Enfermeiro	Dentista	Terapeuta Ocupacional	Auxiliar de Enfermagem	Pedagogo	Fisioterapeuta	Prof de Artes/Artista Plástico	Educador Físico	Ginecologista	Neurologista	Outros Médicos/ Peritos
RS	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
MG	2	14	7	1	4	4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3
DF	1	3	1	1	1	1	2	1	1	3	2	1	1	1	1	1
ES	5	6	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
PR	6	5	2	2	9	2	1	1	1	30	1	1	2	2	2	2
AL	3	21	4	2	1	2	1	1	6	1	1	2	2	2	2	2
PA	1	12	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
PE	7	28	2	4	1	5	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
RJ	1	8	4	2	1	3	1	3	19	1	1	1	1	1	1	1
SE	2	4	1	2	1	1	1	1	11	1	2	1	1	1	1	1
BA	18	48	3	2	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
SP - HCTP II	3	1	4	4	2	6	1	1	23	1	1	1	1	1	1	1
SP - HCTP I	3	1	4	4	2	6	1	1	23	1	1	1	1	1	1	1
Total de profissionais por especialidade	51	154	32	24	24	28	18	15	90	10	6	8	6	3	2	3



Um outro dado que chama a atenção é o quantitativo de pacientes internados nas unidades pelo número de profissionais das áreas fins que nelas trabalham, como mostra a Tabela 37.

Tabela 37: Quantitativo de internos, profissionais e internos por profissional nas unidades de internação por região

UF	Nº de pacientes internados	Nº de profissionais	Nº de pacientes internos por profissional
RS	407	12	33,9
MG	234	42	5,5
DF	85	17	5
ES	56	21	2,6
PR	700	63	11,1
AL	95	44	2,1
PA	231	25	9,2
PE	492	53	9,2
RJ	67	43	1,5
SE	99	28	3,5
BA	92	82	1,1
SP II	235	44	5,3
SP I	593	-	-

Em relação ao número de pacientes internados por profissional, a relação varia entre 33,9 no RS a 1,1 na Bahia. Se dividirmos em três faixas de número de internos por profissional (1 a 6,9; 7 a 12 e acima de 12), encontramos o seguinte panorama: 8 dos HCTP situam-se na primeira faixa; 3, na segunda; e apenas o Rio Grande do Sul na terceira faixa, bastante distanciado das outras unidades.

Verificamos que, na maioria dos HCTP, a relação paciente/profissional não é tão alta. No entanto, quando fazemos a relação por categoria profissional, temos os resultados mostrados na Tabela 38.

Tabela 38: Relação paciente/categoria profissional

HCTP	Nº de pacientes internados	Nº de Psiquiatras	Nº de pacientes internados / psiquiatra	Nº de Psicólogos	Nº de pacientes internados / psicólogo	Nº de TO	Nº de pacientes internados / TO	Nº Assistentes Sociais	Nº de Pacientes internados/Assistente Social	Nº de Enfermeiros	Nº de Pacientes Internados/Enfermeir
RS	407	2	203,5	1	407	1	407	1	407	1	407
MG	234	2	117	7	33,4	2	117	1	234	4	58,5
DF	85	1	85	1	85	1	85	1	85	1	85
ES	56	5	11,2	1	56	1	56	1	56	1	56
PR	700	6	116,6	2	350	0	2	2	350	2	350
AL	95	3	31,6	4	23,7	0	0	2	47,5	2	47,5
PA	231	1	231	2	115,5	1	231	2	115,5	1	231
PE	492	7	70,2	2	246	1	492	4	123	5	98,4
RJ	67	1	67	4	16,7	3	22,3	2	33,5	3	22,3
SE	99	2	49,5	1	99	1	99	2	49,5	-	-
BA	92	18	5,1	3	30,6	4	23	2	46	2	46
SP II	235	3	78,3	4	58,7	0	0	4	58,7	6	39,1
SP I	593	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Se dividirmos o número de pacientes internados por psiquiatras em 6 faixas, temos uma variação muito grande entre os HCTP, de 5,1 na BA a 231

no PA. Podemos verificar que, em 8 dos HCTP, há mais de 50 pacientes por psiquiatra e, em quatro deles, mais de 100. Isso certamente prejudica um atendimento de qualidade. Veja na Tabela 39.

Tabela 39: Relação pacientes/psiquiatras

Pacientes internados/psiquiatra	Unidades (n)	Região do HCTP
1 a 24,9	2	BA e ES
25 a 49,9	2	AL e SE
50 a 74,9	2	PE e RJ
75 a 99,9	2	DF e SP II
100 a 199,9	2	PR e MG
> 200	2	RS e PA

Como mostra a Tabela 39, o número absoluto de enfermeiros variou de 1 a 6. A unidade com maior quantitativo é o HCTP SP II. No PR e no RS, a relação entre pacientes e enfermeiros é superior a 300. Com exceção do RJ, em todas as outras unidades, o número de enfermeiros é inferior ao que se espera para contemplar um atendimento adequado.

Seguindo o mesmo modelo proposto para o quantitativo de psiquiatras e enfermeiros, se dividirmos o número de pacientes por psicólogos, teremos uma grande variação. Em 3 unidades, essa relação é superior a 200 em PE, PR e RS. No RS, a relação é de 407 pacientes por profissional. Todos os HCTP têm um número reduzido de psicólogos, variando de 7 em MG a 1 no RS, DF, ES e SE, insuficientes para assistência que seria desejável. Veja na Tabela 38.

Quanto aos assistentes sociais, a Tabela 39 mostra que o quantitativo varia de 4 (PE e SP II) a 1 (RS, MG, DF, ES). PR, AL, PA, RJ, SE e BA têm 2 assistentes sociais cada. A relação número de assistentes sociais por paciente alcança 1 assistente social para 407 pacientes no RS e 1 assistente social para 33,5 pacientes no RJ.

Em relação aos terapeutas ocupacionais, a Tabela 38 mostra que há 3 unidades que não contam com esse profissional - PR, AL e SP II. Entre as unidades que contam com esse profissional, RS e PE têm uma relação

paciente/profissional superior a 400 e o melhor índice é do HCTP do Rio de Janeiro com 22,3, como mostra a Tabela 39.

Comparando as diretrizes em relação aos recursos humanos preconizados pela portaria GM/MS 251/2002, podemos dizer que em relação a:

Enfermeiro (1/40): é cumprida no RJ exclusivamente

Médico psiquiatra (1/40): é cumprida em ES, AL, BA

Psicólogo (1/60): é cumprida em MG, ES, AL, RJ, BA, SP II

Assistente Social(1/60): é cumprida em ES, AL, RJ, SE, BA, SP II

Terapeuta Ocupacional (1/60): é cumprida em ES, RJ, BA

Clínico Geral (1/120): é cumprida em MG, DF, ES, PR, AL, RJ, BA, SP II

Podemos observar que a grande maioria dos HCTP não cumpre integralmente as diretrizes do Ministério da Saúde em relação aos recursos humanos.

### 3.6 Eventos Sentinela

Como mostram as Tabelas 40 e 41, somente em 2 unidades não ocorreram óbitos - AL e SE. O maior número de óbitos foi de homens no PR, hospital com maior contingente de pacientes. As mulheres representaram 6% do total de óbitos.

Tabela 40: Ocorrência de óbitos nas unidades de internação

Houve óbito nos últimos doze meses?	%	Quantitativo
Sim	85	11
Não	15	2
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 41: Ocorrência de óbitos nas unidades de internação por região

UF	Quantas mulheres morreram?	%	Quantas homens morreram?	%	Total de óbitos por unidade	%
RS	2	2%	6	7%	8	10%
MG			3	4%	3	4%
DF			2	2%	2	2%
PR			30	37%	30	37%
AL			2	2%	2	2%
PA			2	2%	2	2%
PE	2	2%	13	16%	15	19%
RJ			1	1%	1	1%
BA			1	1%	1	1%
SP - HCTP II			3	4%	3	4%
SP - HCTP I	1	1%	13	16%	14	17%
<b>Total de óbitos por sexo</b>	<b>5</b>	<b>6%</b>	<b>76</b>	<b>94%</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Do total de 6 suicídios, somente 1 foi de mulher e ocorreu em PE. Em 62% das unidades, não ocorreu suicídio, como apresentado nas Tabelas 42 e 43.

Tabela 42: Ocorrência de suicídio nas unidades de internação

Houve suicídio nos últimos doze meses?	%	Quantitativo
Sim	38	5
Não	62	8
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 43: Ocorrência de suicídio nas unidades de internação por região

UF	Quantas mulheres cometeram suicídio?	%	Quantas homens cometeram suicídio?	%	Total de suicídio	%
RS			1	17%	1	17%
PR			1	17%	1	17%
PA			1	17%	1	17%
PE	1	17%	1	17%	2	33%
SP - HCTP II			1	17%	1	17%
<b>Total de suicídio por sexo</b>	<b>1</b>		<b>5</b>	<b>83%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

Conforme ilustram as Tabelas 44 e 45, nenhuma mulher se envolveu em caso de agressão que tenha resultado em processo ou imposição de novas medidas judiciais. Um homem em cada unidade do RS, PA e PE recebeu nova medida judicial após envolver-se em uma situação de agressão.

Tabela 44: Ocorrência de agressão física que resultou em processo/imposição de novas medidas de segurança por região

Houve caso de agressão física que resultou em processo/imposição de novas medidas de segurança nos últimos doze meses?	%	Quantitativo
Sim	23	3
Não	69	9
Não respondeu	8	1
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 45: Ocorrência de agressão física que resultou em processo/imposição de novas medidas de segurança

Houve caso de agressão física que resultou em processo/imposição de novas medidas de segurança nos últimos doze meses?	
Sim	RS; PA; SE
Não	MG; DF; ES; PR; AL; PE; BA; SP [HCTP II] SP [HCTP I]
Não respondeu	RJ

Como mostram as Tabelas 46 e 47, em 54% das unidades ocorreu transferência de pacientes. Um dado que deve ser considerado é que, em Salvador, pela necessidade de reforma da estrutura física da unidade, todas as mulheres foram transferidas para um hospital psiquiátrico local.

Tabela 46: Ocorrência de transferências nas unidades de internação

Houve transferências para outros hospitais psiquiátricos ou clínicas psiquiátricas nos últimos doze meses?	%	Quantitativo
Sim	54	7
Não	46	6
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 47: Ocorrência de transferências nas unidades de internação por região

Houve transferências para outros hospitais psiquiátricos ou clínicas psiquiátricas nos últimos doze meses?	
Sim	MG; ES; PA; RJ; BA; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]
Não	RS; DF; PR; AL; PE; SE

As Tabelas 48, 49 e 50 mostram que fugas e evasões nas unidades de internação do Brasil predominam entre os homens, representando 85% do total. EM SP II, ocorreram 9 fugas de mulheres e, no RS 8, fugas de mulheres.

Tabela 48: Ocorrência de fuga/evasão nas unidades de internação por região

Houve fuga/evasão nos últimos doze meses?	%	Quantitativo
Sim	62	8
Não	38	5
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 49: Ocorrência de fuga/evasão nas unidades de internação

Houve fuga/evasão nos últimos doze meses?	
Sim	RS; AL; PA; PE; RJ; SE; BA; SP [HCTP II]
Não	MG; DF; ES; PR; SP [HCTP I]

Tabela 50: Ocorrência de fuga/evasão nas unidades de internação por sexo

UF	Quantas mulheres fugiram?	%	Quantas homens fugiram?	%	Total de fugas/evasão por unidade	%
RS	8	6%	50	39%	58	45%
AL	0	0%	2	2%	2	2%
PA	1	1%	5	4%	6	5%
PE	0	0%	14	11%	14	11%
RJ	1	1%	2	2%	3	2%
SE	0	0%	5	4%	5	4%
BA	0	0%	5	4%	5	4%
SP - HCTP II	9	7%	27	21%	36	28%
<b>Total de fugas/evasão por sexo</b>	<b>19</b>	<b>15%</b>	<b>110</b>	<b>85%</b>	<b>129</b>	<b>100%</b>

De todas as unidades pesquisadas, apenas a do Rio Grande do Sul informa que houve homicídio dentro das dependências. A vítima foi do sexo feminino.

As Tabelas 51 e 52 ilustram a ocorrência de abuso sexual nas unidades de internação. Em 3 unidades houve relato de abuso sexual, RS, SE e BA.

Tabela 51: Ocorrência de abuso ou violência sexual nas unidades de internação

Houve relato ou registro de abuso/violência sexual	%	Quantitativo
Sim	23	3
Não	77	10
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 52: Ocorrência de abuso ou violência sexual nas unidades de internação por região

Houve relato ou registro de abuso/violência sexual	
Sim	RS; SE; BA
Não	MG; DF; ES; PR; AL; PA; PE; RJ;

### 3.7 Organização do Tratamento

A Tabela 53 refere-se as atividades oferecidas para os pacientes. Em 92,3% das unidades, a participação em uma atividade é feita de maneira voluntária, dependendo do tipo de atividade. Apenas na unidade HCTP SPI a participação é voluntária e não depende da atividade.

Tabela 53: Atividades oferecidas nas unidades de internação por região

Atividades oferecidas [Resposta múltipla]			
Atividades	Porcentagem	Quantidade de unidades que oferecem a atividade	Unidades
Atividades Culturais	10,2%	12	RS; MG; DF; ES; AL; PA; PE; RJ; SE; BA; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]
Artes	9,3%	11	RS; MG; DF; ES; PR; AL; PA; PE; SE; BA; SP [HCTP I]
Atividades Religiosas	9,3%	11	MG; DF; ES; PR; AL; PA; PE; SE; BA; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]
Artes Plásticas	8,5%	10	RS; MG; DF; PR; PA; PE; RJ; SE; BA; SP [HCTP II]
Oficinas de Artesanato	8,5%	10	RS; MG; ES; AL; PA; PE; SE; BA; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]
Educação Formal	7,6%	9	MG; ES; PR; AL; PA; PE; SE; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]
Salão de Beleza	7,6%	9	MG; DF; ES; PA; RJ; SE; BA; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]
Atividades Esportivas	6,8%	8	RS; MG; ES; PR; AL; PA; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]
Capacitação Profissional	5,1%	6	MG; PR; PA; PE; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]
Aulas de Canto	4,2%	5	MG; AL; PA; RJ; SE
Aulas de Dança	2,5%	3	MG; AL; PA
Yoga	2,5%	3	DF; AL; RJ
Musicoterapia	2,5%	3	AL; RJ; SE
Teatro	1,7%	2	MG; AL
Oficina Culinária	1,7%	2	RJ; SP [HCTP II]
Confecção de Jornal do Instituto	0,8%	1	RS
Curso de Horticultura, viverista	0,8%	1	MG
Tai Chi Chuan	0,8%	1	DF
Acupuntura (Apenas Homens)	0,8%	1	ES
Academia	0,8%	1	AL
Pilates	0,8%	1	AL
Poesia	0,8%	1	AL
Saída externa uma vez no ano	0,8%	1	AL
Aula de violão	0,8%	1	PA
Horta	0,8%	1	ES
Oficina de sapato	0,8%	1	PE
Alongamento	0,8%	1	SE
Narcóticos Anônimos	0,8%	1	SE
Experiência Corporal	0,8%	1	SE

Tabela 54: Quantidade de atividades oferecidas nas unidades de internação por região



UF	Quantidade de atividades oferecidas em cada unidade
RS	6
MG	13
DF	7
ES	9
PR	6
AL	15
PA	12
PE	8
RJ	7
SE	12
BA	6
SP - HCTP II	9
SP - HCTP I	9
<b>Total</b>	<b>119</b>

O PORT, na sua recomendação 23, descreve: “terapias individuais ou em grupo que empregam a combinação bem especificada de apoio, educação e habilidades comportamentais e cognitivas devem ser empregadas inclusive para melhorar outros problemas associados como o descumprimento da medicação”.

Na recomendação 28, o PORT recomenda que “a gama de profissionais e serviços disponíveis em um sistema de atendimento para pessoas com esquizofrenia deve incluir formação profissional, trabalho de transição, suporte no trabalho, aconselhamento profissional e serviços de educação”.

A Portaria GM/MS 251/2002 preconiza que “se deve garantir a diversidade dos métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial, assegurar a continuidade da atenção nos vários níveis e assegurar a multiprofissionalidade na prestação de serviços”.

Os hospitais de custódia visitados oferecem diferentes atividades funcionais, de entretenimento e capacitação profissional, o que revela uma concordância no tratamento dessas pacientes com o protocolo/Portaria.

Os HCTP de AL, MG, PA e SE são as unidades com maior número de atividades oferecidas, como mostra a Tabela 54. Essa pesquisa, entretanto, não buscou fazer uma análise qualitativa dessas oficinas e atividades. Um estudo exclusivamente quantitativo não é capaz de avaliar o tratamento

oferecido. Cabe, no entanto, ressaltar que há uma preocupação em oferecer atividades diversificadas às pacientes internadas, o que revela uma penetração das recomendações de boa prática presentes tanto no PORT, quanto no Ministério da Saúde para o tratamento de pacientes com transtornos mentais graves, mesmo nos hospitais de custódia.

Em relação ao oferecimento de atividades de oficinas terapêuticas e outras práticas, cumpre realçar que apenas os HCTP do DF, ES, AL, PA, PE contam com artistas plásticos entre seus profissionais e, ainda assim, em número reduzido - entre 1 e 2. O mesmo pode se dizer em relação aos terapeutas ocupacionais: os HCTP de SP II, PR e AL não contam com terapeutas ocupacionais em seu corpo clínico e os demais têm entre 4 (BA), 3 (RJ), 2 (MG) e 1 nos demais, como observado na Tabela 53.

Nas diferentes unidades visitadas, os psiquiatras só podem ser consultados livremente pela pacientes em 46% delas e os demais profissionais de saúde, em 62% dos hospitais, como mostram as Tabelas de 55 a 58.

Tabela 55: Possibilidade de consulta com um psiquiatra nas unidades de internação

As mulheres podem consultar o psiquiatra?	%	Quantitativo
Sim, livremente em horários não definidos	46	6
Não, os profissionais definem quando farão os atendimentos	54	7
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 56: Possibilidade de consulta com um psiquiatra nas unidades de internação por região

As mulheres podem consultar o psiquiatra?	
Sim, livremente em horários não definidos	RS; MG; ES; AL; RJ; BA
Não, os profissionais definem quando farão os atendimentos	DF; PR; PA; PE; SE; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]

Tabela 57: Possibilidade de consulta com outros profissionais nas unidades de internação

As mulheres podem consultar os outros profissionais?	%	Quantitativo
Sim, livremente em horários não definidos	62	8
Não, os profissionais definem quando farão os atendimentos	38	5
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 58: Possibilidade de consulta com outros profissionais nas unidades de internação por região

As mulheres podem consultar os outros profissionais?	
Sim, livremente em horários não definidos	RS; MG; ES; PR; AL; PA; RJ; BA
Não, os profissionais definem quando farão os atendimentos	DF; PE; SE; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]

O protocolo PORT recomenda que “pessoas com esquizofrenia incapacitante que têm alto risco de interrupção do tratamento ou de crises repetidas exigem acompanhamento clínico, reabilitação e serviços sociais para atender suas necessidades”, então, o impedimento do livre acesso da paciente pode dificultar o acompanhamento clínico que atenda suas necessidades.

Em 62% das unidades estudadas, as pacientes não podem deixar as instalações do hospital e, em aproximadamente 54% das unidades, não podem circular dentro da unidade, como ilustrado nas Tabelas 59, 60 e 61.

O PORT em comum acordo com o MS determinam o tratamento na comunidade. Para os casos em que a adesão não acontece, é proposto o tratamento assertivo na comunidade/gerenciamento de caso, no qual o

paciente é acompanhado por um profissional ou por uma equipe de profissionais diretamente no seu local de vida (casa, trabalho etc.).

Tabela 59: Possibilidade de realizar atividades fora das unidades de internação

As mulheres podem realizar atividades fora da unidade?	%	Quantitativo
Sim, podem sair sozinhas	15	2
Sim, podem sair acompanhadas	15	2
Sim, podem sair sozinhas ou acompanhadas a depender do estado da mulher	8	1
Não podem	62	8
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 60: Possibilidade de livre trânsito dentro das unidades de internação

As pacientes podem transitar nas instalações da unidade?	%	Quantitativo
Sim, em qualquer horário	15,4	2
Sim, em horários definidos	30,8	4
Não	53,8	7
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 61: Possibilidade de livre trânsito dentro das unidades de internação por região

As pacientes podem transitar nas instalações da unidade?	
Sim, em qualquer horário	AL; RJ
Sim, em horários definidos	DF; PR; SE; SP [HCTP II]
Não	RS; MG; ES; PA; PE; BA; SP [HCTP I]

Tabela 62: Uso de algemas em trânsito dentro das unidades de internação

As mulheres usam algemas para transitar no hospital?	%	Quantitativo
Sim	15,4	2
Não	84,6	11
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 63: Uso de algemas em trânsito dentro das unidades de internação por região

As mulheres usam algemas para transitar no hospital?	
Sim	MG; PA
Não	RS; DF; ES; PR; AL; PE; RJ; SE; BA; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]

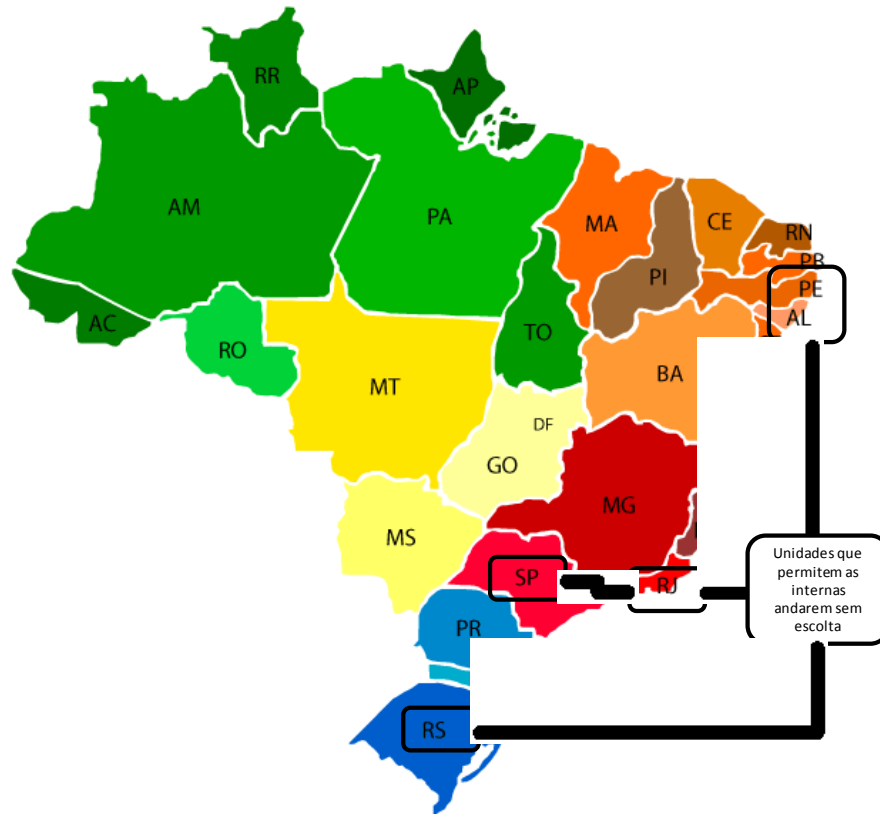
Em 15% das unidades de internação, as mulheres andam algemadas (Cf. Tabelas 62 e 63) e em 61,5% delas as pacientes não podem andar sem escoltas (Cf. Tabelas 64, 65 e Mapa 1). Esses dados são uma representação plena da superposição entre a ideia de um hospital e de uma prisão. Algemas e escoltas são instrumentos do sistema prisional e não do sistema de saúde.

Tabela 64: Uso de escolta para transitar nas unidades de internação

As mulheres podem andar sem escolta?	%	Quantitativo
Sim	38,5	5
Não	61,5	8
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 65: Uso de escolta para transitar nas unidades de internação por região

As mulheres podem andar sem escolta?	
Sim	RS; AL; PE; RJ; SP [HCTP II]
Não	MG; DF; ES; PR; PA; SE; BA; SP [HCTP I]



Mapa 1: Livre trânsito dentro das unidades de internação

**Todas as unidades de internação estudadas permitem que as mulheres recebam visitas. Em 92,3% das unidades, a maioria das internas recebem visitas. Apenas na unidade HCTP I em São Paulo a minoria das mulheres recebem visitas. Embora quase todas as pacientes recebam visitas, não há relato de um trabalho específico com essas famílias, como recomenda o PORT e MS:**

Pacientes que tem contato com suas famílias devem receber intervenção psicossocial familiar com intenção de educação familiar sobre a doença, apoio familiar, intervenção em crise e treinamento na habilidade de resolução de problemas, deve ser estendido para cuidadores não familiares [...] As intervenções familiares não devem ser restritas aos pacientes cujas famílias tem alto nível de envolvimento.

Tabela 66: Contato das pacientes com diagnóstico de esquizofrenia com os filhos

As mulheres têm contato com os filhos?	%	Quantitativo
Sim, a maior parte	76,9	10
Sim, a minoria	15,4	2
Não respondeu	7,7	1
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Como mostram as Tabelas 67 a 74, em relação à possibilidade de comunicação, a grande maioria das internas pode receber cartas (92,3%) e usar o telefone (84,6%), mas ainda restam 7,7% que não podem receber cartas e 15,4% que não podem receber telefonemas. Isso implica maior isolamento e perda de vínculos sociais que facilitariam a reintegração após a alta.

A Portaria GM/MS 251/2002 define que “deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados”, ou seja, a possibilidade de comunicação por meio de correspondência é assegurada por lei.

Tabela 67: Ocorrência de comunicação por carta

As mulheres podem receber/escrever cartas?	%	Quantitativo
Sim	92,3	12
Não	7,7	1
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 68: Ocorrência de comunicação por carta por região

As mulheres podem receber/escrever cartas?	
Sim	RS; MG; DF; PR; AL; PA; PE; RJ; SE; BA; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]
Não	ES

Tabela 69: Ocorrência de comunicação por carta

Em geral as mulheres recebem/escrevem cartas?	%	Quantitativo
Sim	53,8	7
Não	46,2	6
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 70: Ocorrência de comunicação por carta por região

Em geral as mulheres recebem/escrevem cartas?	
Sim	MG; DF; PR; AL; BA; [HCTP II]; SP [HCTP I]
Não	RS; ES; PA; PE; RJ; SE

Tabela 71: Ocorrência de comunicação por telefone

As mulheres podem usar o telefone para se comunicar fora do hospital?	%	Quantitativo
Sim	84,6	11
Não	15,4	2
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 72: Ocorrência de comunicação por telefone por região

As mulheres podem usar o telefone para se comunicar fora do hospital?	
Sim	RS; MG; ES; PR; AL; PE; RJ; SE; BA; [HCTP II]; SP [HCTP I]
Não	DF; PA

Tabela 73: Ocorrência de comunicação por telefone

As mulheres em geral usam o telefone?	%	Quantitativo
Sim	61,5	8
Não	38,5	5
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 74: Ocorrência de comunicação por telefone por região



As mulheres em geral usam o telefone?	
Sim	RS; MG; PR; RJ; SE; BA; [HCTP II]; SP [HCTP I]
Não	DF; ES; AL; PA; PE

Com relação a tratamento psicoterápico, assegurado por lei, as Tabelas 75 a 77 ilustram que, em 3 unidades hospitalares, não há nenhuma forma de tratamento psicoterápico. Em 2 delas, não há nem mesmo acompanhamento com psicólogo. Segundo o PORT, “terapias individuais ou em grupo que empregam a combinação bem especificada de apoio, educação e habilidades comportamentais e cognitivas devem ser empregadas inclusive para melhorar outros problemas associados como o descumprimento da medicação”.

Tabela 75: Ocorrência de tratamento psicoterápico nas unidades de internação

As mulheres fazem psicoterapia/terapia (individual ou grupo)?	%	Quantitativo
Sim	77	10
Não	23	3
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 76: Ocorrência de tratamento psicoterápico nas unidades de internação por região

As mulheres fazem psicoterapia/terapia (individual ou grupo)?	
Sim	RS; MG; DF; ES; PR; AL; PA; BA; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]
Não	PE; RJ; SE

Tabela 77: Ocorrência de tratamento diferente do psicoterápico nas unidades de internação por região

Faz algum outro tipo de acompanhamento com psicólogo?	
Trabalhos em grupo	SE
Não faz outro tipo de tratamento	PE; RJ

Esses resultados apontam para um predomínio, nessas unidades, de tratamento médico e farmacológico exclusivo. As orientações do MS não corroboram com esta questão “os serviços psiquiátricos devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades: avaliação médico-psicológica e social, garantia do atendimento diário ao paciente por, no mínimo, um membro da equipe multiprofissional, de acordo com o projeto terapêutico individual, atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros), atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas)”.

Apesar de usar o isolamento como forma de tratamento, as unidades do RJ e PA não dispõem de uma área adequada para o procedimento, como mostram as Tabelas 78 e 79.

Tabela 78: Ocorrência de isolamento como parte do tratamento nas unidades de internação

Isolamento é parte do tratamento?	%	Quantitativo
Sim	62	8
Não	38	5
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 79: Ocorrência de isolamento como parte do tratamento nas unidades de internação por região

Isolamento é parte do tratamento?	
Sim	RS; MG; DF; PR; PA; PE; RJ; SE
Não	ES; AL; BA; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]

Tabela 80: Espaço de isolamento nas unidades de internação

A unidade conta com espaços de isolamento?	%	Quantitativo
Sim	62	8
Não	38	5
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 81: Espaço de isolamento nas unidades de internação por região

A unidade conta com espaços de isolamento?	
Sim	RS; MG; DF; PR; PE; SE; BA; SP [HCTP I]
Não	ES; AL; PA; RJ; SP [HCTP II]

Tabela 82: Registro de isolamento nas unidades de internação

Os isolamentos são registrados?	%	Quantitativo
Sim	80	8
Não	20	2
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>

Tabela 83: Registro de isolamento nas unidades de internação por região

Os isolamentos são registrados?	
Sim	RS; MG; DF; PA; PE; SE; BA; SP [HCTP II]
Não	PR; RJ

Tabela 84: Ocorrência de isolamento como punição

O isolamento é usado como punição?	%	Quantitativo
Sim	15	2
Não	85	11
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 85: Ocorrência de isolamento como punição por região

O isolamento é usado como punição?	
Sim	MG; PE
Não	RS; DF; ES; PR; AL; PA; RJ; SE; BA; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]

Em nenhuma das unidades estudadas, a contenção é usada como punição. A contenção, em casos de agitação psicomotora, e o isolamento, em algumas situações de risco, podem ser usados como medidas terapêuticas, mas devem seguir protocolos rígidos para garantir o cuidado e prevenir o abandono.

As Tabelas 84 e 85 mostram que, em 20% das unidades, o isolamento não é registrado e, em 9%, as contenções não são registrados. A falta de registro da contenção pode significar falta de vigilância do paciente. Trabalhos científicos indicam que a contenção por várias horas pode trazer sérios riscos para a saúde do paciente, tais como trombose venosa profunda, embolia, danos articulares, fraturas, entre outros.

Tabela 86: Uso de contenção em caso de agitação psicomotora

A contenção é usada em caso de agitação psicomotora?	%	Quantitativo
Sim, em todos os casos	69	9
Sim, na maior parte dos casos	31	4
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>

Tabela 87: Uso de contenção em caso de agitação psicomotora por região

A contenção é usada em caso de agitação psicomotora?	
Sim, em todos os casos	RS; MG; DF; PR; AL; PA; RJ; SE; BA
Sim, na maior parte dos casos	ES; PE; SP [HCTP II]; SP [HCTP I]

Sem o devido registro, a contenção pode equivocadamente ser usada como punição. Em relação ao isolamento, a vigilância e o cuidado são necessários, assim como o registro, pois garantem que essas medidas não se transformem em abandono.

O MS, em relação ao isolamento, considera padrão de excelência para os hospitais psiquiátricos a “inexistência de cela forte, de espaços restritivos/punitivos e a maior parte dos pacientes com livre acesso às áreas do hospital” e como um bom critério a “inexistência de cela forte, de espaços restritivos/punitivos e alguns pacientes com livre acesso às áreas do hospital”.

Em relação à contenção, o MS define como excelente “quando não ocorre contenção física de pacientes ao leito, ou ocorre raramente, com presença física permanente de um membro da equipe e prescrição médica, a partir da discussão em equipe, registrada em prontuário”; como bom “quando ocorre raramente contenção de pacientes ao leito, com presença física permanente de um membro da equipe e precedida de justificativa e prescrição médica em prontuário”.

A Tabela 88 ilustra os registros de contenção nas unidades de internação estudadas.

Tabela 88: Registro de contenção nas unidades de internação

A contenção é registrada?	%	Quantitativo
Sim	91	10
Não	9	1
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>

O MS preconiza o tratamento na comunidade para qualquer paciente com transtorno mental, portanto é fundamental que um hospital que tenha regime de reclusão se preocupe com a alta progressiva. Em 25% dos hospitais estudados, não existe programa algum que contemple a desinstitucionalização dos pacientes (Cf. Tabelas 89 e 90).

Segundo a Portaria GM/MS 251/2002,

o tratamento deve visar a preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em serviço territorial com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), e para residência terapêutica quando indicado, sempre com o objetivo de promover a reintegração social e familiar do paciente e visando prevenir a ocorrência de outras internações; essas atividades deverão constituir o projeto terapêutico da instituição, definido como o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Inclui o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, e compatibiliza a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família. Envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contra-referência que permite o encaminhamento do paciente após a alta, para a continuidade do tratamento. Representa, enfim, a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à assistência prestada. O referido projeto deverá ser apresentado por escrito. Deve haver o desenvolvimento de projeto terapêutico específico para pacientes de longa permanência – aqueles com mais de 01 (um) ano ininterrupto de internação. O projeto deve conter a preparação para o retorno à própria moradia ou a serviços residenciais terapêuticos, ou a outra forma de inserção domiciliar.

Tabela 89: Programa de suporte para alta progressiva

A unidade conta com algum programa de suporte para alta progressiva?	%	Quantitativo
Sim	75	9
Não	25	3
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>

Tabela 90: Programa de suporte para alta progressiva por região

A unidade conta com algum programa de suporte para alta progressiva?	
Sim	RS; MG; DF; ES; PR; RJ; SE; BA; SP [HCTP II]
Não	AL; PA; PE
Não foram obtidas informações	SP [HCTP I]

### 3.8 Visitas

Os dados que encontramos ao final da pesquisa devem ser analisados com apurado senso crítico. Eles são reveladores principalmente da contradição entre hospital e prisão, o que não é inédito nas discussões sobre manicômios judiciários, uma vez que estes espaços refletem uma lógica perturbadora que tem sido razão de debates sobre a sua existência e o seu funcionamento. No entanto, os treze HCTP estudados estão inscritos em realidades distintas, muitas vezes concordantes com as particularidades sócio-demográficas de onde estão localizados. De alguma forma essas idiosincrasias foram relatadas durante as entrevistas, em depoimentos para além do que constava no questionário.

O HCTP Heitor Carrilho, no Rio de Janeiro, é hoje uma instituição com número reduzido de mulheres e as que ali estão já encontram-se em processo de desinternação. Outra unidade no Rio de Janeiro (Hospital Roberto Medeiros, em Bangu) é hoje quem de fato recebe as mulheres em medida de segurança. Este fato é o que provavelmente possibilita a individualização dos quartos, a privacidade dos banheiros, o trânsito em ambiente externo da unidade e os projetos de trabalho protegido. A história e a trajetória de cada

mulher internada no Heitor Carrilho é de domínio dos profissionais porque há uma relação de proximidade com cada uma. Por outro lado, nessa mesma unidade, problemas da infra-estrutura do prédio obrigaram as pacientes a trocarem espaços residenciais criados para abrigá-las por galerias com celas.

Em Alagoas, o HCTP Pedro Suruagy revelou-se na visita um hospital preocupado com uma política de humanização. Os quartos (um total de 14 para as mulheres) são individuais, bem como o local do chuveiro e vaso sanitário. Dentro de cada quarto, uma cortina faz a separação entre a cama e o banheiro, tentando, de certa forma, criar um ambiente mais domiciliar. Cada quarto pode ser decorado pela própria paciente e elas tem a chave dos quartos. Dentro da unidade existe espaços livres para a circulação, uma academia de ginástica, uma sala de eventos para comemorações e uma sala de pinturas artísticas com cavaletes, aquarelas e telas aguardando as pacientes.

O HCTP de Salvador nesse momento não abriga ou recebe mulheres. Em 2013 o prédio foi interditado judicialmente por questões estruturais e as 16 mulheres em medida de segurança que estavam internadas foram transferidas para um hospital psiquiátrico local. A entrevista foi feita considerando o momento anterior às transferências.

No Espírito Santo, a unidade fica localizada em um município periférico a Vitória (Cariacica) onde também estão os centros correccionais. Contrariando a lógica do Rio de Janeiro, apesar do número reduzido de mulheres em medida de segurança (somente três), não há uma garantia de tratamento individualizado. Existem horário rígidos e pré-determinados para saída ao pátio. Sem uma razão clara as paciente não podem se comunicar através de cartas. Os quartos, apesar de individuais, tem camas de alvenaria que lembram prisões. Os banheiros dentro dos quartos não tem portas ou qualquer outro recurso que garanta a privacidade. O pátio destinado às mulheres é pequeno e a circulação dessas pacientes bastante limitada.

Em Belém, o HCTP também está localizado em um complexo penitenciário. A maior parte das mulheres internadas não estão em medida de segurança. São presas provisórias aguardando sentença. Isto determina um regime de atenção com vigilância muito maior. O uso do telefone, por exemplo, é proibido e a explicação é a segurança. Da mesma forma é limitado



a circulação das pacientes. Cartas não são recebidas ou escritas ali, dificultando a integração das pacientes com o ambiente externo. A baixa escolaridade dessas mulheres foi a explicação, mas por outro lado não há uma preocupação com oficinas ou outras estratégias de educação e letramento. O único psiquiatra da unidade atende as pacientes em seu consultório, fora do HCTP, o que dificulta muito o acesso delas ao médico.

Na unidade de Sergipe, parece haver no momento um empenho em criar oficinas e atividades para acolher as pacientes, mas por enquanto o hospital ainda mantém um caráter prisional. As mulheres ficam abrigadas em celas com grades nas portas e não podem circular. As celas contam com escolta. Há uma limitação para o uso do telefone e cartas (canetas não podem ser usadas na unidade) creditada à segurança e falta de escolaridade das pacientes.

O Complexo Médico Penal do Paraná também abriga mulheres em medida de segurança e outras que receberam penas e estão grávidas ou em tratamento de uma doença clínica, não psiquiátrica. Isto acaba provocando uma enorme preocupação com a segurança por parte dos funcionários. Por outro lado houve uma redução do número de profissionais que trabalham na unidade e isso define uma redução na atividades educacionais, de entretenimento ou profissionalizantes. As pacientes ficam em quartos fechados por portas de “ferro” com uma pequena abertura superior. Da mesma forma que em outras unidades o uso do telefone é limitado e as cartas não são permitidas, tudo para assegurar a vigilância comum nos ambientes prisionais.

O Instituto Psiquiátrico Forense Mauricio Cardoso em Porto Alegre, tem hoje menor número de mulheres internadas do que aquelas em alta progressiva. Contrariando esse dado positivo, mais uma vez existe a convivência entre mulheres em medida de segurança e outras cumprindo pena que estão ali provisoriamente em tratamento clínico. A preocupação com a segurança invade assim a unidade que conta com monitores de observação contínua, saídas limitadas ao pátio e restrição nas relações afetivas ou uso do telefone. Os quartos são coletivos, bem como os banheiros e dos 10 quartos destinados às mulheres, 4 são para isolamento.

Apesar de Brasília contar com uma Ala de Tratamento Psiquiátrico, ela abriga somente homens. As mulheres ficam no presídio comum e dividem a cela com outras mulheres em regime de reclusão. Isso determina o tratamento prisional dado a essas mulheres. Não há nenhuma diferença entre o tratamento dispensado as mulheres em regime de segurança e as demais.

Em um prédio construído no tradicional barroco mineiro fica o Hospital Jorge Vaz, em Barbacena. O número de profissionais e atividades impressiona se comparado com outras unidades. Atividades de jardinagem, horta, artes plásticas, música, entre outras, são oferecidas para as pacientes. Mas o caráter prisional é marcante. O uso do telefone é limitado a poucas vezes na semana. A circulação das pacientes é feita somente com escolta e, a depender do local, com algemas. Elas ficam em celas (cinco em cada cela). Os quartos de isolamento, com portas de “ferro” e abertura superior, recebe todas as pacientes quando chegam pela primeira vez na unidade e são usados como medida punitiva. O dinheiro que elas recebem, quer seja da família ou de benefícios do estado, são administrado pelo hospital. Naquela unidade não há relativismo ou ambiguidade. O caráter prisional prevalece.

Em Pernambuco não foi permitida visita a unidade. A entrevista foi feita num local externo ao espaço das pacientes. Não foi dada nenhuma explicação mais consistente do porque não poderíamos entrar na unidade.

Nas unidades de São Paulo, por questões operacionais, a entrevista foi feita por telefone, não nos permitindo assim ter informações ou impressões além daquelas do questionário.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A história da reforma psiquiátrica no Brasil, desencadeada em grande parte pela constatação do abandono e desrespeito aos pacientes com transtorno mental em nosso país, é uma história de muitos avanços. Hoje temos uma Lei Nacional que regulamenta o tratamento de doentes mentais, uma Política Nacional de Saúde Mental, uma clara orientação para o tratamento extra-hospitalar com um parque de serviços de assistência à saúde mental extra-hospitalar implantado em todo o Brasil (CAPS, SRT etc).

Apesar disso, não podemos dizer que tudo está resolvido e que o abandono e desrespeito aos doentes mentais são coisas do passado. A desinstitucionalização, a criação de espaços substitutivos de tratamento e a inibição das práticas hospitalocêntricas estão sendo construídas, mas ainda não há uma uniformidade na implementação do que exige a Lei 10.216/01.

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico talvez sejam os espaços de tratamento que mais aguardam essas mudanças. Ao longo do processo, os HCTP têm sido muito mais expectadores do que protagonistas. Há contradições evidentes nestes espaços de tratamento, a começar pelo fato de que não pertencem ao universo da saúde, mas sim da segurança. São estruturas prisionais, ou assim são entendidas. Funcionam de maneira híbrida e guardam a imprevisível lógica de ser um território de tratamento e detenção. Abrigam pessoas que foram marcadas com implacáveis estigmas sociais: são loucos e criminosos. Uma grande parcela ainda ocupa o que aprendemos a chamar de minorias: são pobres e negros. Outra parcela são mulheres, loucas, criminosas, negras e pobres. Sem saber muito o que fazer com os ditos loucos perigosos, fomos fundando esses espaços, desde a construção do primeiro manicômio judiciário, em 1921, na Praia Vermelha, no Rio de Janeiro.

As discussões sobre o papel dos hospitais de custódia e o tratamento dado ao louco infrator têm sido razão de posicionamentos contrários nos últimos anos. Os debates tornaram-se públicos e os portões dos HCTP, a exemplo do que pretendeu Philippe Pinel, estão sendo alegoricamente abertos. Em 2011, foi concluído o primeiro censo dos manicômios judiciários no Brasil, um passo importante para despir esse universo: “Ser contado é uma forma de existir” (DINIZ, 2013, p. 15).

Buscamos, com essa pesquisa, ir além das discussões, reflexões ou debates, embora eles sejam o primeiro passo para uma transformação. A ideia era encontrar argumentos factíveis que revelassem o descompasso dos hospitais de custódia com a reforma psiquiátrica no Brasil.

Para viabilizar a pesquisa, selecionamos dentro do universo dos HCTP aqueles que tinham mulheres com esquizofrenia internadas no Censo de 2011. Em nossa pesquisa, verificamos alguns avanços, tais como a preocupação com o oferecimento de atividades variadas de entretenimento,

arte ou profissionalizantes; a presença, em algumas unidades, de profissionais em número suficiente para acolher esses pacientes, quartos individuais, guardando o respeito e a delicada sofisticação de uma casa, programas de alta progressiva e a liberdade de transitar pelos corredores dos manicômios como cabe a quem não está aprisionado.

Por outro lado, a imagem do que vimos nos impactou muitas vezes. Salas de isolamento, algumas com características de cela forte. O uso de isolamento como punição. O uso de escolta e algemas, em uma parte dos manicômios, confundindo-se hospital com prisão, tratamento com correção. A ausência de banheiros e sanitários individualizados e com portas. O uso da contenção ao contrário de técnicas substitutivas. Enfim, o que pudemos observar em nossa pesquisa e trazer à luz são dados concretos que reafirmam o que era o pressuposto: tratar os loucos infratores ainda é um desafio.

## REFERÊNCIAS

ABSALOM-HORNBY, V.; GOODING, P.; TARRIER, N. Coping with schizophrenia in forensic services: the needs of relatives. *The Journal of nervous and mental disease*, v. 199, n. 6, p. 398-402, 2011.

AHO-MUSTONEN, K. *et al.* Group psychoeducation for forensic and dangerous non-forensic long-term patient with schizophrenia: a pilot study. *The European Journal of Psychiatry*, v. 22, n. 2, p. 84-92, 2008.

ALVARENGA, L.; NOVAES, C. Estratégias na reforma psiquiátrica no município de Barbacena: a cooperação entre gestor público e o terceiro setor. *História Ciências Saúde-Manguinhos*, v. 14, n. 2, 2007.

AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

AMARANTE, P. (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BARROS-BRISSET, F. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça de Minas Gerais, 2010.

BELLI, H. *et al.* Perpetrators of homicide with schizophrenia: sociodemographic characteristics and clinical factors in the eastern region of Turkey. *Comprehensive psychiatry*, v. 51, n. 2, p. 135-41, 2010.

BENDER, K. New Recommendations for Treatment of Schizophrenia. *Psychiatric Times*, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.psychiatrictimes.com/schizophrenia/new-recommendations-treatment-schizophrenia#sthash.AV17WKWA.dpuf>>; Acesso em: mar. 2014.

BERLINCK, M.; MAGTAZ, A.; TEIXEIRA, M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-27, 2008.

BERRIOS, G.; PORTER, Roy. *Uma História da Psiquiatria*. A origem e a história dos transtornos psiquiátricos. As psicoses funcionais. v. 2. São Paulo: Escuta, 2012. p. 533-547.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 9, ano VI, n. 9. *Informativo eletrônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/Saude\\_Mental\\_em\\_Dados\\_9.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/Saude_Mental_em_Dados_9.pdf)>. Acesso em: mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Esquizofrenia refratária. *Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. *Portaria GM/MS nº 3.408/1998*.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Portaria GM/MS nº 251/2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define a estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-251.htm>>. Acesso em: mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. *Portaria GM/MS nº 846/2002*.

BUCHANAN, R. *et al.* The 2009 Schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, Oxford, v. 36, n. 1, 1998, p. 71-93. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19955390>>. Acesso em: abr. 2014.

BUSCEMA, C.; ABBASI Q.; BARRY D.; LAUVE T. An algorithm for the treatment of schizophrenia in the correctional setting: the Forensic Algorithm Project. *The Journal of clinical psychiatry*, v. 61, n. 10, p. 767-83, 2000.

CARRARA, S. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

CARROLL, A.; PANTELIS, C.; HARVEY, C. Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 38, n. 3, p. 169-73, 2004.

CUNHA, M.; CAVALCANTI, C. Dossiê. *In: Dicionário de Biblioteconomia e Arquivologia*. Brasília: Briquet de Lemos, 2008. p 136-137.

DINIZ, D. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil - Censo 2011*. Brasília: Letras Livres; EdUnB, 2013. p. 21-34.

DOODY, G. A.; THOMSON, L. D. G.; MILLER, P.; JOHNSTONE, E. C.

Predictors of admission to a high-security hospital of people with intellectual disability with and without schizophrenia. *Journal of Intellectual Disability Research*, v. 44, n. 2, p. 130-137, 2000.

EDITORA REVISTA DOS TRIBUNAIS. Código Penal, Legislação Penal, Constituição Federal. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008.

FULLAM, R.; DOLAN, M. Emotional information processing in violent patients with schizophrenia: association with psychopathy and symptomatology. *Psychiatry Research*, v. 141, n. 1, p. 29-37, 2006.

FURTADO, J. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, 2006, p. 785-795. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30993.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

GAUER, G. *et al.* Inimputabilidade: estudo dos internos do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. *Revista de Psiquiatria*, v. 29, n. 3, p. 286-293, 2007.

GOIÁS. Ministério Público do Estado de Goiás. Centro de Apoio Operacional de Defesa do Cidadão. *Implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança*. Goiânia: MPG, 2009. Disponível em: <[http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq\\_870\\_cartilhadopailli.pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_870_cartilhadopailli.pdf)>. Acesso em: mar. 2014.

GONÇALVES, M.; EDLER, F. Os caminhos da loucura na corte imperial: um embate historiográfico acerca do funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 393-410, 2009.

GRAZ, C. *et al.* Criminal behavior and violent crimes in former inpatients with affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, v.117, n. 1, p. 98-103, 2009.

HODGINS, S.; LAPALME, M.; TOUPIN, J. Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: a 2-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, v. 55, n. 2-3, p.187-202,1999.

HOPTMAN, M. *et al.* Clinical Prediction of Assaultive Behavior Among Male Psychiatric Patients at a Maximum-Security Forensic Facility. *Psychiatric Services*, v. 50, n. 11, p. 1461-1466, 1999.

JONES, M.; VAN DEN BREE M.; FERRITER, M.; TAYLOR, J. Childhood risk factors for offending before first psychiatric admission for people with schizophrenia: a case-control study of high security hospital admissions. *Behavioral Sciences & the Law*, v. 28, n. 3, 2010.

JOYAL, C.; GENDRON, C.; COTE, G. Nature and frequency of aggressive behaviours among long-term inpatients with schizophrenia: a 6-month report using the modified overt aggression scale. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 53, n. 7, p. 478-81, 2008.

KIEHL, K. *et al.* An event-related potential investigation of response inhibition in schizophrenia and psychopathy. *Biological Psychiatry*, v. 48, n. 3, p. 210-221, 2000.

KMIETOWICZ, Z. Care of people with schizophrenia suffers as too much money is spent on secure units. *BMJ*, v. 345, 2012.

KOLLA, N.; HODGINS, S. Treatment of people with schizophrenia who behave violently towards others: a review of the empirical literature on treatment effectiveness. In: CRAIG, A.; GANNON, A.; DIXON, D. (Orgs.). *What works in offender rehabilitation: an evidence-based approach to assessment and treatment*. Oxford: John Wiley & Sons, 2013, p. 319-339.

KRISCHER, M. *et al.* Motives for maternal filicide: Results from a study with female forensic patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, v. 30, n. 3, p.191-200, 2007.

KRISTENSEN, D. *et al.* The use of electroconvulsive therapy in a cohort of forensic psychiatric patients with schizophrenia. Criminal behavior and mental health. *CBMH*, v. 22, n. 2, p. 148-56, 2012.

KREYENBUHL, J. *et al.* The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2009. *Schizophrenia Bulletin*, Oxford, v. 36, n. 1, dez. 2009, p. 94-103. Disponível em: <<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/36/1/94.short>>. Acesso em: abr. 2014.

LEHMAN, A. *et al.* Translating Research into Practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Treatment Recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, Oxford, v. 24, n. 1, 1998, p. 1-10. Disponível em: <<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/24/1/1.abstract>>. Acesso em: abr. 2014.

LANDGRAF, S. *et al.* A clinical and demographic comparison between a forensic and a general sample of female patients with schizophrenia. *Psychiatry research*, v. 5, 2013.

LEVINE, S. Population-Based Examination of the Relationship Between Type of First Admission for Schizophrenia and Outcomes. *Psychiatric Services*, v. 59, n. 12, p. 1470-3, 2008.



LINDBERG, N. *et al.* Increased deep sleep in a medication-free, detoxified female offender with schizophrenia, alcoholism and a history of attempted homicide: case report. *BMC psychiatry*, v. 4, p. 35, 2004.

LONG, C.; DOLLEY, O.; HOLLIN, C. Engagement in psychosocial treatment: its relationship to outcome and care pathway progress for women in medium-secure settings. *Criminal behavior and mental health. CBMH*, v. 22, n. 5, p. 336-49, 2012.

LONG, C.; DOLLEY, O.; HOLLIN, C. Women in medium secure care: tracking treatment progress for changes in risk profiles and treatment engagement. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, v. 18, n. 5, p. 425-31, 2011.

LONG, C. *et al.* Dealing with Feelings: the effectiveness of cognitive behavioural group treatment for women in secure settings. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, v. 39, n. 2, p. 243-7, 2011.

MARI, J.; LEITÃO, R. A epidemiologia da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, n. 1, 2000.

MARIZ, R. Manicômios Judiciários. *CorreioWeb*, Matéria Especial, 17 dez. 2012. Disponível em:  
<<http://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/especiais/manicomios-judiciarios/2012/12/17/interna-manicomios-judiciarios,339509/a-pena-perpetua-no-brasil.shtml>>. Acesso em: mar. 2014.

MASIERO, A. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. *História Ciências Saúde-Manguinhos*, v. 10, n. 2, p. 549-572, 2003.

MORANA, H. Psiquiatria Forense: Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. *Psychiatry on line Brasil*, v. 13, n. 11, nov. 2008. Disponível em:  
<<http://www.polbr.med.br/ano08/for1108.php>>. Acesso em: mar. 2014.

MOREIRA, J. Arquivos da Loucura. In PORTOCARRERO, Vera. *Descontinuidade Histórica da Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

MAJOREK, K. *et al.* Theory of mind and executive functioning in forensic patients with schizophrenia. *Journal of forensic sciences*, v. 54, n. 2, p. 469-73, 2009.

MILLER, P.; JOHNSTONE C.; LANG F.; THOMSON L. Differences between patients with schizophrenia within and without a high security psychiatric hospital. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 102, n. 1, p. 12-18, 2000.

MODESTIN, J.; MAURON, S.; ERNI, T. Criminal behavior in female

schizophrenic inpatients. *Archives of Women's Mental Health*, v. 4, n. 3, p. 93-98, 2002.

MOSCATELLO, R. Recidiva criminal em 100 internos do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 23, n. 1, p. 34-35, 2001.

MUNKNER, R.; HAASTRUP, S.; JOERGENSEN, T.; KRAMP, P. The temporal relationship between schizophrenia and crime. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, v. 38, n. 7, p. 347-53, 2003.

MURPHY, D. Theory of mind in Asperger's syndrome, schizophrenia and personality disordered forensic patients. *Cognitive Neuropsychiatry*, v. 11, n. 2, p. 99-111, 2006.

NORDSTRÖM, A.; KULLGREN, G.; DAHLGREN, L. Schizophrenia and violent crime: The experience of parents. *International Journal of Law and Psychiatry*, v. 29, n. 1, p. 57-67, 2006.

NAMI Research Reports: Schizophrenia PORT Study. *National Alliance on Mental Illness*, Arlington, s/d. Disponível em: <<https://www.nami.org/Template.cfm?Section=schizophrenia&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=29077>>. Acesso em: mar. 2014.

PAULIN, L.; TURATO, E. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História Ciências Saúde-Manguinhos*, v. 11, n. 2, p. 241-258, 2004.

PORTOCARRERO, V. *Descontinuidade Histórica da Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

PERT, L.; FERRITER, M.; SAUL, C. Parental loss before the age of 16 years: a comparative study of patients with personality disorder and patients with schizophrenia in a high secure hospital's population. *Psychology and psychotherapy*, v. 77, n. Pt, p. 403-7, 2004.

PURI, B. *et al.* Brain cell membrane motion-restricted phospholipids in patients with schizophrenia who have seriously and dangerously violently offended. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, v. 32, n. 3, p. 751-754, 2008.

PURI, B. *et al.* Regional grey matter volumetric changes in forensic schizophrenia patients: an MRI study comparing the brain structure of patients who have seriously and violently offended with that of patients who have not. *BMC Psychiatry*, v. 8, n. 1, p. 6, 2008.

REID, H. Delusional disorder and the law. *Journal of psychiatric practice*, v. 11, n. 2, p. 126-30, 2005.

SHAH, P.; HULL, T.; RILEY, G. Associations between the Illness Perception Questionnaire for Schizophrenia and engagement in treatment in a secure setting. *CP Clinical Psychologist*, v. 13, n. 2, p. 69-74, 2009.

SOYKA, M. *et al.* Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, v. 94, n. 1–3, p. 89-98, 2007.

SOYKA, M.; SCHMIDT, P. Prevalence of delusional jealousy in psychiatric disorders. *Journal of forensic sciences*, v. 56, n. 2, p. 450-2, 2011.

STEELE, J.; DARJEE, R.; THOMSON, L. Substance dependence and schizophrenia in patients with dangerous, violent and criminal propensities: a comparison of co-morbid and non-co-morbid patients in a high-security setting. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, v. 14, n. 3, p. 569-584, 2003.

STEWART, D.; ANTHONY, G.; CHESSON, R. It's not my job. I'm the patient not the doctor's: Patient perspectives on medicines management in the treatment of schizophrenia. *Patient Education and Counseling*, v. 78, n. 2, p. 212-217, 2010.

SADOCK, B.; SADOCK, V.; RUIZ, P. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: LWW, 2009. p. 1522-1533.

SADOCK, B.; SADOCK, V. *Manual de Psiquiatria Clínica: referência rápida*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 154-167.

SASSINE, V. Tortura e abandono em hospitais de custódia pelo Brasil. *O Globo*, País, 17 fev. 2013. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/pais/tortura-abandono-em-hospitais-de-custodia-pelo-brasil-7604872>. Acesso em: mar. 2014.

SILVA, R. Medicina, educação e psiquiatria para a infância - o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 195-208, 2009.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História Ciências Saúde-Manguinhos*, v. 9, n. 1, p. 25- 59, 2002.

THE SCHIZOPHRENIA Patient Outcomes Research Team (PORT) Treatment. At Issue: Translating Research into Practice. *Agency for Healthcare Research and Quality*, Rockville, dez. 1998. Disponível em:

<<http://www.ahrq.gov/research/findings/final-reports/schzrec/recommendations2.html>>. Acesso em: abr. 2014.

THOMSON, L. Management of schizophrenia in conditions of high security. *Advances in Psychiatric Treatment*, v. 6, n. 4, p. 252-260, 2000.

VALENÇA, A. Aspectos psicopatológicos e forenses de mulheres homicidas com diagnóstico de transtornos psicóticos primários: estudo de série de casos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 57, n. 4, p. 253-260, 2008.

VALENÇA, A. *et al.* Esquizofrenia e comportamento violento. *Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental*, v. 14, n. 4, p. 660-671, 2011.

VINOKUR, D. *et al.* Age of onset group characteristics in forensic patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, n.0, 2013.

VOLAVKA, J.; CITROME, L. Atypical antipsychotics in the treatment of the persistently aggressive psychotic patient: methodological concerns. *Schizophrenia Research*, v. 35, p. 23-33, 1999.

WALSH, E.; *et al.* Psychosis in high-security and general psychiatric services: report from the UK700 and special hospitals' treatment resistant schizophrenia groups. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, v. 180, p. 351-357, 2002.

WEIZMANN-HENELIUS, G. *et al.* Violent women, blame attribution, crime and personality. *Psychopathology*, v. 35, n. 6, p. 355-61, 2002.

WITZEL, J.; HELD, E.; BOGERTS, B. Electroconvulsive therapy in forensic psychiatry - ethical problems in daily practice. *The journal of ECT*, v. 25, n. 2, p. 129-32, 2009.

## APÊNDICES

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Assistência à Saúde de Mulheres nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

**Pesquisador:** Cássia Valéria de Castro

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 17225013.6.0000.5540

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 331.428

**Data da Relatoria:** 19/07/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo que pretende identificar e analisar o tratamento de mulheres com diagnóstico de esquizofrenia e em Medida de Segurança, internadas nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. A coleta de dados se dará por meio de entrevista telefônica que utilizará roteiro de entrevista semiestruturada. As entrevistas serão gravadas com o consentimento do entrevistado. Será feita uma análise comparativa, a partir da identificação dessas práticas terapêuticas, tendo como parâmetro o protocolo

PORT. Esse protocolo tem caráter internacional e reúne, através de revisão bibliográfica sistemática, diferentes modelos de tratamento baseados em evidências clínicas. Serão analisados somente intervenções não farmacológicas.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo primário:

Identificar e analisar práticas terapêuticas adotadas nos HCTPs (Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico) para o tratamento de mulheres com esquizofrenia, tomando como parâmetro de avaliação o protocolo PORT.

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC º ALA NORTE º MEZANINO º SALA B1 º 606 (MINHOÇÃO

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3307-2760

**E-mail:** ihd@unb.br

Continuação do Parecer: 331.428

**Objetivo Secundário:**

1. Identificar e classificar como e por quanto tempo são tratadas as mulheres internadas nos HCTPs, suas características sócio-demográficas e os fatores criminais que determinaram sua internação sob medida de segurança. 2. Avaliar o tipo de tratamento, não farmacológico, proposto pela literatura médica psiquiátrica recente para mulheres com patologias semelhantes às das mulheres internadas em HCTPs. 3. Comparar os dois tratamentos, ou seja, aqueles implementados nos HCTPs para mulheres com esquizofrenia e o proposto pela literatura e protocolo PORT e para o mesmo diagnóstico. 4. Avaliar possíveis semelhanças e divergências entre o tratamento dispensado nos HCTPs e o padronizado no protocolo PORT.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A presente pesquisa apresenta risco ético mínimo, sendo esse relacionado a não preservação das informações obtidas nas entrevistas que possam identificar as instituições e ou os sujeitos pesquisados. Assim, considerando esse risco, comprometo-me a preservar o sigilo das informações, alterar qualquer informação que porventura possa identificar os participantes ou as instituições na qual pertencem, bem como, destruir as gravações das entrevistas telefônicas ao final da pesquisa.

**Benefícios:**

A presente pesquisa permitirá uma maior compreensão das práticas terapêuticas propostas nas instituições de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil. Além disso a pesquisa contribuirá para avaliar se essas intervenções se ajustam ao protocolo internacional PORT. Mudanças e ou adequações nos tratamentos podem ser pensados a partir dos resultados da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está adequado e visualiza-se uma preocupação sobre a questão ética em todo o trabalho. A pesquisadora ameniza os riscos éticas na realização da pesquisa na medida em que entrevistará os profissionais de saúde das unidades hospitalares e não os pacientes em si. O TCLE está claro e será lido, via contato telefônico da pesquisadora com as Unidades Hospitalares foco de estudo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram entregues e encontram-se adequados, com exceção dos aceites institucionais dos 13 hospitais listados na carta de encaminhamento, que será posteriormente

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC e ALA NORTE e MEZANINO e SALA B1 e 606 (MINHOÇÃO)  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

INSTITUTO DE CIENCIAS  
HUMANAS / UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA / CAMPUS



Continuação do Parecer: 331.428

feito, conforme o aceite do HCTP em participar do estudo. A pesquisadora justifica a não entrega desse documento, se prontificando a entrega-los ao CEP assim que as Unidades em estudo a disponibilizem para a pesquisadora.

**Recomendações:**

Os ajustes solicitados no parecer anterior foram atendidos.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BRASILIA, 10 de Julho de 2013

---

**Assinador por:**  
**Debora Diniz Rodrigues**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC ¸ ALA NORTE ¸ MEZANINO ¸ SALA B1 ¸ 606 (MINHOÇÃO)  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Análise da atenção psicossocial dispensadas às mulheres com diagnóstico de esquizofrenia, internas nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

**Pesquisador:** Cássia Valéria de Castro

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 27020914.6.0000.5563

**Instituição Proponente:** SAO PAULO SECRETARIA DA ADMINISTRACAO PENITENCIARIA

**Patrocinador Principal:** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 551.551

**Data da Relatoria:** 26/02/2014

**Apresentação do Projeto:**

O estudo pretende avaliar o tratamento dispensados às mulheres, com diagnóstico de esquizofrenia, internadas nos hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico brasileiros, exceto o tratamento medicamentoso. Neste momento o estudo será desenvolvido no estado de São Paulo. No dizeres dos autores: "O estudo tratará da manutenção da internação de mulheres em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos (HCTPs) em todo o Brasil por uma combinação de motivos de tratamento de saúde, segurança pública e punição. Diferentes de outros hospitais psiquiátricos, os HCTPs têm uma dupla função, a de instituição de assistência em saúde e de instituição de segurança pública. Isto os torna emblemáticos para a discussão tanto das propostas da Reforma Psiquiátrica [1,2] quanto das mudanças ocorridas nas políticas de assistência em saúde às pessoas com transtornos, doenças e deficiências mentais e da assistência em saúde à população carcerária brasileira. Segundo informações do Ministério da Justiça e do Departamento Penitenciário Nacional (Depen), estima-se que quatro mil pessoas vivam em HCTPs e também em Alas Psiquiátricas em Presídios Comuns (APPC), locais em que pela ausência de HCTP na cidade ou região as pessoas em sofrimento mental cumprem suas penas de medida de segurança. Esse universo invisibilizado pela compreensão estigmatizante que se faz do louco-infrator torna

**Endereço:** Rua Líbero Badaró, 600 - 5º andar

**Bairro:** Centro

**CEP:** 01.008-000

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3775-8108

**Fax:** (11)3775-8108

**E-mail:** comitedeetica@sap.sp.gov.br

# COMITÊ DE ÉTICA SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



Continuação do Parecer: 551.551

urgente a necessidade de se avaliar como têm sido executadas as medidas de segurança no país à luz das diretrizes da reforma psiquiátrica e das garantias constitucionais. Estudar o tema tem implicações imediatas para a garantia não só do direito à saúde mas, também, de direitos humanos mais gerais, como o direito à liberdade.

Espera-se com esta pesquisa avaliar o tratamento das mulheres com esquizofrenia internadas nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, tendo como parâmetro de análise o protocolo PORT (Schizophrenia Patient Outcomes Research Team). Trata-se de um protocolo internacional que reúne, por meio de revisão bibliográfica sistemática, os tratamentos de esquizofrenia baseado em evidências clínicas".

## **Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo geral deste projeto de pesquisa é identificar e analisar práticas terapêuticas adotadas nos HCTPs para o tratamento de mulheres com esquizofrenia, tomando como parâmetro de avaliação o protocolo PORT.

Os objetivos específicos:

1. Identificar e classificar como e por quanto tempo são tratadas as mulheres internadas nos HCTPs, suas características sócio-demográficas e os fatores criminais que determinaram sua internação sob medida de segurança.
2. Avaliar o tipo de tratamento, não farmacológico, proposto pela literatura médica psiquiátrica recente para mulheres com patologias semelhantes às das mulheres internadas em HCTPs.
3. Comparar os dois tratamentos, ou seja, aqueles implementados nos HCTPs para mulheres com esquizofrenia e o proposto pela literatura e protocolo PORT e para o mesmo diagnóstico.
4. Avaliar possíveis semelhanças e divergências entre o tratamento dispensado nos HCTPs e o padronizado no protocolo PORT.

## **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

As mulheres encarceradas são sabidamente uma população vulnerável, no entanto essa população não será entrevistada, reduzindo os riscos para esse grupo. Quanto aos profissionais que responderão as perguntas de pesquisa, estes também estarão expostos a riscos mínimos, uma vez que as questões buscam somente identificar o tratamento não medicamentoso disponibilizado as mulheres com esquizofrenia. Para minimizar quaisquer riscos que possam surgir serão tomadas as seguintes medidas: a) garantia do anonimato dos participantes, ou seja, o profissional não será identificado na etapa de análise e

**Endereço:** Rua Líbero Badaró, 600 - 5º andar

**Bairro:** Centro

**CEP:** 01.008-000

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3775-8108

**Fax:** (11)3775-8108

**E-mail:** comitedeetica@sap.sp.gov.br

# COMITÊ DE ÉTICA SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



Continuação do Parecer: 551.551

divulgação dos dados; b) confidencialidade dos dados e todos os dados analisados e não utilizados serão destruídos, não podendo ser utilizados para outros fins se não os descritos no projeto; c) garantia de possibilidade de retirada da participação a participação na pesquisa será voluntária. O voluntário poderá retirar sua participação a qualquer momento da pesquisa, sem ônus.

## **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Como apontado no parecer anterior, a pesquisa possui relevância social e acadêmica na medida em que pretende analisar o tratamento psicossocial oferecido às mulheres com esquizofrenia internadas nos hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e depois compará-lo ao protocolo PORT. Desta forma, os dados obtidos nesta pesquisa poderão contribuir para a melhoria da Atenção à saúde da mulher com esquizofrenia internada nos HCTPs.

## **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE está adequado, com redação clara. Os objetivos específicos não constam do TCLE, portanto devem ser inseridos.

O método usado será entrevista semiestruturada com funcionários responsáveis técnicos pelo tratamento dispensados às internas. O dados a serem investigados junto a eles são baseados no Censo sobre os Hospitais de Custódias e Tratamento realizado pelo Ministério da Justiça e UNB.

Nos dizeres da pesquisadora: "Os dados censitários serão provenientes do Censo Nacional de HCTPs (Censo), realizado por iniciativa do Ministério da Justiça e implementado pela Anis e UnB, e publicado em 2013. O Censo levanta uma série de características das mulheres em HCTPs, dentre elas suas características sócio-demográficas, histórico penal e criminal e trajetória em hospitais de custódia. O levantamento sistemático da literatura médica será feito através do protocolo PORT - Schizophrenia Patient Outcomes Research Team e Trata-se de um protocolo internacional que reúne, através da revisão sistemática da literatura, as intervenções farmacológicas e psicossociais no tratamento de esquizofrenia. O PORT considera exclusivamente as medidas terapêuticas baseada em evidências. Nessa pesquisa excluiremos os tratamentos farmacológicos. As entrevistas se darão com responsável técnico de cada um dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico indicado pelo diretor dos respectivos hospitais".

Como mencionado, a pesquisadora utilizará o protocolo PORT que se refere ao indivíduo/mulheres da população em geral submetido a tratamento psiquiátrico. Desta forma, haverá comparação entre estes dados com os dados obtidos junto às mulheres internadas. Método interessante, pois

**Endereço:** Rua Líbero Badaró, 600 - 5º andar

**Bairro:** Centro

**CEP:** 01.008-000

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3775-8108

**Fax:** (11)3775-8108

**E-mail:** comitedeetica@sap.sp.gov.br

COMITÊ DE ÉTICA  
SECRETARIA DA  
ADMINISTRAÇÃO



Continuação do Parecer: 551.551

pode-se comparar o quanto a assistência às mulheres internas nos HCTPs com diagnóstico de esquizofrenia está melhor, pior ou equivalente daquela oferecida às mulheres com diagnóstico de esquizofrenia.

**Recomendações:**

Inserir as alterações no corpo do projeto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As alterações solicitadas foram realizadas a contento.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SAO PAULO, 11 de Março de 2014

---

**Assinador por:  
Rosalice Lopes  
(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Líbero Badaró, 600 - 5º andar

**Bairro:** Centro

**CEP:** 01.008-000

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3775-8108

**Fax:** (11)3775-8108

**E-mail:** comitedeetica@sap.sp.gov.br

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DEPARTAMENTO DE  
AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS - DAPE COORDENAÇÃO  
DE SAÚDE MENTAL**

**PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS  
SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH**

**VERSÃO HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS**

**2003**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL/DAPE  
COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO - DERAC  
PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH/PSIQUIATRIA**

**Portaria GM/MS N.o 3.408, de 5 de agosto de 1998, Portaria GM/MS N.o 251, de 31 de Janeiro de 2002.**

1) Introdução

1. a) O Ministério da Saúde, considerando a atual situação das diversas unidades hospitalares no País e a necessidade de garantir a universalidade, equidade, hierarquização e a regionalização dos serviços dentro dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, bem como a importância de garantir a qualidade mínima necessária aos serviços de saúde através da implementação de sua principal competência enquanto órgão regulador, normatizador e fiscalizador, de âmbito nacional do Sistema Único de Saúde, instituiu o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH.
2. b) Esta iniciativa leva em consideração o resultado da pesquisa de opinião pública realizada em 1998, onde ficou demonstrado a urgente necessidade de aprofundar o conhecimento da atual situação dos serviços hospitalares e, conseqüentemente, propor intervenções dirigidas para a melhoria desses mesmos serviços. Mais uma vez, a importância de ouvir de maneira sistematizada os usuários do sistema e os gestores locais, reafirma a imperiosa necessidade de uniformizar parâmetros de análise para todos os hospitais do País, dentro de padrões de qualidade e de excelência, que orientem e priorizem os objetivos e metas de intervenção e ação do Ministério.
3. c) A relevância do processo da descentralização das ações e serviços hospitalares indica que qualquer estratégia de avaliação requer a atuação em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Assim, as avaliações serão realizadas pela Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e/ou Secretarias Municipais de Saúde (SMS), de acordo com o estágio de descentralização existente.

2) Objetivo Geral:

a) Melhorar a qualidade dos Serviços Hospitalares prestados aos usuários do SUS, respeitando os princípios de universalidade e da equidade.

### 3) Objetivos Específicos:

1. a) Fortalecer a parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS);
2. b) Reafirmar o papel do Ministério da Saúde como órgão regulador, normatizador e fiscalizador do Sistema de Saúde, no âmbito nacional;
3. c) Estabelecer padrões de qualidade do atendimento prestado aos cidadãos/usuários dos serviços hospitalares da rede do Sistema Único de Saúde – SUS;
4. d) Unificar parâmetros mínimos nacionais de avaliação dos Serviços Hospitalares pelos usuários e gestores do SUS;
5. e) Implantar sistemática anual de aferição da qualidade do atendimento prestado pelos hospitais da rede do Sistema Único de Saúde e o grau de satisfação dos seus usuários com o atendimento recebido;
6. f) Divulgar, pelo menos uma vez por ano, para a opinião pública o retrato atualizado da situação dos Serviços Hospitalares, na visão do usuário e gestores do SUS;
7. g) Permitir o dimensionamento de ações corretivas e de melhoria da qualidade segundo critérios de prioridade.

1

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL/DAPE  
COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO - DERAC  
PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH/PSIQUIATRIA**

### ORIENTAÇÕES GERAIS

1) Atribuições das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e/ou Secretarias Municipais de Saúde (SMS):

Avaliação de Serviços Hospitalares:

- a) Avaliação Técnica, conforme parâmetros definidos no anexo A;
- b) Implementar ações corretivas e de melhoria da qualidade nos serviços cujos resultados e/ou recomendações da avaliação apontem esta necessidade
- c) Informar à Coordenação de Saúde Mental as intervenções implementadas para a melhoria da qualidade nos serviços.

2) Atribuições da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS):

1. a) Elaborar os questionários e planilhas de avaliação dos Serviços Hospitalares;
2. b) Viabilizar com o DATASUS disponibilização, via site do MS, informações, instrumentos de avaliação e envio dos resultados ao banco de dados do PNASH/Psiquiatria;

3. c) Acompanhar as intervenções implementadas para melhoria da qualidade dos serviços;
4. d) Solicitar divulgação, junto ao DATASUS, do resultado final do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria, conforme Decreto no 3.507, de 13/06/2000.

2

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL/DAPE  
COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO - DERAC  
PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH/PSIQUIATRIA**

## **AVALIAÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA - PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO**

1. Estrutura Física/Funcional

### **ANEXO A**

E = excelente (5), B= bom (4), RE= regular (3), RU = ruim (2), P= péssimo (1)

E	<p>O hospital atende, quanto à acessibilidade e funcionalidade do edifício, dimensionamento dos ambientes, instalações ordinárias (elétrica, telefônica, de água e esgoto), e especiais (ar condicionado, gases) e à especificação básica de materiais, aos critérios definidos na RDC ANVISA no 50/02 em todas as unidades de internação, em todas as áreas de atividades individuais ou coletivas de terapia e lazer e em todas as unidades de apoio técnico e logístico (farmácia, cozinha e lavanderia).</p> <p>Possui conforto quanto à iluminação e ventilação. Obedece às exigências da Portaria GM no 251/02, no item 2.6.</p>
B	<p>O hospital atende, quanto à acessibilidade e funcionalidade do edifício, dimensionamento dos ambientes, instalações ordinárias (elétrica, telefônica, de água e esgoto), e especiais (ar condicionado, gases) e à especificação básica de materiais, aos critérios definidos na RDC ANVISA no 50/02 em todas as unidades de internação, em todas as áreas de atividades individuais ou coletivas de terapia e lazer. Atende parcialmente estes critérios nas unidades de apoio técnico e logístico (farmácia, cozinha e lavanderia).</p> <p>Possui conforto quanto à iluminação e ventilação. Obedece às exigências da Portaria GM no 251/02, no item 2.6.</p>
RE	<p>O hospital atende parcialmente aos critérios definidos na RDC ANVISA no 50/02 quanto à acessibilidade e funcionalidade do edifício, dimensionamento dos ambientes, instalações ordinárias (elétrica, telefônica, de água e esgoto), e especiais (ar condicionado, gases) e à especificação básica de materiais nas unidades de internação (enfermarias psiquiátricas e de intercorrências clínicas), nas áreas de atividades individuais ou coletivas de terapia e lazer e nas unidades de apoio técnico e logístico (farmácia, cozinha e lavanderia).</p> <p>Possui conforto quanto à iluminação, ventilação. Obedece às exigências da Portaria GM no 251/02, no item 2.6.</p>
RU	<p>O hospital atende parcialmente aos critérios definidos na RDC ANVISA no 50/02 quanto à acessibilidade e funcionalidade do edifício, dimensionamento dos ambientes, instalações ordinárias (elétrica, telefônica, de água e esgoto), e especiais (ar condicionado, gases) e à especificação básica dos materiais utilizados nas unidades de internação (enfermarias psiquiátricas e de intercorrências clínicas), nas áreas de atividades individuais ou coletivas de terapia e lazer e nas unidades de apoio técnico e logístico (farmácia, cozinha</p>

	e lavanderia). Obedece parcialmente às exigências da Portaria GM no 251/02, no item 2.6
P	Unidades de internação (enfermarias psiquiátricas e de intercorrências clínicas), áreas de atividades individuais ou coletivas de Terapia e unidades de apoio técnico e logístico (farmácia, cozinha e lavanderia), não atendem a maioria dos itens da RDC /ANVISA no 50/2002 e não atende às exigências da Portaria GM no 251/02, no item 2.6.

## 2. Limpeza Hospitalar

E	Hospital limpo em todas as áreas; Com programa de gerenciamento interno de resíduos de acordo com a RDC 33/03; Pessoal treinado continuamente e utilizando os EPI*; Uso de produtos de limpeza adequados, conforme Manual de Processamento de Artigos e Superfícies – MS/1994; Rotinas escritas e em utilização. Horários de limpeza confortáveis para os pacientes.
B	Hospital limpo em todas as áreas; Pessoal treinado e utilizando os EPI*; Uso de produtos de limpeza adequados; Rotinas escritas e em utilização. Horários de limpeza confortáveis para os pacientes.
RE	Hospital com cozinha, enfermarias e banheiros limpos; Pessoal da limpeza utilizando EPI; Uso de produtos de limpeza adequados. Horários de limpeza confortáveis para os pacientes.
RU	Hospital com sujidades em banheiros, enfermarias e cozinha.
P	Hospital com sujidades em grande quantidade. Mofo, bolor ou presença de sangue, secreções ou excreções ou utilizando produtos que não são adequados, ocasionando risco à saúde.

• Equipamentos de proteção individual.

Obs.: Os produtos de limpeza representam um grande risco para os funcionários desta área.

3

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**  
**COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL/DAPE**  
**COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO - DERAC**  
**PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH/PSIQUIATRIA**

## 3. Roupas Hospitalar

E	Roupas limpas e em bom estado de conservação (cama, banho e do paciente) em todo o hospital, com transporte e armazenagem em local protegido, com pessoal treinado continuamente, com trocas em número suficiente para manutenção da roupa limpa e rotinas escritas e em utilização.
B	Roupas limpas e em bom estado de conservação (cama, banho e do paciente) em todo o hospital, rotinas escritas e em utilização com pessoal treinado, com trocas em número suficiente para manutenção da roupa limpa.
RE	Roupas limpas e razoavelmente conservadas, com falta ocasional de roupa (cama, banho e do paciente) rotinas escritas e em utilização e com pessoal treinado.
RU	Roupas sujas ou mal conservadas, com falta ocasional de roupa (cama, banho e do paciente), sem pessoal treinado.
P	Roupas sujas ou mal conservadas, com falta freqüente de roupa (cama, banho e paciente) e escassez de pessoal.

## 4. Almoxarifado

E	Área de armazenamento de materiais e equipamentos de acordo com a RDC 50/02.
---	--



	Organizada, com controle de entrada e saída de materiais, controle do estoque com sistema informatizado e acionamento automático do processo de compra.
B	Área de armazenamento de materiais e equipamentos de acordo com a RDC 50/02. Organizada, com sistema de informações e controle de entrada e saída de materiais.
RE	Área de armazenamento de materiais e equipamentos de acordo com a RDC 50/02.
RU	Área inadequada para armazenamento de materiais e equipamentos ou em más condições de organização.
P	Não há almoxarifado.

#### 5. Farmácia

E	Boas condições de armazenamento, com presença de farmacêutico hospitalar, controle de entrada e saída, com sistema de informações, controle do estoque com acionamento automático do processo de compra, com sistema de segurança, padronização de medicamentos e farmacovigilância, cumprimento da data de validade dos medicamentos, com distribuição por dose unitária e áreas específicas para as atividades desenvolvidas.
B	Boas condições de armazenamento, com presença de farmacêutico hospitalar, controle de entrada e saída, com sistema de informações, controle do estoque com acionamento automático do processo de compra, com sistema de Segurança, padronização de medicamentos, com cumprimento da data de validade dos medicamentos e com áreas específicas para as atividades desenvolvidas.
RE	Boas condições de armazenamento, com supervisão de farmacêutico hospitalar, controle de entrada e saída, com sistema de informações, controle do estoque com acionamento automático do processo de compra, com sistema de Segurança, padronização de medicamentos e com cumprimento da data de validade dos medicamentos
RU	Condições inadequadas de armazenamento, sem supervisão de farmacêutico.
P	Não há farmácia.

#### 6. Prevenção e Controle de Infecções relacionadas à assistência

E	Programa de Prevenção e Controle das Infecções implantado, com profissionais designados para a realização das atividades previstas, planejadas com base no acompanhamento de indicadores obtidos por meio de vigilância epidemiológica ativa de infecções e eventos adversos relacionados à assistência.
B	Programa de Prevenção e Controle das Infecções em implantação, incluindo a atuação de profissionais designados para a realização das atividades previstas e planejamento baseado no acompanhamento de indicadores obtidos por vigilância epidemiológica ativa de infecções relacionadas à assistência.
RE	Comissão de Controle das Infecções Hospitalares nomeada e estruturada com membros consultores e/ou executores, sem programa implantado, mas desenvolvendo diretrizes básicas de prevenção e controle de infecções.

4

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**  
**COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL/DAPE**  
**COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO - DERAC**  
**PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH/PSIQUIATRIA**

#### 7. Condições para atendimento de Intercorrências Clínicas

RU	Comissão de Controle das Infecções Hospitalares funcionando sem programa de prevenção e controle de infecções desenvolvido ou aplicação de diretrizes básicas de prevenção de infecções.
P	Inexistência de Comissão de Controle das Infecções Hospitalares.

E	Possui enfermaria exclusiva para intercorrências clínicas, na proporção de um leito para cada 50 pacientes internados no hospital, área física com 6 m <sup>2</sup> /leito, camas Fowler, localizada próxima a posto de enfermagem, sanitários anexos em boas condições de higiene, todos os equipamentos necessários (laringoscópio, ambú, desfibrilador, aspirador, etc) funcionando, bala de oxigênio ou gases medicinais encanados e 1 enfermeira destinada (responsável) para este setor. Possui ambulância ou condições de remoção do paciente com segurança.
B	Possui enfermaria exclusiva para intercorrências clínicas, na proporção de 1 leito para cada 50 pacientes internados no hospital, área física com 6m <sup>2</sup> /leito, camas Fowler, localizada próxima a posto de enfermagem, sanitários anexos em boas condições de higiene, todos os equipamentos necessários (laringoscópio, ambú, desfibrilador, aspirador, Tc) funcionando, bala de oxigênio ou gases medicinais encanados. Possui ambulância ou condições de remoção do paciente com segurança.
RE	Possui enfermaria para intercorrências clínicas, na proporção de 1 leito para cada 50 pacientes internados no hospital, área física com 6m <sup>2</sup> /leito, algumas camas Fowler, sanitários anexos, todos os equipamentos necessários (laringoscópio, ambú, desfibrilador, aspirador, etc) funcionando, bala de oxigênio e gases medicinais encanados. Possui ambulância ou condições de remoção do paciente com segurança.
RU	Possui enfermaria para intercorrências clínicas, sem atingir a proporção mínima de 1 leito para cada 50 pacientes internados no hospital, área física inferior a 6m <sup>2</sup> /leito, algumas camas Fowler, os sanitários não são anexos e faltam alguns equipamentos.
P	Não há enfermaria de intercorrências clínicas.

#### 8. Aspectos Gerais dos Pacientes

E	Os pacientes se apresentam limpos, bem cuidados, vestidos com roupas individualizadas (pertencentes ao paciente), calçados e sem sinais de maus tratos.
B	Os pacientes se apresentam limpos, bem cuidados, alternando roupas individualizadas (pertencentes ao paciente) e uniformes, calçados e sem sinais de maus tratos.
RE	Os pacientes se apresentam limpos, bem cuidados, vestidos exclusivamente com uniformes, calçados e sem sinais de maus tratos.
RU	Os pacientes se apresentam sem os cuidados necessários, vestidos, vários descalços e sem sinais de maus tratos.
P	Os pacientes se apresentam sem os cuidados necessários, sujos, vários despídos e descalços e com sinais de maus tratos.

#### 9. Alimentação do Paciente

E	Alimentação preparada com higiene e limpeza, totalmente balanceada, com supervisão permanente de nutricionista, integrada à equipe técnica/projeto terapêutico, cardápio diversificado, em quantidade suficiente, horários adequados, talheres e vasilhames adequados manuseados pelos pacientes em boas condições de uso, em refeitório dotado de lavatórios e espaço físico compatível ao número de pacientes, bem iluminado, ventilado e limpo e com mobiliário em bom estado de conservação.
B	Alimentação preparada com higiene e limpeza, balanceada, com supervisão de nutricionista, integrada à equipe técnica/projeto terapêutico, cardápio diversificado, em quantidade suficiente, horários adequados, talheres e vasilhames adequados manuseados pelos pacientes em boas condições de uso, em refeitório dotado de lavatórios e espaço físico compatível ao número de pacientes, bem iluminado, ventilado e limpo e com mobiliário em bom estado de conservação.
RE	Alimentação preparada com higiene e limpeza, balanceada, com supervisão de nutricionista, integrada à equipe técnica/projeto terapêutico, em quantidade suficiente, horários inadequados, talheres e vasilhames adequados manuseados pelos pacientes em condições de uso, em refeitório inadequado e/ou com mobiliário comprometido.
RU	Alimentação preparada com higiene e limpeza, não balanceada, em quantidade insuficiente, horários inadequados, talheres e vasilhames inadequados e/ou em péssimas

	condições de uso, em refeitório inadequado e/ou mobiliário comprometido.
--	--

5

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL/DAPE  
COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO - DERAC  
PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH/PSIQUIATRIA**

10. Recursos Humanos

11. Enfermagem

P	Alimentação preparada sem higiene e limpeza, não balanceada, em quantidade insuficiente, horários inadequados, talheres e vasilhames manuseados pelos pacientes em péssimas condições de uso, em refeitório inadequado e/ou mobiliário comprometido.
E	Atende integralmente à Portaria Ministerial 251/2002 e possui, além do exigido pela mesma, um número maior e/ou outras categorias profissionais, em mais de 2 itens.
B	Atende integralmente às exigências de Recursos Humanos da Portaria Ministerial 251/2002.
RE	Atende à Portaria Ministerial 251/2002 em relação às categorias profissionais, deixando de cumprir-la quanto ao número de profissionais, em 1 item.
RU	Não atende à Portaria Ministerial 251/2002, Quanto ao número exigido e/ou quanto à categoria profissional, em até 2 itens.
P	Não atende à Portaria Ministerial 251/2002, quanto ao número exigido ou quanto à categoria profissional, em mais de 2 itens.
E	O setor de enfermagem possui livro de registro para intercorrências, a equipe de enfermagem de nível médio registra, assina e carimba, por turno, a evolução diária, em anotações legíveis, com informações importantes, não estereotipadas, checa prescrições médicas, registra a administração de medicamentos e participa das reuniões de equipe e de atividades com os pacientes.
B	O setor de enfermagem possui livro de registro para intercorrências, a equipe de enfermagem de nível médio registra, assina e carimba por turno, a evolução diária, em anotações legíveis, checa prescrições médicas e registra a administração de medicamentos e participa das reuniões de equipe e de atividades com os pacientes.
RE	O setor de enfermagem possui livro de registro para intercorrências, a equipe de enfermagem de nível médio registra, assina e carimba a evolução diária, checa prescrições médicas e registra a administração de medicamentos.
RU	O setor de enfermagem possui livro de registro para intercorrências, a equipe de enfermagem de nível médio registra, assina e carimba esporadicamente a evolução diária, checa prescrições médicas e registra a administração de medicamentos.
P	O setor de enfermagem não possui livro de registro para intercorrências, a equipe de enfermagem de nível médio registra esporadicamente a evolução diária, não checa sistematicamente as prescrições médicas e não registra a administração de medicamentos.

12. Prontuário

E	Prontuário único, organizado, em dia, legível, com registro de anamnese, com no mínimo 3 evoluções e 2 prescrições médicas semanais, assinadas e carimbadas, e evolução (individual e/ou grupal) de outras categorias profissionais, no mínimo semanal, assinadas e carimbadas, de modo a assegurar evolução diária dos pacientes,* com Comissão de Prontuário estruturada.
B	Prontuário único, organizado, em dia, legível, com registro de anamnese, com no mínimo 2 evoluções e 2 prescrições médicas semanais, e evolução (individual e/ou grupal) de outras categorias profissionais, no mínimo semanal, de modo a assegurar evolução diária dos pacientes.
RE	Prontuário único, organizado, em dia, com registro de anamnese, com no mínimo uma evolução e prescrição médica semanal; e evolução (individual e/ou grupal) de outras

	categorias profissionais, no mínimo semanal.
RU	Prontuário com folhas específicas para cada categoria profissional, desorganizado, em dia, em geral sem registros de anamnese, com evoluções e prescrições médicas semanais e evoluções de outras categorias profissionais mensais.
P	Prontuários com folhas específicas para cada categoria profissional, desorganizados, sem registros de anamnese, com evoluções e prescrições médicas e de outros profissionais mensais.

\* Informações com qualidade (referência ao projeto terapêutico individualizado e rotinas do paciente na instituição)

### 13. Projeto Terapêutico/Prática Institucional

E	Projeto terapêutico escrito e prática institucional em consonância com os preceitos da Lei Federal 10.216 de 06/04/01, e que atendem integralmente às exigências referentes a este item na Portaria Ministerial 251/02.
B	Projeto terapêutico escrito e prática institucional atendem integralmente às exigências referentes a este item na Portaria Ministerial 251/02.

6

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**  
**COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL/DAPE**  
**COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO - DERAC**  
**PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH/PSIQUIATRIA**

### 14. Projeto Terapêutico/ Alta Hospitalar e Encaminhamento

RE	Projeto terapêutico escrito atende às exigências referentes a este item na Portaria Ministerial 251/2002, mas a prática institucional constatada atende em parte.
RU	Projeto terapêutico escrito e prática institucional atendem parcialmente às exigências referentes a este item na Portaria Ministerial 251/02.
P	Ausência de projeto Terapêutico escrito ou projeto terapêutico escrito e prática institucional não atendem às exigências referentes a este item na Portaria Ministerial 251/02.
E	Existe projeto terapêutico individualizado (conforme Portaria GM no 251/02) verificável em prontuário, a alta do paciente é trabalhada pela equipe responsável por seu atendimento, e ele é referenciado efetivamente para tratamento substitutivo ao hospital psiquiátrico.
B	Existe projeto terapêutico individualizado (conforme Portaria GM no 251/02) verificável em prontuário, a alta do paciente é trabalhada por um único profissional responsável pelo seu atendimento, e ele é efetivamente referenciado para tratamento substitutivo ao hospital psiquiátrico.
RE	Não existe projeto terapêutico individualizado verificável em prontuário, a alta do paciente é trabalhada e ele é efetivamente referenciado para tratamento substitutivo ao hospital psiquiátrico.
RU	Não existe projeto terapêutico individualizado, a alta do paciente não é trabalhada e ele é referenciado para tratamento substitutivo ao hospital psiquiátrico.
P	Não existe projeto terapêutico individualizado, a alta do paciente não é trabalhada e ele não é referenciado para tratamento substitutivo ao hospital psiquiátrico.

### 15. Espaços Restritivos – Punitivos

### 16. Contenção Física

E	Inexistência de cela forte, de espaços restritivos/punitivos e a maior parte dos pacientes com livre acesso às áreas do hospital
B	Inexistência de cela forte, de espaços restritivos/punitivos e alguns pacientes com livre acesso às áreas do hospital.
RE	Inexistência de cela forte, de espaços restritivos/punitivos, sem livre acesso às áreas do hospital.
RU	Inexistência de cela forte, mas com utilização de outros espaços restritivos/punitivos.
P	Existência de cela forte.
E	Não ocorre contenção física de pacientes ao leito ou ocorre raramente, com presença física permanente de um membro da equipe e prescrição médica, a partir da discussão em equipe, registrada em prontuário.
B	Ocorre raramente contenção de pacientes ao leito, com presença física permanente de um membro da equipe e precedida de justificativa e prescrição médica em prontuário.
RE	Ocorre regularmente contenção de pacientes ao leito, com presença física permanente de um membro da equipe e precedida de justificativa e prescrição médica em prontuário.
RU	Ocorre regularmente contenção de pacientes ao leito, sem presença física permanente de um membro da equipe e precedida de justificativa e prescrição médica em prontuário.
P	Ocorre freqüentemente contenção de pacientes ao leito, sem presença física permanente de um membro da equipe e sem justificativa e prescrição médica em prontuário.

#### 17. ECT/ Psicocirurgia/Cirurgia Estereotáxica

E	Não realizam a ECT nem as prescrevem.
B	Realizam ou prescrevem excepcionalmente a ECT, com indicação de acordo com critérios clínicos precisos, esgotadas todas as possibilidades terapêuticas, com consentimento informado do paciente e/ou familiar, em ambiente adequado, sob anestesia e precedida de avaliação clínica e laboratorial.
RE	Realizam ou prescrevem raramente a ECT, com indicação de acordo com critérios clínicos precisos, esgotadas todas as possibilidades terapêuticas, sem consentimento informado do paciente e/ou familiar, em ambiente adequado, sob anestesia e precedido de avaliação clínica e laboratorial.
RU	Realizam ou prescrevem regularmente a ECT, com consentimento informado do paciente

7

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**  
**COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL/DAPE**  
**COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO - DERAC**  
**PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH/PSIQUIATRIA**

#### 18. Reuniões

	e/ou familiar, em ambiente adequado, sob anestesia e precedido de avaliação clínica e laboratorial.
P	Realizam a Psicocirurgia/Cirurgia Estereotáxica.
E	Existem reuniões clínicas da equipe técnica agendadas semanalmente e registradas, com integração efetiva entre os diversos setores, e reuniões regulares e registradas com pacientes e com familiares.
B	Existem reuniões clínicas da equipe técnica agendadas e registradas, com integração efetiva entre os diversos setores, e reuniões regulares e registradas com pacientes e com familiares.
RE	Existem reuniões clínicas da equipe técnica, e reuniões regulares com pacientes e/ou com familiares.
RU	Não existem reuniões clínicas da equipe técnica, mas ocorrem reuniões com pacientes e/ou com familiares.

P	Não existem reuniões da equipe técnica e nem com pacientes e familiares.
---	--

#### 19. Vinculação e Direitos

E	A maioria dos pacientes sabe nomear os profissionais que os atendem, têm freqüentemente atividades fora do hospital, acesso ao telefone e visitas diárias e saem, independentes do dia da semana, de licença terapêutica.
B	A maioria dos pacientes sabe nomear os profissionais que os atendem, têm atividades fora do hospital, acesso ao telefone e visitas diárias e saem de licença terapêutica nos fins de semana.
RE	A maioria dos pacientes sabe nomear os profissionais que os atendem, têm atividades esporádicas fora do hospital, acesso ao telefone limitado, visitas diárias e saem de licença terapêutica.
RU	Poucos pacientes sabem nomear os profissionais que os atendem, não têm ou possuem atividades esporádicas fora do hospital, acesso ao telefone limitado, visitas 3 vezes na semana e saem de licença terapêutica.
P	Os pacientes, em geral, não sabem nomear os profissionais que os atendem, não possuem atividades fora do hospital, acesso restrito ao telefone, visitas semanais e raramente saem de licença terapêutica.

#### 20. Aspectos Gerais da Assistência

E	Tempo médio de internação não ultrapassa 18 dias, sem evidências de pacientes com impregnação neuroléptica e sedação, com até 5% clientela de longa permanência (mais de um ano de internação).
B	Tempo médio de internação não ultrapassa 25 dias, sem evidências de pacientes com impregnação neuroléptica e sedação, com até 10% de clientela de longa permanência.
RE	Tempo médio de internação não ultrapassa 25 dias, sem evidências de pacientes com impregnação neuroléptica e sedação excessiva, e 15% da clientela de longa permanência.
RU	Tempo médio de internação em torno de 1 mês, sem evidências de pacientes com impregnação neuroléptica e sedação excessiva, e 20% da clientela de longa permanência.
P	Tempo médio de internação acima de 1 mês, com evidências de pacientes com impregnação neuroléptica e sedação excessiva, e mais de 20% da clientela de longa permanência.

8

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL/DAPE  
COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO - DERAC  
PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH/PSIQUIATRIA**

### **FORMULÁRIO/PLANILHA DE AVALIAÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA ANEXO B**

CNES:

CNPJ do Hospital Nome do hospital: Código do Município: Data da vistoria:

Sigla da UF: Data de envio dos resultados pela INTERNET:

Assinalar o item correspondente de acordo com a avaliação técnica:

QUESITOS

1. Estrutura Física/Funcional
  2. Limpeza Hospitalar
  3. Roupa Hospitalar
  4. Almoxarifado
  5. Farmácia
  6. Prevenção e Controle de Infecções relacionadas à assistência
  7. Condições para atendimento de Intercorrências Clínicas
  8. Aspectos Gerais dos Pacientes
  9. Alimentação do Paciente
10. Recursos Humanos
11. Enfermagem
12. Prontuário
13. Projeto Terapêutico/ Prática Institucional
14. Projeto Terapêutico/Alta Hospitalar e Encaminhamento
15. Espaços Restritivos – Punitivos
16. Contenção Física
17. ECT/Psicocirurgia/Cirurgia Estereotáxica
18. Reuniões
19. Vinculação e Direitos
20. Aspectos Gerais da Assistência

EXCELENTE BOM REGULAR RUIM PÉSSIMO 54321

AVALIADOR: \_\_\_\_\_  
QUANTIDADE DE FORMULÁRIOS USUÁRIO DE LONGA PERMANÊNCIA : \_\_\_\_\_  
QUANTIDADE DE FORMULÁRIOS USUÁRIO COM ALTA NOS ÚLTIMOS 7 DIAS : \_\_\_\_\_  
LEITOS CADASTRADOS PELO SUS: \_\_\_\_\_  
LEITOS EXISTENTES: \_\_\_\_\_  
QUANTIDADE DE PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CAMPO PARA JUSTIFICATIVA:

( )

( )

9

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL/DAPE**

**COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO - DERAC**  
**PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH/PSIQUIATRIA**

**FORMULÁRIO/PLANILHA DE AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS - DE LONGA PERMANÊNCIA**

QUESTÕES TIPO A

ENTREVISTADOR: Marque na coluna de cada usuário, o número da escala de satisfação respondido (de 1 a 10) – marcar zero quando o paciente não souber responder ao quesito.

**ANEXO C**

CNES:

CNPJ DO HOSPITAL:

Nome do hospital:

Código do Município: Sigla da UF: Data da vistoria: Data de envio dos resultados pela INTERNET:

QUESITOS	RESPOSTA USUÁRIO (MARCAR DE 0 A 10)
Indique o grau de satisfação quanto a:	
1. Limpeza e condições das instalações físicas ( Quarto, banheiro, corredores, pátio, sala de estar, refeitório, consultório,etc)	
2. Disponibilidade, educação, respeito e presteza no atendimento da equipe com o usuário.	
2.1. Médicos e plantonistas	
2.2. Psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais	
2.3. Equipe de enfermagem	
2.4. Funcionários da limpeza	
3. Horários reservados para:	
3.1. refeições	
3.2. higiene pessoal	
3.3. limpeza do hospital	
3.4. atendimento médico	
3.5. atendimento do psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional	
4. Tempo de duração e freqüência dos atendimentos realizados pela equipe	
4.1. Médicos	
4.2. Psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais	
5. Explicação, pelo médico, sobre a doença, tratamento que será realizado, efeitos colaterais e riscos.	
6. Limpeza e freqüência de troca das roupas de cama e banho	
7. Limpeza e freqüência de troca das roupas pessoais	
8. Sabor, temperatura e quantidade das refeições	
9. Disponibilidade para acesso ao telefone	
10. Tempo de duração e freqüência das visitas	
11. Existência e freqüência de atividades Terapêuticas dentro do hospital	
12. Existência e freqüência de atividades fora do hospital	



13. Sabe nomear os profissionais que o atendem?	
---	--

Avaliador:

Data da Entrevista:

Comentários do(s) Usuário(s):

10

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL/DAPE  
COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO - DERAC  
PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH/PSIQUIATRIA**

**FORMULÁRIO/PLANILHA DE AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS - COM ALTA NOS ÚLTIMOS 7 DIAS**

**ANEXO D**

QUESTÕES TIPO A

ENTREVISTADOR: Marque na coluna de cada usuário, o número da escala de satisfação respondido (de 1 a 10) – marcar zero quando o paciente não souber responder ao quesito.

CNES:

CNPJ DO HOSPITAL:

Nome do hospital:

Código do Município: Sigla da UF:

Data da vistoria: Data de envio dos resultados pela INTERNET:

QUESITOS	RESPOSTA USUÁRIO (MARCAR DE 0 A 10)
Indique o grau de satisfação percebido quanto a:	
1. Limpeza e condições das instalações físicas (quarto, banheiro, corredores, pátio, sala de estar, refeitório, consultório, etc.)	
2. Disponibilidade, educação, respeito e presteza no atendimento da equipe com o usuário.	
2.1. Médicos e plantonistas	
2.2. Psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais	
2.3. Equipe de enfermagem	
2.4. Funcionários da limpeza	
3. Horários reservados para:	
3.1. refeições	
3.2. higiene pessoal	
3.3. limpeza do hospital	
3.4. atendimento médico	
3.5. atendimento do psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional	
4. Tempo de duração e freqüência dos atendimentos realizados pela equipe	
4.1. Médicos	
4.2. Psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais	
5. Explicação, pelo médico, sobre a doença, tratamento que será realizado, efeitos colaterais e riscos.	
6. Limpeza e freqüência de troca das roupas de cama e banho	

7. Limpeza e freqüência de troca das roupas pessoais	
8. Sabor, temperatura e quantidade das refeições	
9. Disponibilidade para acesso ao telefone	
10. Tempo de duração e freqüência das visitas	
11. Existência e freqüência de atividades terapêuticas dentro do hospital	
12. Existência e freqüência de atividades fora do hospital	
13. Qualidade do trabalho de alta desenvolvido pela equipe	
14. Sabe nomear os profissionais que o atendem?	

Avaliador:

Data da Entrevista:

Comentários do(s) Usuário(s):

11

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL/DAPE  
COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO - DERAC  
PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH/PSIQUIATRIA**

INFORMAÇÕES E DOCUMENTOS A SEREM SOLICITADOS AOS HOSPITAIS  
PSIQUIÁTRICOS

1. Lista dos pacientes de alta nos últimos 7 dias, que ainda se encontram no hospital; caso não existam pacientes nesta situação, solicitar lista de pacientes em condições de alta ou em preparo de alta.
2. Listados pacientes internados há mais de 1 ano, ininterruptamente.
3. Projeto Terapêutico escrito.
4. Formulário para encaminhamento ambulatorial.
5. Formulário de Consentimento Informado para ECT e/ou psicocirurgia (caso realizem ou encaminhem) e livro de controle com nome dos pacientes, quantidade e freqüência de sessões de ECT.
6. Ata de reuniões de equipe, de familiares e de usuários.
7. Tempo Médio de Permanência (verificar se estão incluídos todos os pacientes internados, inclusive os de longa permanência).
8. Lista de Recursos Humanos divididos por categoria profissional, local de lotação e documentos oficiais do Setor de Pessoal (escala de serviço, data de contratação, horário de trabalho, folha de ponto, relatório de plantão).
9. Livro de Registro de Enfermagem.
10. Formulário da Comunicação de Internação Involuntária.
11. Cópia do Certificado de desinsetização e desratização.
12. Cópia do Laudo de potabilidade da água.
13. Cópia do Certificado de limpeza dos reservatórios de água.
14. Cópia do Certificado de responsabilidade técnica (médico, enfermeiro e nutrição).
15. Licença do hospital (última renovação).
16. Licença da farmácia (última renovação).
17. Livro da CCIH e outras comissões.



ATO Portaria nº 251/GM, Em 31 de janeiro de 2002.

Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.

##TEX O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando as determinações da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, além das recomendações do grupo de trabalho constituído pela Portaria SAS/MS nº 395, de 25 de setembro de 2001, e tendo em vista a necessidade de atualização e revisão das portarias 224, de 29 de janeiro de 1992, 088, de 21 de julho de 1993 e 147, de 25 de agosto de 1994, resolve:

Art. 1º - Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, as diretrizes e normas para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria no Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º - Estabelecer a seguinte classificação para os hospitais psiquiátricos integrantes da rede do SUS, apurada pelos indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria e o número de leitos do hospital, constante do atual cadastro do Ministério da Saúde.

CLASSE	PONTUAÇÃO NO PNASH	NÚMERO DE LEITOS
--------	-----------------------	---------------------

I	81 – 100 %	20 – 80
II	61 – 80 %	20 – 80
	81 – 100 %	81 – 120
III	61 – 80%	81 – 120
	81 – 100 %	121 – 160
IV	61 – 80 %	121 – 160
	81 – 100 %	161 – 200
V	61 – 80 %	161 – 200
	81 – 100 %	201 – 240
VI	61 – 80 %	201 – 240
	81 – 100 %	241 – 400
VII	61 – 80 %	241 – 400
	81 – 100 %	Acima de 400
VIII	61 –80%	Acima de 400

Art. 3º - Estabelecer que os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS deverão ser avaliados por meio do PNASH/Psiquiatria, no período de janeiro a maio de 2002, pelos Grupos Técnicos de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental das Secretarias Estaduais – Portaria GM/MS nº 799, podendo contar com outros profissionais convocados por decisão do gestor local.

Art 4º– Estabelecer o prazo de 90 (noventa) dias, a contar do resultado da avaliação realizada, conforme determinado no Artigo 3º desta Portaria, para a reavaliação dos hospitais que obtiverem pontuação equivalente a 40-60% do PNASH, para verificação da adequação ao índice mínimo de 61%, necessário à sua classificação

como hospital psiquiátrico no SUS;

Parágrafo único - Os hospitais que obtiverem índice inferior a 40% do PNASH, assim como os hospitais que não alcançarem o índice mínimo de 61% do PNASH, após o processo de reavaliação, não serão classificados conforme o estabelecido nesta Portaria.

Art. 5º. Determinar que, após a reavaliação, de que trata o Artigo 4º, desta Portaria, o gestor local deverá adotar as providências necessárias para a suspensão de novas internações e a substituição planejada do atendimento aos pacientes dos hospitais que não obtiveram pontuação suficiente para a sua classificação.

Parágrafo único – O gestor local, em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde, elaborará um projeto técnico para a substituição do atendimento aos pacientes dos hospitais não classificados, preferencialmente em serviços extra-hospitalares, determinando o seu descredenciamento do Sistema.

Art. 6º - Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde que promova a atualização dos procedimentos de atendimento em psiquiatria, de acordo com a classificação definida nesta Portaria, em substituição ao estabelecido na Portaria GM/MS Nº 469, de 03 de abril de 2001.

Art 7º - Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde/SAS/MS inclua, na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde/SIH-SUS, procedimento específico para o processamento das Autorizações de Internação Hospitalar/AIH dos hospitais não classificados de acordo com os indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH/Psiquiatria, até a transferência de todos os pacientes para outras unidades hospitalares ou serviços extra-hospitalares, definidas pelo gestor local do SUS.

Art. 8º - Determinar que é atribuição intransferível do gestor local do Sistema Único de Saúde estabelecer o limite das internações

em psiquiatria e o controle da porta de entrada das internações hospitalares, estabelecendo instrumentos e mecanismos específicos e resolutivos de atendimento nas situações de urgência/emergência, preferencialmente em serviços extra-hospitalares ou na rede hospitalar não especializada.

§ 1º. Para a organização da porta de entrada, devem ser seguidas as recomendações contidas no MANUAL DO GESTOR PARA ATENDIMENTO TERRITORIAL EM SAÚDE MENTAL, instituído pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001.

§ 2º. O número mensal de internações e o limite de internações para cada município ou região, estimadas de acordo com as metas estabelecidas, deverão constar do Plano Diretor de Regionalização/PDR, definido pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001.

Art. 9º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, com aplicação dos seus efeitos a partir da competência julho de 2002, revogando-se as disposições em contrário .

##ASS JOSÉ SERRA

ANEXO

## ASSISTÊNCIA HOSPITALAR EM PSIQUIATRIA NO SUS

### 1. DIRETRIZES:

- Consolidar a implantação do modelo de atenção comunitário, de base extra-hospitalar, articulado em rede diversificada de serviços territoriais, capazes de permanentemente promover a integração social e assegurar os direitos dos pacientes;

- Organizar serviços com base nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- Garantir a diversidade dos métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- Assegurar a continuidade da atenção nos vários níveis;
- Assegurar a multiprofissionalidade na prestação de serviços
- Garantir a participação social, desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução.
- Articular-se com os planos diretores de regionalização estabelecidos pela NOAS-SUS 01/2001;
- Definir que os órgãos gestores locais sejam responsáveis pela regulamentação local que couber, das presentes normas, e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

## 2. NORMAS PARA O ATENDIMENTO HOSPITALAR

2.1 Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação.

### 2.2 - Determinações gerais:

2.2.1. o hospital deve articular-se com a rede comunitária de saúde mental, estando a porta-de-entrada do sistema de internação situada no serviço territorial de referência para o hospital;

2.2.2. está proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes);

2.2.3. deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados;



2.2.4. deve haver registro adequado, em prontuário único, dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos nos pacientes, ficando garantida, no mínimo, a seguinte periodicidade:

- profissional médico : 01 vez por semana;
- outros profissionais de nível superior: 01 vez por semana, cada um;
- equipe de enfermagem: anotação diária;

2.3 - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) garantia do atendimento diário ao paciente por, no mínimo, um membro da equipe multiprofissional, de acordo com o projeto terapêutico individual;
- c) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
- d) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em serviço territorial com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), e para residência terapêutica quando indicado, sempre com o objetivo de promover a reintegração social e familiar do paciente e visando prevenir a ocorrência de outras internações;
- f) essas atividades deverão constituir o projeto terapêutico da instituição, definido como o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Inclui o

desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, e compatibiliza a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família. Envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contra-referência que permite o encaminhamento do paciente após a alta, para a continuidade do tratamento. Representa, enfim, a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à assistência prestada. O referido projeto deverá ser apresentado por escrito;

g) desenvolvimento de projeto terapêutico específico para pacientes de longa permanência – aqueles com mais de 01 (um) ano ininterrupto de internação. O projeto deve conter a preparação para o retorno à própria moradia ou a serviços residenciais terapêuticos, ou a outra forma de inserção domiciliar;

h) desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos para pacientes com deficiência física e mental grave e grande dependência;

i) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

2.4 Com vistas a garantir condições físicas adequadas ao atendimento da clientela psiquiátrica internada, deverão ser observados os parâmetros das Normas Específicas referentes à área de engenharia e arquitetura e vigilância sanitária em vigor, Portaria GM/MS Nº 1884, de 11 de novembro de 1994, ou a que vier substituí-la, expedidas pelo Ministério da Saúde.

2.5 O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar 1 enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m<sup>2</sup>/leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital, com camas “Fowler”, oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador, nebulizador e bandeja ou carro de parada, e ainda:

- sala da curativo ou, na inexistência desta, 01 carro de curativo para cada 03 postos de enfermagem ou fração;

- área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída.

2.6 O hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40 m<sup>2</sup>, mais 20m<sup>2</sup> para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

## 2.7 .Recursos Humanos

Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com, no mínimo:

- 01 médico plantonista nas 24 horas;
- 01 enfermeiro das 19:00 às 7:00 H, para cada 240 leitos;

E ainda:

• Para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 04 dias, um médico psiquiatra e um enfermeiro.

• Para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 04 dias, os seguintes profissionais:

- 01 assistente social;
- 01 terapeuta ocupacional;
- 01 psicólogo;

- 04 auxiliares de enfermagem para cada 40 leitos, com cobertura nas 24 horas.

E ainda:

- 01 clínico geral para cada 120 pacientes;
- 01 nutricionista e 01 farmacêutico.

O psiquiatra plantonista poderá, também, compor uma das equipes básicas como psiquiatra assistente, desde que, além de seu horário de plantonista cumpra 15 horas semanais em, pelo menos três outros dias da semana.

A composição dos recursos humanos deve garantir a continuidade do quantitativo necessário em situações de férias, licenças e outros eventos.

## Questionário – Assistência à Saúde de Mulheres nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

### BLOCO I - Informações Básicas

Unidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Diretor: \_\_\_\_\_

Data da aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### BLOCO II - Informações sobre o Espaço Físico e Rotina

1. Quantas mulheres estão internadas na Unidade? \_\_\_\_\_

2. Quantos homens estão internados na Unidade? \_\_\_\_\_

3. Quantas mulheres tem diagnóstico de esquizofrenia? \_\_\_\_\_

4. Existe diferença no tratamento para mulheres com esquizofrenia? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

5. Existe separação entre homens e mulheres na unidade? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

6. Qual o número de enfermarias de mulheres na unidade? \_\_\_\_\_

7. As enfermarias são divididas por quartos? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

8. Qual é o número de mulheres por quarto? \_\_\_\_\_

9. Os banheiros têm portas individuais para sanitários? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

10. Os banheiros têm portas individuais para chuveiros? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

11. As mulheres tem horários marcados para alimentação 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

12. As mulheres são livres para escolher a hora que comem? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

13. Quantas refeições são oferecidas por dia? \_\_\_\_\_

14. As mulheres têm horários marcados para banho corporal 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

15. Podem tomar banho fora do horário determinado? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

16. Qual é a periodicidade dos banhos?

1. ( ) 1 vez ao Dia 2. ( ) Diário, quantas vezes forem necessárias 3. ( ) Não é diário

17. As mulheres têm horários marcados para o banho de sol? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

18. Podem tomar banho de sol fora do horário determinado? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

19. Qual é a periodicidade dos banhos de sol?

1. ( ) 1 vez ao Dia 2. ( ) Diário, quantas vezes quiserem 3. ( ) Não é diário

20. As mulheres têm horários marcados para ida ao pátio? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

21. Qual é a periodicidade das idas ao pátio?

1. ( ) 1 vez ao Dia 2. ( ) Diário, quantas vezes quiserem 3. ( ) Não é diário

22. As mulheres têm horários marcado para outras atividades (oficinas/atividades físicas/extra-hospitalares)

1. ( ) Sim 2. ( ) Não

23. As mulheres são livres para escolher o que querem fazer? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

24. Mulheres dependentes ou acamadas tem acesso à higiene corporal diariamente?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não se aplica (não tem nenhuma mulher nessa situação)

Se sim, Quantas vezes por dia? \_\_\_\_\_

Se não qual a frequência? \_\_\_\_\_



7. Enfermeiro	( ) Sim	Quantos: _____	( ) Não
8. Técnico de Enfermagem	( ) Sim	Quantos: _____	( ) Não
9. Auxiliar de Enfermagem	( ) Sim	Quantos: _____	( ) Não
10. Psicólogo	( ) Sim	Quantos: _____	( ) Não
11. Assistente Social	( ) Sim	Quantos: _____	( ) Não
12. Terapeuta Ocupacional	( ) Sim	Quantos: _____	( ) Não
13. Educador Físico	( ) Sim	Quantos: _____	( ) Não
14. Pedagogo	( ) Sim	Quantos: _____	( ) Não
15. Fisioterapeuta	( ) Sim	Quantos: _____	( ) Não
16. Prof. de artes/Artista Plástico (teatro, dança, pintura)	( ) Sim	Quantos: _____	( ) Não

2. As mulheres podem consultar o psiquiatra:

1. ( ) Sim, livremente em horários não definidos    2. ( ) Não, os profissionais definem quando farão os atendimentos

3. As mulheres podem consultar os outros profissionais (listados acima)

1. ( ) Sim, livremente em horários não definidos    2. ( ) Não, os profissionais definem quando farão os atendimentos

4. A medicação psicotrópica é fornecida:

1. ( ) apenas pela unidade    2. ( ) apenas pela paciente ou família    3. ( ) pela paciente ou família e unidade  
4. ( ) outra forma: \_\_\_\_\_

5. A medicação disponibilizada é:

1. ( ) Limitada a alguns tipos de medicamentos    2. ( ) Não há limitação de tipos de medicações prescritas e disponibilizadas

6. As mulheres fazem psicoterapia/terapia (individual ou grupo)?

1. ( ) Sim    2. ( ) Não

7. Tratamentos não medicamentosos:

7.1. Tem Eletroconvulsoterapia?

1. ( ) Sim    2. ( ) Não

7.2. Se sim, é realizada com anestesia?

1. ( ) Sim, em todos os casos    2. ( ) Sim, na maior parte dos casos    3. ( ) Não

7.3. A eletroconvulsoterapia é realizada com consentimento das pacientes?

1. ( ) Sim, em todos os casos    2. ( ) Sim, na maior parte dos casos    3. ( ) Não

7.4. Isolamento

1. ( ) Sim    2. ( ) Não

7.5. A unidade conta com espaços de isolamento?

1. ( ) Sim    2. ( ) Não

7.6. Os isolamentos são registrados?

1. ( ) Sim    2. ( ) Não

7.7. Isolamento é usado como punição?

1. ( ) Sim    2. ( ) Não

7.8 A contenção é usada em caso de agitação psicomotora?

1. ( ) Sim, em todos os casos    2. ( ) Sim, na maior parte dos casos    3. ( ) Não

7.9. A contenção é registrada?

1. ( ) Sim    2. ( ) Não

7.10. A contenção é usada como punição?

1. ( ) Sim    2. ( ) Não

8. A unidade conta com algum programa de suporte para alta progressiva?

1. ( ) Sim    2. ( ) Não

**BLOCO IV**

1. Houve óbito nos últimos doze meses?

1. ( ) Sim    2. ( ) Não

Se sim, quantas mulheres? \_\_\_\_\_ Quantos homens? \_\_\_\_\_

2. Houve suicídio nos últimos doze meses?

1. ( ) Sim    2. ( ) Não

Se sim, quantos mulheres? \_\_\_\_\_ Quantos homens? \_\_\_\_\_

3. Houve homicídios nos últimos doze meses?

1. ( ) Sim

2. ( ) Não.

Se sim, quantas mulheres? \_\_\_\_\_ Quantos homens? \_\_\_\_\_

4. Houve transferências para outros hospitais psiquiátricos ou clínicas psiquiátricas nos últimos doze meses?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não .

Se sim, quantas mulheres? \_\_\_\_\_ Quantos homens? \_\_\_\_\_

5. Houve tentativa de fuga/evasão nos últimos doze meses?

1. ( ) Sim

2. ( ) Não

Se sim, quantas mulheres cometeram homicídios? \_\_\_\_\_ Quantos homens cometeram homicídios? \_\_\_\_\_

6. Houve relato ou registro de abuso ou violência sexual de pacientes nos últimos doze meses?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não



## Schizophrenia Patient Outcomes Research Team

### Recomendações de Tratamento

A partir de 1992 a Agência de Política de Saúde e Pesquisa (AHCPR) e o Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA passou a financiar o PORT (Pacientes Resultado Pesquisa Time) para desenvolver e disseminar as recomendações para o tratamento da esquizofrenia com base na evidência científica existente.

As recomendações abordam:

- 1- agentes antipsicóticos
- 2- farmacoterapia adjuvante
- 3- eletroconvulsoterapia
- 4- intervenções psicológicas
- 5- intervenções familiares
- 6- reabilitação profissional
- 7- tratamento assertivo na comunidade/case intensivo de gestão

Farmacoterapia – Tratamento de episódios agudos

**Recomendação 1:** Os antipsicóticos, exceto a Clozapina, devem ser usados como primeira linha do tratamento para reduzir os sintomas para aqueles pacientes que experimentam um episódio agudo de esquizofrenia (alucinações, delírios, pensamento desorganizado, comportamento bizarro etc.)

**Recomendação 2:** Dosagem mínima do antipsicótico (300 a 1000 mg de Clorpromazina equivalente) devem ser usados por 6 semanas.

**Recomendação 3:** Pessoas com sintomas agudos de esquizofrenia devem ser tratadas com antipsicóticos diferentes da Clozapina e a dose deve ser mantida na extremidade inferior da recomendação (300 a 500mg de Clorpromazina equivalente/dia).

**Recomendação 4:** Doses maciças de medicamentos antipsicóticos conhecido como “neuroleptização rápida” não deve ser utilizada.

**Recomendação 7:** O uso profilático de agentes anti-parkinsonianos para reduzir os efeitos colaterais extrapiramidais deve ser determinada caso a caso (naquelas com história anterior de sintomas extra-piramidais, naquelas com paranoias ou delírios somáticos etc)

## Manutenção da Farmacoterapia

**Recomendação 8:** Pessoas que respondem aos antipsicóticos na fase aguda devem manter o medicamento por pelo menos 1 ano para estabilização dos sintomas ou para evitar recorrência.

**Recomendação 5:** Uma vez que os estudos não encontraram eficácia superior de qualquer medicamento antipsicótico, exceto a Clozapina no tratamento de pacientes refratários, a escolha da medicação deve ser feita para cada paciente individualmente (considerar efeitos colaterais, plano de tratamento a longo prazo etc)

**Recomendação 6:** A monitorização dos níveis plasmáticos dos medicamentos deve ser feita nas seguintes situações: a- quando os pacientes não respondem à medicação em dose adequada;

b- quando é difícil diferenciar efeitos colaterais daqueles próprios da esquizofrenia;

c- quando o antipsicótico é combinado com outra droga que pode afetar sua farmacocinética;

d- nos muito jovens ou idosos onde a farmacocinética pode ser alterada

e- quando há suspeita de descumprimento

**Recomendação 9:** A dose de manutenção deve estar no intervalo de 300 a 600mg equivalente de Clorpromazina. Se a dose inicial exceder essa faixa devem ser feitos esforços para reduzir gradualmente. A dose de manutenção deve estar no último nível em que os sintomas foram bem controlados. As doses em excesso de 600mg de Clorpromazina/equivalente/dia devem ser evitadas.

**Recomendação 10:** Reavaliação do nível

De dosagem ou a necessidade de terapia antipsicótica de manutenção deve ser contínua

**Recomendação 11:** Estratégias de manutenção intermitente da dose não devem ser utilizadas rotineiramente em vez de regime de dose contínua.

**Recomendação 12:** Terapia de depósito com antipsicóticos devem ser consideradas para as pessoas que tem dificuldade em manter medicação oral ou para aqueles que preferem o regime de depósito.

**Recomendação 13:** Clozapina deve ser recomendada para pacientes com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo cujo os sintomas agudos não foram controlados com duas classes diferentes de antipsicóticos. Exceto aqueles com história de discrasia sanguínea ou arritmia cardíaca. Até 1996 o conhecimento da drogas abaixo ainda eram restritas: Olanzapina, Quetiapina, Sertin-Dole e Ziprasidona.

**Recomendação 14:** Tratamento com Clozapina deve ser recomendado para pacientes com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivos que repetidas vezes apresentam comportamento violento ou sintomas psicóticos persistentes e que não responderam a pelo menos dois diferentes medicamentos antipsicóticos.

**Recomendação 15:** Clozapina deve ser recomendada para pacientes que necessitam terapia antipsicótica, mas que apresentam efeitos colaterais intoleráveis a outros agentes.

**Recomendação 16:** Pacientes que respondem bem aos antipsicóticos convencionais, mas que apresentam efeitos colaterais do tipo sinais extra-piramidais e que não respondem aos anti-parkinsonianos devem receber Risperidona

#### Farmacoterapia adjuvante

**Recomendação 17:** Pacientes que apresentam sintomas significativos e persistentes de depressão, ansiedade ou agressividade, associado aos sinais da esquizofrenia, e apesar da resposta aos antipsicóticos devem receber terapia adjuvante:

ansiedade- Propranolol ou Benzodiazepínico

depressão- anti-depressivo

agressividade ou mania- Litio, Benzodiazepínicos ou Carbamazepina

**Recomendação 18:** Pacientes que apresentam persistência dos sintomas agudos apesar da terapia antipsicótica, incluindo Clozapina e Risperidona, devem receber medicação adjuvante, conforme recomendação 17.

#### Eletroconvulsoterapia

**Recomendação 19:** Nos pacientes que não respondem a terapia antipsicótica deve ser considerada a ECT isoladamente ou em combinação com antipsicótico

- a- se a pessoa está doente há menos de 1 ano ou se há mais de 1 ano e está na fase de exacerbação aguda
- b- predomínio de sintomas catatônicos

**Recomendação 20:** A “dosagem” de ECT deve ser comparável a utilizada para pacientes com perturbações afetivas (12 em geral)

**Recomendação 21:** Formas regressivas de ECT não são recomendadas

#### Tratamentos psicológicos

**Recomendação 22:** Psicoterapias individuais ou em grupo que usam os modelos psicodinâmicos (inconsciente, transferência, regressão, psicanálise) não devem ser utilizados

**Recomendação 23:** Terapias individuais ou em grupo que empregam a combinação bem especificada de apoio, educação e habilidades comportamentais e cognitivas devem ser empregadas inclusive para melhorar outros problemas associados como o descumprimento da medicação.

#### Tratamentos em família

**Recomendação 24:** Pacientes que tem contato com suas famílias devem receber intervenção psicossocial familiar com intenção de educação familiar sobre a doença, apoio familiar, intervenção em crise e treinamento na habilidade de resolução de problemas, deve ser estendido para cuidadores não familiares.

**Recomendação 25:** As intervenções familiares não devem ser restritas aos pacientes cujas famílias tem alto nível de envolvimento

**Recomendação 26:** Não há nada que prove vínculos causais entre disfunção familiar e etiologia da esquizofrenia, portanto terapias concebidas a partir dessa premissa não são fundadas.

#### Reabilitação Profissional

**Recomendação 27:** Pessoas com quaisquer características seguintes devem receber serviços de formação profissional

- a- tem o trabalho como objetivo pessoal
- b- tem histórico de trabalho prévio
- c- tem mínima história de internações psiquiátricas
- d- após avaliação, apresenta boas habilidades para o trabalho

**Recomendação 28:** A gama de profissionais e serviços disponíveis em um sistema de atendimento para pessoas com esquizofrenia deve incluir

- a- formação profissional
- b- trabalho de transição
- c- suporte no trabalho
- d- aconselhamento profissional e serviços de educação

**Recomendação 29:** Pessoas com esquizofrenia incapacitante que tem alto risco de interrupção do tratamento ou de crises repetidas exigem acompanhamento clínico, reabilitação e serviços sociais para atender suas necessidades.

**Recomendação 30:** A recomendação 29 deve ser direcionada para os pacientes que não respondem as práticas tradicionais de serviços.

As recomendações formam uma base para disseminação do conhecimento e prática e permitem avaliar práticas atuais já que é baseada em evidências científicas. Servem também para destacar o que não é sabido.

### **PORT - Atualização 2009**

As recomendações permanecem as mesmas acrescidas ou modificadas da seguinte maneira:

- 1- Até revisão anterior somente a Clozapina era entendida como droga que não deveria ser usada como primeira escolha. Nessa revisão acrescenta-se a Olanzapina
- 2- Inclui-se drogas como: Aripripazol, Paliperidone, Quetiapina e Ziprasidona
- 3- Entram os depósitos com injetáveis de longa duração
- 4- Intervenção para cessação tabágica: pessoas com esquizofrenia que queiram reduzir o consumo de cigarros deverão receber tratamento com Bupropiona com ou sem reposição de nicotina.

Referências Esse texto é uma tradução feita por mim da referência abaixo

[Initial Results from the \*\*Schizophrenia PORT\*\* Client Survey \(continued\)](http://www.ahrq.gov/clinic/schzrec.htm)

[www.ahrq.gov/clinic/schzrec.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/schzrec.htm)

[The \*\*Schizophrenia Patient Outcomes Research Team \(PORT\)\*\*](http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/24/1/1.full.pdf)

[schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/24/1/1.full.pdf](http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/24/1/1.full.pdf)



**QualityRights**

# WHO QualityRights Tool Kit

Assessing and improving quality  
and human rights in mental  
health and social care facilities

Facility-based  
assessment report



**World Health  
Organization**

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

**WHO qualityrights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities.**

1.Mental health. 2.Mental health services - standards. 3.Human rights. 4.Quality of health care.  
5.National health programs I.World Health Organization.

ISBN 978 92 4 154841 0

(NLM classification: WM 30)

**© World Health Organization 2012**

All rights reserved. Publications of the World Health Organization are available on [the WHO web site \(www.who.int\)](http://www.who.int) or can be purchased from WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)).

Requests for permission to reproduce or translate WHO publications – whether for sale or for noncommercial distribution – should be addressed to WHO Press through the WHO web site ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

**Preferred citation:**

*WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities.* Geneva, World Health Organization, 2012.



## Instructions for completing a report

This reporting form was designed to help the assessment committee document systematically the extent to which each of the five themes was realized in a specific mental health facility. It is designed to guide and orient the assessment team in reporting their findings for a particular facility, but it is not prescriptive: certain elements may be added, omitted, reorganized or reformatted, according to the facility assessed and the requirements of the assessment team.

The report has five sections:

**Executive summary:** An overview of the purpose, methods, results and recommendations of the assessment conducted in the facility

**Methodology:** An overview of the evaluation, scoring, assessment and reporting on the facility

**Results:** Tables of the results of scoring the facility on the basis of interviews, review of documentation and observation

The tables given in this report facilitate scoring of the themes in terms of five levels of achievement:

Level of achievement	Description
Achieved in full (A/F)	There is evidence that the criterion, standard or theme has been fully realized.
Achieved partially (A/P)	There is evidence that the criterion, standard or theme has been realized, but some improvement is necessary.
Achievement initiated (A/I)	There is evidence that steps have been taken to fulfil the criterion, standard or theme, but significant improvement is necessary.
Not initiated (N/I)	There is no evidence of attempts or steps towards fulfilling the criterion, standard or theme.
Not applicable (N/A)	The criterion, standard or theme does not apply to the facility in question (e.g. rating sleeping quarters for outpatient or day treatment facilities).

The assessment team should begin by assessing the criteria on which standards are scored after informed, deliberative discussion and consensus, from the interviews, the document review and observations by members of the team. Once the team has agreed on the score for each criterion under a standard, these are collectively subjectively weighted and averaged to derive the score for that particular standard. The team should bear in mind that there is no mathematical formula for combining criteria scores for a standard, as there are various combinations of scores, and the score might depend on subjective weighting of certain criteria.

**Discussion:** A comprehensive discussion of the findings of the assessment team, to accompany and complement the results scoring section. This will give explanations for the rankings and provide a more thorough analysis of what was found, including details of good and bad practices. It will usually include direct quotations of what people have said and provide a nuanced, qualitative view of the findings.

**Conclusions and recommendations:** The main conclusions reached by the team, including any violations of human rights in the facility and any good practice that was noted. It also lists recommendations and suggests next steps.

Throughout the document, comparisons are to be made with a general health facility of the same or a similar category, which will have been assessed and scored by each member of the assessment team in order to provide a valid comparison against which to measure mental health facilities and to reduce subjectivity both within and across assessment groups when country-wide results are collated.

## **ACKNOWLEDGEMENTS**

The principal authors of the tool kit were Michelle Funk and Natalie Drew, Mental Health Policy and Service Development, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization (WHO), Geneva, Switzerland.

### **Technical guidance and reviews were provided by:**

- Melvyn Freeman, National Department of Health, South Africa
- Achmat Moosa Salie, World Network of Users and Survivors of Psychiatry, Ubuntu Centre South Africa, Cape Town, South Africa
- Anne Marie Robb, Ubuntu Centre South Africa, South Africa
- Judith Cohen, South African Human Rights Commission, South Africa
- Christine Ogaranko, Canada
- J. Ramón Quirós, Ministry of Health and Health Care, Principality of Asturias' Government, Spain
- Japheth Ogamba Makana, MindFreedom, Kenya
- Sawsan Najjir, MindFreedom, Kenya
- Charlene Sunkel, Gauteng Consumer Advocacy Movement; Chairperson, South African Mental Health Advocacy Movement, South Africa
- Sylvester Katontoka, Mental Health Users Network of Zambia
- Tomás Lopéz Corominas, Hierbabuena, Oviedo Association for Mental Health, Spain
- Helena Nygren Krug, WHO, Geneva, Switzerland
- Gemma Griffin, Mental Health and Addiction, Southern District Health Board, New Zealand
- Shekhar Saxena, WHO, Geneva, Switzerland
- David Crepaz-Keay, Mental Health Foundation, United Kingdom
- Javier Vasquez, WHO Regional Office for the Americas, Washington DC, United States
- Jose Miguel Caldas de Almeida, Faculty of Medical Sciences, New University of Lisbon, Portugal
- Soumitra Pathare, Ruby Hall Clinic, Pune, India
- Benedetto Saraceno, University Nova of Lisbon, Portugal; Global Initiative on Psychiatry, The Netherlands

### **We also wish to thank the following people for their expert opinion and technical input:**

- Victor Aparicio, WHO Subregional Office, Panama
- Gunilla Backman, London School of Hygiene and Tropical Medicine, United Kingdom
- Laurent Benedetti, University of Massachusetts Medical School, United States
- Laura Bennett, Severn Deanery School of Psychiatry, United Kingdom
- Benjamin E. Berkman, Department of Bioethics, National Institutes of Health, United States
- Mrs Barbara Bernath, Association for the Prevention of Torture, Switzerland
- Andrea Bruni, WHO Country Office, Ethiopia
- Judith Bueno de Mesquita, University of Essex Law School, Colchester, United Kingdom
- Vijay Chandra, WHO Regional Office for South-East Asia, New Delhi, India
- Hugo Cohen, WHO Subregional Office, Argentina
- Sebastiana Da Gama Nkomo, WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, Republic of the Congo
- Julian Eaton, CBM West Africa Regional Office, Togo
- Marta Ferraz, National Programme for Mental Health, Ministry of Health, Portugal
- Lance Gable, Wayne State University Law School, Detroit, Michigan, United States
- Amelia Concepción González López, Public Health and Participation, Principality of Asturias, Spain
- Lawrence Gostin, O'Neill Institute for National and Global Health Law, Georgetown University, Washington DC, United States
- Paul Hunt, University of Essex Human Rights Centre, Colchester, United Kingdom
- Shadi Jaber, Mental Health Families and Friends Society, West Bank and Gaza Strip
- Jan Paul Kwasiq, Orygen Youth Health, Melbourne, Australia

- Caroline Fei-Yeng Kwok, Canada
- Oliver Lewis, Mental Disability Advocacy Centre, Budapest, Hungary
- Aiysha Malik, University of Oxford, United Kingdom
- Angélica Monreal, National Commission for the Protection of People with Mental Illnesses, Chile
- Maristela Monteiro, WHO Regional Office for the Americas, Washington DC, United States
- Matthijs Muijen, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark
- Jamil Nassif, Salfit Community Mental Health Center, Ministry of Health, West Bank and Gaza Strip
- Alana Officer, WHO, Geneva, Switzerland
- Ionela Petrea, Trimbos Institute WHO Collaborating Centre, The Netherlands
- Matt Pollard, Association for the Prevention of Torture, Geneva, Switzerland
- Jorge Rodriguez, WHO Regional Office for the Americas, Washington DC, United States
- Diana Rose, Institute of Psychiatry, King's College London, United Kingdom
- Khalid Saeed, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo, Egypt
- Tom Shakespeare, WHO, Geneva, Switzerland
- Jessica Sinclair, Maxwell Stamp PLC, United Kingdom
- Sarah Skeen, WHO, Geneva, Switzerland
- Peter Stastny, Global Mental Health Program/RedeAmericas, Columbia University, New York City, United States
- Kanna Sugiura, WHO, Geneva, Switzerland
- Ezra Susser, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York City, United States
- Stephen Tang, Australian National University, Canberra, Australia
- Graham Thornicroft, Institute of Psychiatry, King's College London, United Kingdom
- Anil Vartak, Schizophrenia Awareness Association, Pune, India
- Henrik Wahlberg, Stockholm County Council, Centre for Transcultural Psychiatry, Stockholm, Sweden
- Simon Walker, Office of the High Commissioner for Human Rights, Geneva, Switzerland
- Xiangdong Wang, WHO Regional Office for the Western Pacific, Manila, Philippines
- Narelle Wickham, Justice Health, Canberra, Australia
- Moody Zaky, Comet General Hospital, Egypt

Administrative and secretarial support: Patricia Robertson

Graphic design and layout: Inis Communication, [www.iniscommunication.com](http://www.iniscommunication.com)

**Financial support from the Government of Spain and Portugal is gratefully acknowledged**

# CONTENTS

Executive summary

Methodology

Results

Theme 1. The right to an adequate standard of living (Article 28 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD))

Theme 2. The right to enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (Article 25 of the CRPD)

Theme 3. The right to exercise legal capacity and the right to personal liberty and security of person (Articles 12 and 14 of the CRPD)

Theme 4. Freedom from torture or cruel, inhuman or degrading treatment or punishment and from exploitation, violence and abuse (Articles 15 and 16 of the CRPD)

Theme 5. The right to live independently and be included in the community (Article 19 of the CRPD)

Discussion

Conclusions and recommendations

## Executive summary

### Purpose

This section should briefly present the content of the report.

### Methods

This section should contain a brief outline of when and how the team was put together, generally what they did and how and a brief description of the visit to the facility (e.g. how many staff, service users and family members, friends or carers<sup>1</sup> were interviewed and the kinds of observations made). This section will be expanded upon in the body of the report.

### Results

A brief overview should be given of the findings for each theme, which may be summarized in a table as follows:

Theme	Rating
Theme 1: The right to an adequate standard of living (Article 28 of the CRPD)	Not applicable (N/A)
Theme 2: The right to enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (Article 25 of the CRPD)	Achieved partially (A/P)
Theme 3: The right to exercise legal capacity and the right to personal liberty and security of person (Articles 12 and 14 of the CRPD)	Not initiated (N/I)
Theme 4: Freedom from torture or cruel, inhuman or degrading treatment or punishment and from exploitation, violence and abuse (Articles 15 and 16 of the CRPD)	Achievement initiated (A/I)
Theme 5: The right to live independently and be included in the community (Article 19 of the CRPD)	Achievement initiated (A/I)

### Discussion

A brief discussion of the above results should be included, with any qualitative findings that illustrate the overall situation in the facility. Quotations and anecdotes may be used sparingly to illustrate broad findings, to be expanded on in the body of the report.

### Conclusions and recommendations

The general human rights situation and the quality of mental health services in the facility can be commented on, and areas in which improvement is recommended should be listed.

---

<sup>1</sup> Throughout this document, the term 'family members' is used to include friends and carers.

## Methodology

This section should comprise a brief outline of the methods used during the assessment process including:

### **Selection, composition, roles and responsibilities of the assessment team**

- how the team was put together
- names and professions
- declarations of interests
- roles allocated to each member and how and why those allocations were made. For example, the team might decide that the service users on the team are best placed to interview other service users.
- any training given to team members, including in human rights, mental health legislation and use of the monitoring tool and of the scoring criteria.

### **Preliminary meeting of the assessment team**

- location and date(s);
- documents reviewed, with a list and notes on any important documents that were unavailable or inexistent;
- whether the facility was monitored previously, with a summary of the relevant findings of that visit; and
- any ethical considerations, including ethics committee approval and consent forms.

### **The visit**

- Preparatory contact with the facility: whether and how much notice was given to the facility and what form such notification took and how the facility responded to the notification
- Location and date of the visit
- The observations that were made and those that were not
- Interviewing:
  - How many staff, service users and family members were interviewed (see sample below). It is important to document any difference between the planned and the actual numbers of interviews conducted, stating why more or fewer interviews were conducted.
  - The process for selecting interviewees
  - Any practical issues, positive and negative, that arose during the interviews. For example, were there appropriate private areas to talk in, and were staff helpful in suggesting appropriate service users to interview?

## Reminder

The numbers of people interviewed depend on the number of service users and staff associated with the facility, the overall size of the facility and the number of units it comprises. For example:

- If only six service users receive services from a facility, all of them (100%) should be interviewed.
- If there are 16 service users, a minimum of eight (50%) should be interviewed.
- If there are 40 service users or more, at least 12 (approximately 30%) should be interviewed.
- The number of interviews to be conducted with family members (or friends or carers) can be determined by halving the number of interviews planned with service users. Thus, in the scenarios above, the number of family members to be interviewed would be three (50% of the number of service users), four (50%) and six (50%).
- The numbers of staff to be interviewed can be determined on the basis of the same proportions used for service users

These proportions are only guides. It might be unnecessary to conduct the predetermined number of interviews if the assessment team considers that it has gathered sufficient information to ascertain the quality and human rights conditions of the facility. For example, there is no point in interviewing people if the interviews do not provide important additional information. Therefore, with probable dropouts and withholding of consent, there will often be a difference between the planned and the actual numbers of interviews conducted.

It is not mandatory to conduct interviews for general health facilities. Comparisons between mental health and general health facilities can be made based on observation. However, for a more in-depth comparison, interviews may also be conducted for general health facilities using the above proportions as a guide.

## Sample: numbers of interviews to be conducted in an inpatient facility

Name and Location of Facility	No. of Staff	No. of Service Users	Date and time of Visit	Staff Interviews		User Interviews		Family (or friends or carers) Interviews	
				<i>Planned</i>	<i>Conducted</i>	<i>Planned</i>	<i>Conducted</i>	<i>Planned</i>	<i>Conducted</i>
[Facility name and location here]	5	40	8 January 2012 13.00 to 16.00	5	3	12	10	6	4

## Meeting of the committee after a visit

- date and location
- which members were present
- the role of each member, for example, who filled in the quantitative reporting form
- the topics discussed at the meeting
- how scores were determined and how subjectivity was accounted for in scoring

## Results

### Theme 1

#### The right to an adequate standard of living (Article 28 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD))

##### Overall scores:

Mental health services: A/F A/P A/I N/I N/A

*General health services:* A/F A/P A/I N/I N/A

## Standards

1.1 The building is in good physical condition.

Mental health: A/F A/P A/I N/I N/A

*General health:* A/F A/P A/I N/I N/A

1.2 The sleeping conditions of service users are comfortable and allow sufficient privacy.

Mental health: A/F A/P A/I N/I N/A

*General health:* A/F A/P A/I N/I N/A

1.3 The facility meets hygiene and sanitary requirements.

Mental health: A/F A/P A/I N/I N/A

*General health:* A/F A/P A/I N/I N/A

1.4 Service users are given food, safe drinking-water and clothing that meet their needs and preferences.

Mental health: A/F A/P A/I N/I N/A

*General health:* A/F A/P A/I N/I N/A

1.5 Service users can communicate freely, and their right to privacy is respected.

Mental health: A/F A/P A/I N/I N/A

*General health:* A/F A/P A/I N/I N/A

1.6 The facility provides a welcoming, comfortable, stimulating environment conducive to active participation and interaction.

Mental health: A/F A/P A/I N/I N/A

*General health:* A/F A/P A/I N/I N/A

1.7 Service users can enjoy fulfilling social and personal lives and remain engaged in community life and activities.

Mental health: A/F A/P A/I N/I N/A

*General health:* A/F A/P A/I N/I N/A



## Theme 1, standard 1.1

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 1.1. The building is in good physical condition. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 1.1.1. The building is in a good state of repair (e.g. windows are not broken, paint is not peeling from the walls).	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 1.1.2. The building is accessible for people with physical disabilities.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 1.1.3. The building's lighting (artificial and natural), heating and ventilation provide a comfortable living environment.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 1.1.4. Measures are in place to protect people against injury through fire.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	

## Theme 1, standard 1.2

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 1.2. The sleeping conditions of service users are comfortable and allow sufficient privacy. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 1.2.1. The sleeping quarters provide sufficient living space per service user and are not overcrowded.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 1.2.2. Men and women as well as children and older persons have separate sleeping quarters.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 1.2.3. Service users are free to choose when to get up and when to go to bed.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 1.2.4. The sleeping quarters allow for the privacy of service users.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 1.2.5. Sufficient numbers of clean	A/F		A/F	

blankets and bedding are available to service users.	A/P	A/P
	A/I	A/I
	N/I	N/I
	N/A	N/A
Criterion 1.2.6. Service users can keep personal belongings and have adequate lockable space to store them.	A/F	A/F
	A/P	A/P
	A/I	A/I
	N/I	N/I
	N/A	N/A

---

## Theme 1, standard 1.3

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 1.3. The facility meets hygiene and sanitary requirements. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 1.3.1. The bathing and toilet facilities are clean and working properly.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 1.3.2. The bathing and toilet facilities allow privacy, and there are separate facilities for men and women.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 1.3.3. Service users have regular access to bathing and toilet facilities.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 1.3.4. The bathing and toileting needs of service users who are bedridden or who have impaired mobility or other physical disabilities are accommodated.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	

## Theme 1, Standard 1.4

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 1.4. Service users are given food, safe drinking-water and clothing that meet their needs and preferences. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 1.4.1. Food and safe drinking-water are available in sufficient quantities, are of good quality and meet with the service user's cultural preferences and physical health requirements.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 1.4.2. Food is prepared and served under satisfactory conditions, and eating areas are culturally appropriate and reflect the eating arrangements in the community.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 1.4.3. Service users can wear their own clothing and shoes (day wear and night wear).	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 1.4.4. When service users do not have their own clothing, good-quality clothing is provided that meets the person's cultural preferences and is suitable for the climate.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	

## Theme 1, Standard 1.5

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 1.5. Service users can communicate freely, and their right to privacy is respected. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	

### *Criteria and actions required to achieve this standard*

Criterion 1.5.1. Telephones, letters, e-mails and the Internet are freely available to service users, without censorship.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 1.5.2. Service users' privacy in communications is respected.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 1.5.3. Service users can communicate in the language of their choice, and the facility provides support (e.g. translators) to ensure that the service users can express their needs.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 1.5.4. Service users can receive visitors, choose who they want to see and participate in visits at any reasonable time.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	

Criterion 1.5.5. Service users can move freely around the facility.

A/F  
A/P  
A/I  
N/I  
N/A

A/F  
A/P  
A/I  
N/I  
N/A

---

## Theme 1, Standard 1.6

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 1.6. The facility provides a welcoming, comfortable, stimulating environment conducive to active participation and interaction. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 1.6.1. There are ample furnishings, and they are comfortable and in good condition.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 1.6.2. The layout of the facility is conducive to interaction between and among service users, staff and visitors.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 1.6.3. The necessary resources, including equipment, are provided by the facility to ensure that service users have opportunities to interact and participate in leisure activities.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 1.6.4. Rooms within the facility are specifically designated as leisure areas for service users.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	



N/A

N/A

## Theme 1, Standard 1.7

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 1.7. Service users can enjoy fulfilling social and personal lives and remain engaged in community life and activities. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 1.7.1. Service users can interact with other service users, including members of the opposite sex.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 1.7.2. Personal requests, such as to attend weddings or funerals, are facilitated by staff.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 1.7.3. A range of regularly scheduled, organized activities are offered in both the facility and the community that are relevant and age-appropriate.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 1.7.4. Staff provide information to service users about	A/F A/P		A/F A/P	

activities in the community and  
facilitate their access to those activities.

A/I  
N/I  
N/A

A/I  
N/I  
N/A

Criterion 1.7.5. Staff facilitate service  
users' access to entertainment outside  
of the facility, and entertainment from  
the community is brought into the  
facility.

A/F  
A/P  
A/I  
N/I  
N/A

A/F  
A/P  
A/I  
N/I  
N/A

---

## Theme 2

### The right to enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (Article 25 of the CRPD)

#### Overall scores:

Mental health services:	A/F	A/P	A/I	N/I	N/A
<i>General health services:</i>	<i>A/F</i>	<i>A/P</i>	<i>A/I</i>	<i>N/I</i>	<i>N/A</i>

#### Standards

2.1 Facilities are available to everyone who requires treatment and support.

Mental health:	A/F	A/P	A/I	N/I	N/A
<i>General health:</i>	<i>A/F</i>	<i>A/P</i>	<i>A/I</i>	<i>N/I</i>	<i>N/A</i>

2.2 The facility has skilled staff and provides good-quality mental health services.

Mental health:	A/F	A/P	A/I	N/I	N/A
<i>General health:</i>	<i>A/F</i>	<i>A/P</i>	<i>A/I</i>	<i>N/I</i>	<i>N/A</i>

2.3 Treatment, psychosocial rehabilitation and links to support networks and other services are elements of a service user-driven recovery plan and contribute to a service user's ability to live independently in the community.

Mental health:	A/F	A/P	A/I	N/I	N/A
<i>General health:</i>	<i>A/F</i>	<i>A/P</i>	<i>A/I</i>	<i>N/I</i>	<i>N/A</i>

2.4 Psychotropic medication is available, affordable and used appropriately.

Mental health:	A/F	A/P	A/I	N/I	N/A
<i>General health:</i>	<i>A/F</i>	<i>A/P</i>	<i>A/I</i>	<i>N/I</i>	<i>N/A</i>

2.5 Adequate services are available for general and reproductive health.

Mental health:	A/F	A/P	A/I	N/I	N/A
<i>General health:</i>	<i>A/F</i>	<i>A/P</i>	<i>A/I</i>	<i>N/I</i>	<i>N/A</i>

## Theme 2, Standard 2.1

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 2.1. Facilities are available to everyone who requires treatment and support. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 2.1.1. No person is denied access to facilities or treatment on the basis of economic factors or of his or her race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national, ethnic, indigenous or social origin, property, disability, birth, age or other status.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 2.1.2. Everyone who requests mental health treatment receives care in this facility or is referred to another facility where care can be provided.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 2.1.3. No service user is admitted, treated or kept in the facility on the basis of his or her race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national, ethnic, indigenous or social origin, property, disability, birth, age or other status.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	

## Theme 2, Standard 2.2

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 2.2. The facility has skilled staff and provides good-quality mental health services. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 2.2.1. The facility has staff with sufficiently diverse skills to provide counselling, psychosocial rehabilitation, information, education and support to service users and their families, friends or carers, in order to promote independent living and inclusion in the community.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 2.2.2. Staff are knowledgeable about the availability and role of community services and resources to promote independent living and inclusion in the community.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 2.2.3. Service users can consult with a psychiatrist or other specialized mental health staff when they wish to do so.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 2.2.4. Staff in the facility are trained and licensed to prescribe and review psychotropic medication.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	

	N/A	N/A
Criterion 2.2.5. Staff are given training and written information on the rights of persons with mental disabilities and are familiar with international human rights standards, including the CRPD.	A/F A/P A/I N/I N/A	A/F A/P A/I N/I N/A
Criterion 2.2.6. Service users are informed of and have access to mechanisms for expressing their opinions on service provision and improvement.	A/F A/P A/I N/I N/A	A/F A/P A/I N/I N/A

---

## Theme 2, Standard 2.3

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 2.3 Treatment, psychosocial rehabilitation and links to support networks and other services are elements of a service user-driven recovery plan and contribute to a service user's ability to live independently in the community. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 2.3.1. Each service user has a comprehensive, individualized recovery plan that includes his or her social, medical, employment and education goals and objectives for recovery.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 2.3.2. Recovery plans are driven by the service user, reflect his or her choices and preferences for care, are put into effect and are reviewed and updated regularly by the service user and a staff member.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 2.3.3 As part of their recovery plans, service users are encouraged to develop advance directives <sup>2</sup> which specify the treatment and recovery options they wish to have as well as those that they don't, to be used if they are unable to communicate their choices at some point in the	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	

<sup>2</sup> An advance directive is a written document in which a person can specify in advance choices about health care, treatment and recovery options in the event that they are unable to communicate their choices at some point in the future. Advance directives can also include treatment and recovery options that a person *does not* want to have, and as such can help to ensure that they do not receive any intervention against their wishes.

future.

Criterion 2.3.4. Each service user has access to psychosocial programmes for fulfilling the social roles of his or her choice by developing the skills necessary for employment, education or other areas. Skill development is tailored to the person's recovery preferences and may include enhancement of life and self-care skills.

A/F  
A/P  
A/I  
N/I  
N/A

A/F  
A/P  
A/I  
N/I  
N/A

Criterion 2.3.5. Service users are encouraged to establish a social support network and/or maintain contact with members of their network to facilitate independent living in the community. The facility provides assistance in connecting service users with family and friends, in line with their wishes.

A/F  
A/P  
A/I  
N/I  
N/A

A/F  
A/P  
A/I  
N/I  
N/A

Criterion 2.3.6. Facilities link service users with the general health care system, other levels of mental health services, such as secondary care, and services in the community such as grants, housing, employment agencies, day-care centres and assisted residential care.

A/F  
A/P  
A/I  
N/I  
N/A

A/F  
A/P  
A/I  
N/I  
N/A

---



## Theme 2, Standard 2.4

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 2.4. Psychotropic medication is available, affordable and used appropriately. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 2.4.1. The appropriate psychotropic medication (specified in the national essential medicines list) is available at the facility or can be prescribed.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 2.4.2. A constant supply of essential psychotropic medication is available, in sufficient quantities to meet the needs of service users.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 2.4.3. Medication type and dosage are always appropriate for the clinical diagnoses of service users and are reviewed regularly.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 2.4.4. Service users are informed about the purpose of the medications being offered and any potential side effects.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	

Criterion 2.4.5. Service users are informed about treatment options that are possible alternatives to or could complement medication, such as psychotherapy.

A/F  
A/P  
A/I  
N/I  
N/A

A/F  
A/P  
A/I  
N/I  
N/A

---

## Theme 2, Standard 2.5

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 2.5 Adequate services are available for general and reproductive health. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 2.5.1. Service users are offered physical health examinations and/or screening for particular illnesses on entry to the facility and regularly thereafter.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 2.5.2. Treatment for general health problems, including vaccinations, is available to service users at the facility or by referral.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 2.5.3. When surgical or medical procedures are needed that cannot be provided at the facility, there are referral mechanisms to ensure that the service users receive these health services in a timely manner.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 2.5.4. Regular health education and promotion are conducted at the facility.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	

Criterion 2.5.5. Service users are informed of and advised about reproductive health and family planning matters.

A/F  
A/P  
A/I  
N/I  
N/A

A/F  
A/P  
A/I  
N/I  
N/A

Criterion 2.5.6. General and reproductive health services are provided to service users with free and informed consent.

A/F  
A/P  
A/I  
N/I  
N/A

A/F  
A/P  
A/I  
N/I  
N/A

---

### Theme 3

#### The right to exercise legal capacity and the right to personal liberty and the security of person (Articles 12 and 14 of the CPD)

##### Overall scores:

Mental health services:	A/F	A/P	A/I	N/I	N/A
<i>General health services:</i>	<i>A/F</i>	<i>A/P</i>	<i>A/I</i>	<i>N/I</i>	<i>N/A</i>

##### Standards

3.1 Service users' preferences on the place and form of treatment are always a priority.

Mental health: A/F A/P A/I N/I N/A

*General health: A/F A/P A/I N/I N/A*

3.2 Procedures and safeguards are in place to prevent detention and treatment without free and informed consent.

Mental health: A/F A/P A/I N/I N/A

*General health: A/F A/P A/I N/I N/A*

3.3 Service users can exercise their legal capacity and are given the support<sup>3</sup> they may require to exercise their legal capacity.

Mental health: A/F A/P A/I N/I N/A

*General health: A/F A/P A/I N/I N/A*

3.4 Service users have the right to confidentiality and access to their personal health information.

Mental health: A/F A/P A/I N/I N/A

*General health: A/F A/P A/I N/I N/A*

---

<sup>3</sup> See Annex 2 for further information on supported decision-making.

## Theme 3, Standard 3.1

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 3.1. Service users' preferences regarding the place and form of treatment are always a priority. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 3.1.1. Service users' preferences are the priority in all decisions on where they will access services.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 3.1.2. All efforts are made to facilitate discharge so that service users can live in their communities.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 3.1.3. Service users' preferences are the priority for all decisions on their treatment and recovery plans.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	

## Theme 3, Standard 3.2

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 3.2. Procedures and safeguards are in place to prevent detention and treatment without free and informed consent. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 3.2.1. Admission and treatment are based on the free and informed consent of service users.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 3.2.2. Staff respect the advance directives of service users when providing treatment.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 3.2.3. Service users have the right to refuse treatment.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 3.2.4. Any case of treatment or detention in a facility without free and informed consent is documented and reported rapidly to a legal authority.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	

Criterion 3.2.5. People being treated or detained by a facility without their informed consent are informed about procedures for appealing their treatment or detention.	A/F	A/F
	A/P	A/P
	A/I	A/I
	N/I	N/I
	N/A	N/A
Criterion 3.2.6. Facilities support people being treated or detained without their informed consent in accessing appeals procedures and legal representation.	A/F	A/F
	A/P	A/P
	A/I	A/I
	N/I	N/I
	N/A	N/A

---



## Theme 3, Standard 3.3

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 3.3 Service users can exercise their legal capacity and are given the support they may require to exercise their legal capacity. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 3.3.1. At all times, staff interact with service users in a respectful way, recognizing their capacity to understand information and make decisions and choices.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 3.3.2. Clear, comprehensive information about the rights of service users is provided in both written and verbal form.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 3.3.3. Clear, comprehensive information about assessment, diagnosis, treatment and recovery options is given to service users in a form that they understand and which allows them to make free and informed decisions.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 3.3.4. Service users can nominate and consult with a support person or network of people of their own free choice in making decisions about admission, treatment and personal, legal, financial or other affairs, and the	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	

people selected will be recognized by the staff.

Criterion 3.3.5	A/F	A/F
Staff respect the authority of a nominated support person or network of people to communicate the decisions of the service user being supported.	A/P	A/P
	A/I	A/I
	N/I	N/I
	N/A	N/A
Criterion 3.3.6. Supported decision-making is the predominant model, and substitute decision-making is avoided.	A/F	A/F
	A/P	A/P
	A/I	A/I
	N/I	N/I
	N/A	N/A
Criterion 3.3.7. When a service user has no support person or network of people and wishes to appoint one, the facility will help the user to access appropriate support.	A/F	A/F
	A/P	A/P
	A/I	A/I
	N/I	N/I
	N/A	N/A

---

## Theme 3, Standard 3.4

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 3.4. Service users have the right to confidentiality and access to their personal health information. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 3.4.1. A personal, confidential medical file is created for each service user.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 3.4.2. Service users have access to the information contained in their medical files.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 3.4.3. Information about service users is kept confidential.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 3.4.4. Service users can add written information, opinions and comments to their medical files without censorship.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	

## Theme 4

### Freedom from torture or cruel, inhuman or degrading treatment or punishment and from exploitation, violence and abuse (Articles 15 and 16 of the CRPD)

#### Overall scores

Mental health services:	A/F	A/P	A/I	N/I	N/A
<i>General health services:</i>	<i>A/F</i>	<i>A/P</i>	<i>A/I</i>	<i>N/I</i>	<i>N/A</i>

#### Standards

- 4.1 Service users have the right to be free from verbal, mental, physical and sexual abuse and physical and emotional neglect.
- |                        |            |            |            |            |            |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Mental health:         | A/F        | A/P        | A/I        | N/I        | N/A        |
| <i>General health:</i> | <i>A/F</i> | <i>A/P</i> | <i>A/I</i> | <i>N/I</i> | <i>N/A</i> |
- 4.2 Alternative methods are used in place of seclusion and restraint as means of de-escalating potential crises.
- |                        |            |            |            |            |            |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Mental health:         | A/F        | A/P        | A/I        | N/I        | N/A        |
| <i>General health:</i> | <i>A/F</i> | <i>A/P</i> | <i>A/I</i> | <i>N/I</i> | <i>N/A</i> |
- 4.3 Electroconvulsive therapy, psychosurgery and other medical procedures that may have permanent **or** irreversible effects, whether performed at the facility or referred to another facility, must not be abused and can be administered only with the free and informed consent of the service user.
- |                        |            |            |            |            |            |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Mental health:         | A/F        | A/P        | A/I        | N/I        | N/A        |
| <i>General health:</i> | <i>A/F</i> | <i>A/P</i> | <i>A/I</i> | <i>N/I</i> | <i>N/A</i> |
- 4.4 No service user is subjected to medical or scientific experimentation without his or her informed consent.
- |                        |            |            |            |            |            |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Mental health:         | A/F        | A/P        | A/I        | N/I        | N/A        |
| <i>General health:</i> | <i>A/F</i> | <i>A/P</i> | <i>A/I</i> | <i>N/I</i> | <i>N/A</i> |
- 4.5 Safeguards are in place to prevent torture or cruel, inhuman or degrading treatment and other forms of ill-treatment and abuse.
- |                        |            |            |            |            |            |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Mental health:         | A/F        | A/P        | A/I        | N/I        | N/A        |
| <i>General health:</i> | <i>A/F</i> | <i>A/P</i> | <i>A/I</i> | <i>N/I</i> | <i>N/A</i> |

## Theme 4, Standard 4.1

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 4.1. Service users have the right to be free from verbal, mental, physical and sexual abuse and physical and emotional neglect. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 4.1.1. Staff members treat service users with humanity, dignity and respect.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 4.1.2. No service user is subjected to verbal, physical, sexual or mental abuse.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 4.1.3. No service user is subjected to physical or emotional neglect.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 4.1.4. Appropriate steps are taken to prevent all instances of abuse.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	

<p>Criterion 4.1.5. Staff support service users who have been subjected to abuse in accessing the support they may want.</p>	<p>A/F A/P A/I N/I N/A</p>		<p>A/F A/P A/I N/I N/A</p>	
--	--	--	--	--

## Theme 4, Standard 4.2

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 4.2. Alternative methods are used in place of seclusion <sup>4</sup> and restraint <sup>5</sup> as means of de-escalating potential crises. (Score this standard after assessing each criterion below.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 4.2.1. Service users are not subjected to seclusion or restraint.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 4.2.2. Alternatives to seclusion and restraint are in place at the facility, and staff are trained in de-escalation techniques for intervening in crises and preventing harm to service users or staff.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 4.2.3. A de-escalation assessment is conducted in consultation with the service user concerned in order to identify the triggers <sup>6</sup> and factors he or she find helpful in diffusing crises and to determine the preferred methods of intervention in crises.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	

<sup>4</sup> 'Restraint' means the use of a mechanical device or medication to involuntarily prevent a person from moving his or her body.

<sup>5</sup> 'Seclusion' means the involuntary placement of an individual alone in a locked room or secured area from which he or she is physically prevented from leaving.

<sup>6</sup> Triggers might include being pressured to do something, being asked certain questions or being in the presence of a person one is not comfortable with. Factors that help to diffuse a crisis might include being left alone for a while, talking to a person one trusts or listening to music.

Criterion 4.2.4. The preferred methods of intervention identified by the service user concerned are readily available in a crisis and are integrated into the user's individual recovery plan.	A/F	A/F
	A/P	A/P
	A/I	A/I
	N/I	N/I
	N/A	N/A
Criterion 4.2.5. Any instances of seclusion or restraint are recorded (e.g. type, duration) and reported to the head of the facility and to a relevant external body.	A/F	A/F
	A/P	A/P
	A/I	A/I
	N/I	N/I
	N/A	N/A

---



## Theme 4, Standard 4.3

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 4.3. Electroconvulsive therapy, psychosurgery and other medical procedures that may have permanent or irreversible effects, whether performed at the facility or referred to another facility, must not be abused and can be administered only with the free and informed consent of the service user. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 4.3.1. No electroconvulsive therapy is given without the free and informed consent of service users.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 4.3.2. Clear, evidence-based clinical guidelines on when and how electroconvulsive therapy can or cannot be administered are available and adhered to.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 4.3.3. Electroconvulsive therapy is never used in its unmodified form (i.e. without an anaesthetic and a muscle relaxant).	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	

Criterion 4.3.4. No minor is given electroconvulsive therapy.	A/F	A/F
	A/P	A/P
	A/I	A/I
	N/I	N/I
	N/A	N/A
Criterion 4.3.5. Psychosurgery and other irreversible treatments are not conducted without both the service user's free and informed consent and the independent approval of a board.	A/F	A/F
	A/P	A/P
	A/I	A/I
	N/I	N/I
	N/A	N/A
Criterion 4.3.6. Abortions and sterilizations are not carried out on service users without their consent.	A/F	A/F
	A/P	A/P
	A/I	A/I
	N/I	N/I
	N/A	N/A

---

## Theme 4, Standard 4.4

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 4.4. No service user is subjected to medical or scientific experimentation without his or her informed consent. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 4.4.1. Medical or scientific experimentation is conducted only with the free and informed consent of service users.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 4.4.2. Staff do not receive any privileges, compensation or remuneration in exchange for encouraging or recruiting service users to participate in medical or scientific experimentation.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 4.4.3. Medical or scientific experimentation is not undertaken if it is potentially harmful or dangerous to the service user.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 4.4.4. Any medical or scientific experimentation is approved by an independent ethics committee.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	

## Theme 4, Standard 4.5

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 4.5. Safeguards are in place to prevent torture or cruel, inhuman or degrading treatment and other forms of ill-treatment and abuse. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 4.5.1. Service users are informed of and have access to procedures to file appeals and complaints, on a confidential basis, to an outside, independent legal body on issues related to neglect, abuse, seclusion or restraint, admission or treatment without informed consent and other relevant matters.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 4.5.2. Service users are safe from negative repercussions resulting from complaints they may file.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 4.5.3. Service users have access to legal representatives and can meet with them confidentially.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 4.5.4. Service users have access to advocates to inform them of their rights, discuss	A/F A/P		A/F A/P	

problems and support them in exercising their human rights and filing appeals and complaints.	A/I N/I N/A	A/I N/I N/A
Criterion 4.5.5. Disciplinary and/or legal action is taken against any person found to be abusing or neglecting service users.	A/F A/P A/I N/I N/A	A/F A/P A/I N/I N/A
Criterion 4.5.6. The facility is monitored by an independent authority to prevent the occurrence of ill-treatment.	A/F A/P A/I N/I N/A	A/F A/P A/I N/I N/A

---

## Theme 5

### The right to live independently and be included in the community (Article 19 of the CPRD)

#### Overall scores:

Mental health services:	A/F	A/P	A/I	N/I	N/A
<i>General health services:</i>	<i>A/F</i>	<i>A/P</i>	<i>A/I</i>	<i>N/I</i>	<i>N/A</i>

#### Standards

5.1 Service users are supported in gaining access to a place to live and have the financial resources necessary to live in the community.

Mental health: A/F A/P A/I N/I N/A

*General health: A/F A/P A/I N/I N/A*

5.2 Service users can access education and employment opportunities.

Mental health: A/F A/P A/I N/I N/A

*General health: A/F A/P A/I N/I N/A*

5.3 The right of service users to participate in political and public life and to exercise freedom of association is supported.

Mental health: A/F A/P A/I N/I N/A

*General health: A/F A/P A/I N/I N/A*

5.4 Service users are supported in taking part in social, cultural, religious and leisure activities.

Mental health: A/F A/P A/I N/I N/A

*General health: A/F A/P A/I N/I N/A*

## Theme 5, Standard 5.1

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 5.1. Service users are supported in gaining access to a place to live and have the financial resources necessary to live in the community. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 5.1.1. Staff inform service users about options for housing and financial resources.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 5.1.2. Staff support service users in accessing and maintaining safe, affordable, decent housing.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	
Criterion 5.1.3. Staff support service users in accessing the financial resources necessary to live in the community.	A/F A/P A/I N/I N/A		A/F A/P A/I N/I N/A	

## Theme 5, Standard 5.2

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 5.2. Service users can access education and employment opportunities. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 5.2.1. Staff give service users information about education and employment opportunities in the community.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 5.2.2. Staff support service users in accessing education opportunities, including primary, secondary and post-secondary education.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 5.2.3. Staff support service users in career development and in accessing paid employment opportunities.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	



## Theme 5, Standard 5.3

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 5.3. The right of service users to participate in political and public life and to exercise freedom of association is supported. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 5.3.1. Staff give service users the information necessary for them to participate fully in political and public life and to enjoy the benefits of freedom of association.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 5.3.2. Staff support service users in exercising their right to vote.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 5.3.3. Staff support service users in joining and participating in the activities of political, religious, social, disability and mental disability organizations and other groups.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	

## Theme 5, Standard 5.4

	Mental health facility		General health facility	
	Score	Additional information	Score	Additional information
Standard 5.4. Service users are supported in taking part in social, cultural, religious and leisure activities. (Score this standard after assessing each criterion below.)	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
<i>Criteria and actions required to achieve this standard</i>				
Criterion 5.4.1. Staff give service users information on the social, cultural, religious and leisure activity options available.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 5.4.2. Staff support service users in participating in the social and leisure activities of their choice.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	
Criterion 5.4.3. Staff support service users in participating in the cultural and religious activities of their choice.	A/F		A/F	
	A/P		A/P	
	A/I		A/I	
	N/I		N/I	
	N/A		N/A	

## Discussion

The discussion section should include the team's *qualitative* findings and should reflect the opinions of all team members about the facility, as formed by observation, document review and interviews. It is not necessary to repeat everything that has been documented in the results section. It should supplement the relatively coarse scoring with the rich detail gathered during the assessment.

First, the observations of the team members should be described. Secondly, interview findings should be highlighted. It may be useful to include direct quotations or summarize anecdotal information described to the team during interviews. This adds depth to the report. Nevertheless, the confidentiality of interviewees' comments is paramount, and the team must consider whether an anecdote or quotation, even though it is anonymous, is sufficient to identify the source. Thirdly, information from the review of documentation can be described separately or can be integrated into the descriptions of observations and of interviews.

It may be useful to use the theme structure to order the findings, using each theme as a heading.

1. The right to an adequate standard of living (Article 28 of the CRPD)
2. The right to enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (Article 25 of the CRPD)
3. The right to exercise legal capacity and the right to personal liberty and the security of the person (Articles 12 and 14 of the CRPD)
4. Freedom from torture or cruel, inhuman or degrading treatment or punishment and from exploitation, violence and abuse (Articles 15 and 16 of the CRPD)
5. The right to live independently and be included in the community (Article 19 of the CRPD)

Key issues, such as human rights violations or any concerns that the team have should be highlighted under the relevant heading. Positive findings should also be described, and any areas of particularly good practice should be highlighted.

## Conclusions and recommendations

This section should start with a summary of the main conclusions reached by the team, including any violation of human rights in the facility and any areas of good practice that were noted.

Recommendations should then be given, with a suggested timeline. All human rights violations require immediate action, and the team should also highlight any practices that may be placing service users in imminent danger and require urgent attention.

The report should not stop at the level of recommendations. It should include a statement that will direct the facility to prepare an improvement plan in line with the recommendations using a participatory process involving service users, family, staff and community workers.



The *WHO QualityRights tool kit* provides countries with practical information and tools for assessing and improving quality and human rights standards in mental health and social care facilities. The Toolkit is based on the United Nations *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. It provides practical guidance on:

- the human rights and quality standards that should be respected, protected and fulfilled in both inpatient and outpatient mental health and social care facilities;
- preparing for and conducting a comprehensive assessment of facilities; and
- reporting findings and making appropriate recommendations on the basis of the assessment.

The tool kit is designed for use in low-, middle- and high-income countries. It can be used by many different stakeholders, including dedicated assessment committees, nongovernmental organizations, national human rights institutions, national health or mental health commissions, health service accreditation bodies and national mechanisms established under international treaties to monitor implementation of human rights standards and others with an interest in promoting the rights of people with disabilities.

The *WHO QualityRights tool kit* is an essential resource, not only for putting an end to past neglect and abuses but also for ensuring high- quality services in the future.



Mental Health Policy and Service Development  
Department of Mental Health and Substance Abuse  
World Health Organization  
Geneva, Switzerland

ISBN 978 92 4 154841 0

