

RIOBRANCOHOSPITALDESAUDEMENTALDOACREARAPI
 RACA HOSPITALPSIQUIATRICOTEODORAALBUQUERQUE
 MANAUSCENTROPSIQUIATRICOE DUARDORIBEIROSALVA
 DORHOSPITALJULIANOMOREIRASALVADORHOSPITALES
 PECIALIZADOMARIOLEALJUAZEIROSANATORIONS RDE
 FATIMAFEIRADESANTANAHOSPITALESPECIALIZADOLO
 PESRODRIGUESFORTALEZAHOSPITALDESAUDEMENTAL
HOSPITAIS DEMESSEJANA FORTA
PSIQUIÁTRICOS LEZAHOSPITALPSIQUIA
NO BRASIL: TRICOSA O
RELATÓRIO VICENTE DE
DE INSPEÇÃO PAULO CARIACICA HOSPI
NACIONAL TALADAUTOBOTELHOANA
 POLISINSTITUTODEMEDI
 CINADOCOMPORTA
 MENTOEURIPEDES
 BARSANULFOGOIA
 NIACASADEEURIPEDESAPA
 RECIDADEGOIANIAPAXCLINI
 CAPSIQUIATRICASAOLUISCLINICASAOFRANCISCOSA O
 LUISHOSPITALNINARODRIGUESSAOLUISCLINICALARA
 VARDIERELTDASA OSEBASTIAODOPARAISOHOSPITAL
 ECENTRODEESPECIALIDADESGEDORSILVEIRACUIABA
 CIAPSHOSPITALADAUTOBOTELHOJOAOPESOA HOSPI
 TALPSIQUIATRICOCOLONIAJULIANOMOREIRAJOAOPES
 SOAINSTITUTODEPSIQUIATRIABARREIROSHOSPICOLO
 NIAVICENTEGOMESDEMATOSPIRAQUARAASJAMARINGA
 HOSPITALPSIQUIATRICODEMARINGANITEROIHOSPI
 TALPSIQUIATRICODEJURUJUBANOVAFRIBURGOC LI
 NICADEREPOUSOSANTALUCIALTDAPETROPOLISCASA
 DESAUDESANTAMONICALTDATRESRIOSCLINICADERE
 POUSOTRESRIOSVASSOURASCASADESAUDECANANEIA
 CAXIASDOSULCLINICAPROFESSORPAULOGUEDESLTDA
 PORTOALEGREHOSPITALPSIQUIATRICOSAOPEDROSAO
 JOSEINSTITUTODEPSIQUIATRIAIPQADAMANTINACLI
 NICANOSSOLARADAMANTINAARARASCLINICASAYAO
 ARARASESPIRITOSANTODOPINHALINSTITUTOBEZER
 RADEMENEZESESPIRITOSANTODOPINHALGARCAHOS
 PITALPSIQUIATRICOANDRELUIZITAPIRAINSTITUTO
 AMERICOBAIRRALDEPSIQUIATRIALINSCAISCLEMENTE
 FERREIRADELINSOSASCOLARBUSSOCABAASSISTEN
 CIAVICENTINAPRESIDENTEPRUDENTEHOSPITALPSI
 QUIATRICOESPIRITABEZERRADEMENEZESPPRUDENT
 SAOPAULOHOSPITALPSIQUIATRICODEVILAMARIANA

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA

Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão
Ministério Público Federal

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL: RELATÓRIO DE INSPEÇÃO NACIONAL



CFP
1ª edição
Brasília, 2019

© 2019 Conselho Federal de Psicologia

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte.

Disponível também em: www.cfp.org.br

1ª edição - 2019

Projeto Gráfico - Agência Movimento

Diagramação - Agência Movimento

Revisão – MC&G

Redação – Carolina Mercante, Caroline Balan, Daniel Caldeira Melo, Daniel dos Santos Rodrigues, Lucio Costa, Marisa Helena Alves, Rafael Taniguchi, Taia Duarte Mota e Thaís Soboslai.

Colaborador: Marcos Roberto Vieira Garcia

Revisão técnica: Carolina Mercante, Caroline Balan, Daniel Adolpho Daltin de Assis, Daniel Caldeira Melo, José de Ribamar Araújo e Silva, Lucio Costa, Luiz Gustavo Magnata Silva, Rafael Taniguchi, Taia Duarte Mota e Thaís Soboslai.

Coordenação Nacional da Inspeção: Ana Cláudia Nery Camuri Nunes (MNPCT), Afonso de Paula Pinheiro Rocha (MPT), Daniel Caldeira Melo (MNPCT), Daniel dos Santos Rodrigues (CES-CNMP), Lucio Costa (MNPCT), Rogério Giannini (CFP), Taia Duarte Mota (MNPCT), Thaís Soboslai (MNPCT), Ulisses Dias Carvalho (MPT) e Vanessa Goulart Barbosa (CES-CNMP).

Referências bibliográficas conforme ABNT NBR

Direitos para esta edição – Conselho Federal de Psicologia: SAF/SUL Quadra 2, Bloco B, Edifício Via Office, térreo, sala 104, 70070-600, Brasília/DF
(61) 2109-0107 E-mail: ascom@cfp.org.br/www.cfp.org.br

Impresso no Brasil – Novembro de 2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C755 Conselho Federal de Psicologia (Brasil).
Relatório de inspeções : 2018 / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. — 1. ed. — Brasília : CFP, 2019.
128 p. ; 21 cm.

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5069-009-0

1. Hospitais psiquiátricos - Brasil. 2. Hospitais - Inspeção - Relatório. I. Conselhos Regionais de Psicologia. II. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). III. Título.

CDD 150.195

**Plenário do Conselho Federal de Psicologia (CFP)
responsável pela publicação
XVII Plenário - Gestão 2016-2019**

Diretoria Rogério Giannini – Presidente
Ana Sandra Fernandes Arcoverde Nóbrega – Vice-presidente
Pedro Paulo Gastalho de Bicalho – Secretário
Norma Celiane Cosmo – Tesoureira

Conselheiras(os) Efetivas(os)

Iolete Ribeiro da Silva - Secretária Região Norte
Clarissa Paranhos Guedes - Secretário Região Nordeste
Marisa Helena Alves - Secretária Região Centro-Oeste
Júnia Maria Campos Lara - Secretária Região Sudeste
Rosane Lorena Granzotto - Secretária Região Sul .
Fabián Javier Marin Rueda - Conselheiro Convidado
Célia Zenaide da Silva - Conselheira Convidada

Conselheiras(os) Suplentes

Maria Márcia Badaró Bandeira
Daniela Sacramento Zanini
Paulo Roberto Martins Maldos
Fabiana Itaci Corrêa de Araujo
Jureuda Duarte Guerra - Região Norte
Andréa Esmeraldo Câmara - Região Nordeste
Regina Lúcia Sucupira Pedroza - Região Centro-Oeste
Sandra Elena Sposito - Região Sudeste
Cleia Oliveira Cunha - Região Sul (*in memoriam*)
Paulo José Barroso de Aguiar Pessoa - Conselheiro Convidado
Elizabeth de Lacerda Barbosa - Conselheira Convidada

**Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT)
(Composição à época das inspeções)**

Perita(os)

Ana Cláudia Nery Camuri Nunes
Bruno Renato Nascimento Teixeira
Daniel Caldeira de Melo
Deise Benedito
José de Ribamar Araújo e Silva
Lucio Costa
Luis Gustavo Magnata Silva
Rafael Barreto Souza

Tarsila Flores
Valdirene Daufemback

Assessoria Técnica

Taia Duarte Mota
Thaís Soboslai

**Ministério Público do Trabalho (MPT)
(Composição à época das inspeções)**

Ronaldo Curado Fleury
Procurador-Geral do Trabalho

Rafael Dias Marques
Chefe de Gabinete do Procurador-Geral do Trabalho

Luiz Eduardo Guimarães Bojart
Vice Procurador-Geral do Trabalho

Daniela Varandas
Chefe de Gabinete do Vice Procurador-Geral do Trabalho

Coordenação Nacional da CONAP
Cláudio Cordeiro Queiroga Gadelha (Coordenador)
Afonso de Paula Pinheiro Rocha (Vice-Coordenador)

Projeto Saúde na Saúde
Carolina Mercante (Gerente)

**Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) – Biênio 2017-2019
(composição em dezembro de 2018)**

Raquel Dodge (Presidente)
Orlando Rochadel Moreira (Corregedor Nacional)
Gustavo do Vale Rocha
Fábio Bastos Stica
Valter Shuenquener de Araújo
Luciano Nunes Maia Freire
Marcelo Weitzel Rabello de Souza
Sebastião Vieira Caixeta
Silvio Roberto Oliveira de Amorim Junior
Dermeval Farias Gomes Filho
Lauro Machado Nogueira
Leonardo Accioly da Silva

Erick Venâncio Lima do Nascimento
Luiz Fernando Bandeira de Mello Filho

**Comissão de Aperfeiçoamento e Fomento da Atuação do MP na Saúde
(CES-CNMP)
(composição em dezembro de 2018)**

Luiz Fernando Bandeira de Mello Filho (Conselheiro Presidente)

Membros Auxiliares

Daniel dos Santos Rodrigues – Promotor de Justiça do Ministério Público de Minas Gerais

Vanessa Goulart Barbosa – Promotora de Justiça do Ministério Público de Goiás

Membros Colaboradores

Caroline Cabral Zonta – Promotora de Justiça do Ministério Público de Santa Catarina

Clayton da Silva Germano - Promotor de Justiça do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios

Daniel Lima Ribeiro - Promotor de Justiça do Ministério Público do Rio de Janeiro

Eduardo Silva Prego - Promotor de Justiça do Ministério Público de Goiás

Glauco Ney Shiroma Oshiro - Promotor de Justiça do Ministério Público do Acre

Héverton Alves de Aguiar - Promotor de Justiça do Ministério Público de Rondônia

Isabel Maria Salustiano Arruda Porto - Procuradora de Justiça do Ministério Público do Ceará

Juliana Carreiro Corbal Oitaven - Procuradora do Trabalho

Marco Antonio Teixeira - Procurador de Justiça do Ministério Público do Paraná

Maria Carolina de Almeida Antonaccio - Promotora de Justiça do Ministério Público de São Paulo

Melina Tostes Haber - Procuradora da República

Rodrigo Schoeller de Moraes - Promotor de Justiça do Ministério Público do Rio Grande do Sul

Rogério Luís Gomes de Queiroz - Promotor de Justiça do Ministério Público da Bahia

Ticiane Andrea Sales Nogueira - Procuradora da República

Servidora

Líliã Milhomem Januário

Apoio

Jeilson Gonçalves de Aguiar

LISTA FOTOS, TABELAS E GRÁFICOS

Fluxograma: Mapa de Hospitais Psiquiátricos visitados pela Inspeção Nacional

Fotografia 1: Casa de Saúde Santa Mônica LTDA, Petrópolis – RJ

Fotografia 2: Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, Cariacica – ES

Fotografia 3: CIAPS Hospital Adauto Botelho, Cuiabá – MT

Fotografia 4: Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR

Fotografia 5: Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ

Fotografia 6: Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ

Fotografia 7: Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ

Fotografia 8: Clínica São Francisco, São Luís – MA

Fotografia 9: Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ

Fotografia 10: Presença de grande quantidade de entulhos e lixo encontrados no Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA

Fotografias 11 e 12: Clínica São Francisco, São Luís – MA

Fotografias 13, 14 e 15: Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque, Arapiraca – A

Fotografias 16: Casa de Saúde Cananeia, Vassouras – RJ

Fotografia 17: Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA

Fotografia 18 e 19: Clínica La Ravardiere, São Luís – MA

Fotografia 20: CIAPS Hospital Adauto Botelho, Cuiabá – MT

Fotografia 21: O Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre – RS

Fotografia 22: Hospital Nina Rodrigues, São Luís – MA

Fotografia 23: Clínica São Francisco, São Luís – MA

Fotografia 24: Ala dos pacientes judiciários do Hospital Nina Rodrigues, São Luís – MA

Fotografia 25: Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, Fortaleza – CE.

Fotografia 26: No CIAPS Hospital Adauto Botelho, Cuiabá – MT

Fotografia 27: Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC

Fotografia 28: No Hospital de Saúde Mental de Messejana, Fortaleza – CE

Fotografia 29: No CIAPS Hospital Adauto Botelho, Cuiabá – MT

Fotografia 30: Hospital psiquiátrico de Jurujuba, Niterói – RJ

Fotografia 31: Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ

Fotografia 32: Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR

Fotografia 33: Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, Cariacica – ES.

Fotografia 34: Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá - PR.

Fotografia 35: Casa de Saúde Santa Mônica LTDA, Petrópolis - RJ.

Fotografia 36: Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, Cariacica - ES

Fotografia 37: Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá - PR

Fotografia 38: Hospital Adauto Messejana, Cuiabá - MT

Fotografia 39: Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco - AC

Fotografia 40: Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente - SP

Fotografia 41: Instituto Americo Bairral de Psiquiatria, Itapira - SP

Fotografia 42: Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis - RJ

Fotografia 43: Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre - RS

Fotografia 44: Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre - RS

Fotografia 45: Clínica São Francisco, São Luís - MA

Fotografia 46: Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, Cariacica - ES

Fotografia 47: Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre - RS

Fotografia 48: Clínica São Francisco, São Luís - MA.

Fotografia 49: Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá - PR

Fotografias 50, 51 e 52: Três fotos referentes ao quarto dos voluntários da Clínica Paulo Guedes- Caxia do Sul/RS.

Fotografia 53: Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara - PR

Fotografia 54: Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara - PR

Fotografia 55: Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara - PR

Fotografia 56: Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara - PR

Fotografia 57: Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara - PR

Fotografia 58: Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco - AC

Fotografia 59: Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá - PR

Fotografia 60: Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara - PR

Fotografia 61: Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara - PR

Fotografia 62: Hospital psiquiátrico de Maringá, Maringá - PR

Fotografia 63: Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara - PR

Fotografia 64: Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá - PR.

Fotografia 65: Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá - PR

Fotografia 66: Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre - RS

Fotografia 67: Casa de Saúde Cananéia, Vassouras - RJ

Fotografia 68: Clínica La Ravardiere, São Luís - MA

Tabela 1: Hospitais com Atividades de Trabalho realizada pelos usuários

Tabela 2: As vagas destinadas à hospitalização de crianças e adolescentes

Tabela 3: Tempo de hospitalização de Crianças e Adolescentes

Tabela 4: A Alta e Articulação com a RAPS

Tabela 5: A alimentação fornecida nas instituições inspecionadas

Tabela 6: Hospitais psiquiátricos indicados para descredenciamento pelo PNASH/Psiquiatria e a situação verificada sobre suspensão de novas internações

Tabela 7: Número de moradores encontrados na inspeção por HP

Tabela 8: Classificação dos hospitais psiquiátricos por porte e recursos/valores

Tabela 9: HPs com habilitação comparando número de leitos cadastrado no CNES e verificados durante Inspeção Nacional

Tabela 10: HPs inspecionados por outros tipos de leitos registrados no CNES

Tabela 11: Relação de Hospitais Psiquiátricos vinculado ao SUS por Estado: nº de leitos SUS e Produção Hospitalar - AIH nos anos de 2017 e 2018

Tabela 12: Síntese das características asilares e de tratamento cruel, desumana

Gráfico 1: Número de HPs inspecionados por década de inauguração

Gráfico 2: Percentual de HPs inspecionados por natureza jurídica

Gráfico 3: Percentual de leitos por natureza jurídica dos HPs inspecionados e tipo de financiamento

Gráfico 4: Percentual com distribuição dos leitos públicos e privados por regiões brasileiras

Gráfico 5: Linha do Tempo: inauguração dos Hospitais Psiquiátricos que recebem crianças e adolescentes

Gráfico 6: Proporção de moradores em relação ao total de leitos existentes

Gráfico 7: Percentual de moradores distribuídos pelas Regiões do Brasil

Gráfico 8: Percentual de ocupação dos leitos nos seis HPs com maior quantitativo de moradores

Gráfico 9: Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial (Brasil, dez. 2002 a dez. 2013)

Gráfico 10: Proporção do Financiamento federal destinado a hospitais psiquiátricos em relação ao orçamento global destinado à saúde mental, no período 2017-2018

SUMÁRIO

PARTE I

13

1. BREVE APRESENTAÇÃO	14
1.1 Apresentação das instituições organizadoras da Inspeção Nacional	18
2. CONTEXTO HISTÓRICO	21
3. PRINCIPAIS EIXOS LEGAIS	29
3.1 Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2008)	29
3.2 Lei da Reforma Psiquiátrica Lei Federal n 10.216/2001)	32
3.3 Lei que cria o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (Lei Federal nº 12.847/2013)	35
4. METODOLOGIA PARA INSPEÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	40
4.1 Critérios de seleção dos Hospitais Psiquiátricos a serem inspecionados	41
4.2 Organização e planejamento das visitas em cada estado	43

PARTE II

47

1. DIREITO A UM PADRÃO DE VIDA ADEQUADO	48
1.1 Infraestrutura	61
1.2 Condição de repouso e pernoite	95
1.3 Alimentação	100
1.4 Água potável	108
1.5 Bens pessoais	114
1.6 Ambiente acolhedor, confortável com espaços de convivência e de lazer	126
1.7 Privacidade, Intimidade e Comunicação	131
2. DIREITO DE EXERCER CAPACIDADE CIVIL, LIBERDADE E SEGURANÇA PESSOAL	142
2.1 Consentimento Livre e Esclarecido - direito individual insubstituível	145
2.2 Administração dos bens das pessoas privadas de liberdade	151
2.3 Internação: medida de excepcionalidade	157

3. DIREITO A USUFRUIR DE PADRÃO MAIS ELEVADO DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL

175

3.1 Parte I - Organização da atenção hospitalar 176

3.2 Parte II - Efeitos deletérios da internação em hospitais psiquiátricos 266

4. VIOLÊNCIAS: FÍSICAS, ESTUPRO, LGBTFOBIA, REVISTA VEXATÓRIA E INTOLERÂNCIA RELIGIOSA

281

4.1 Violência física e sexual 283

4.2 Violência relativa ao gênero e à orientação sexual 288

4.3 Violação ao direito à intimidade e à proibição de revistas vexatórias 296

4.4 Violação à liberdade religiosa 300

5. A EXPLORAÇÃO DA MÃO DE OBRA DAS PESSOAS INTERNADAS

304

5.1 O Trabalho Decente como norte de justiça social 306

5.2 Marcos normativos sobre o trabalho nos contextos de reabilitação 308

5.3 As práticas de trabalho nas instituições inspecionadas 310

6. A INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

341

6.1 Proteção integral de crianças e adolescentes 342

6.2 Características das hospitalizações de crianças e adolescentes nos estabelecimentos psiquiátricos inspecionados 352

6.3 As dimensões assistenciais das instituições visitadas e os direitos à vida, à dignidade e à saúde 371

6.4 Direitos sexuais, direitos reprodutivos e identidade de gênero 396

6.5 Os direitos de crianças e adolescentes à educação e à qualificação para o trabalho 401

6.6 Medicação excessiva, contenção mecânica e a eletroconvulsoterapia 409

7. DIREITO DE VIVER DE FORMA INDEPENDENTE E INCLUÍDO NA COMUNIDADE

420

7.1 Internações de longa permanência 424

7.2 Articulação do cuidado em rede para assegurar o apoio à inclusão comunitária e ao exercício da cidadania 443

8. MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E FINANCIAMENTO PÚBLICO DE HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	453
8.1 PNASH/Psiquiatria	455
8.2 A relação entre tipo de leitos, porte hospitalar e a habilitação dos estabelecimentos psiquiátricos	459
8.3 O financiamento público federal em saúde mental, álcool e outras drogas	469
8.4 A lógica de repasse de recursos para hospitais psiquiátricos e a produção hospitalar	474
8.5 Aspectos da relação público-privado na prestação dos serviços psiquiátricos	480
8.6 Mecanismos externos de controle social: Canais de Denúncia e Fiscalização	481

PARTE III 491

1. CONSIDERAÇÕES FINAIS	492
1.1 Saúde como direito, não como dever	492
1.2 Consentimento Livre e Esclarecido	493
1.3 Violência Institucional	494
1.4 Crianças e Adolescentes	494
1.5 Financiamento Público	495
1.6 Um elo: características asilares e condições de tratamento cruel, desumano e degradante em hospitais psiquiátricos	496
1.7 À guisa de conclusão	504
2. PROVIDÊNCIAS A SEREM TOMADAS	505
2.1 Parte A – Fechamento da porta de entrada	505
2.2 Parte B – Desinstitucionalização	505

ANEXOS 514

Anexo 1 - relação nominal dos hospitais psiquiátricos inspecionados	514
Anexo 2 - relação nominal das equipes de inspeção dos hospitais psiquiátricos	516
Anexo 3 - relação nominal dos 131 hospitais psiquiátricos com habilitação ativa em setembro de 2018	535
Anexo 4 - relação nominal dos hospitais psiquiátricos inspecionados por suficiência de equipe de saúde	544
Anexo 5 - periodicidade de fiscalização dos hospitais psiquiátricos por órgãos externos	547

AHOSPITALPSIQUIATRICOTEODORAALBUQUERQUEMANAUS
ALJULIANOMOREIRASALVADORHOSPITALESPECIALIZADOMA
TANAHOSPITALESPECIALIZADOLOPESRODRIGUESFORTALE
SPITALPSIQUIATRICOSA OVICENTEDEPAULOCARIACICAHOS
D COMPOR

CASAOLU

STIAODOI

POPESSO

PCOLONI

SIQUIATR

CALTDAT

PAULOGI

PARTE I

INACLINICANOSSOLARADAMANTINAARARASCLINICASAYAO
ENEZESESPIRITOSANTODOPINHALGARCAHOSPITALPSQUIA
PSIQUIATRIALINSCAISCLEMENTEFERREIRADELINSOSASCO
NTEHOSPITALPSIQUIATRICOESEPIRITABEZERRADEMENEZES
NARIOBRANCOHOSPITALDESAUDEMENTALDOACREARAPIRA
SCENTROPSIQUIATRICOEDUARDORIBEIROSALVADORHOSPI
MARIOLEALJUAZEIROSANATORIONSRDEFATIMAFEIRADESAN
ZAHOSPITALDESAUDEMENTALDEMESSEJANAFORTALEZAHOS
ITALADAUTOBOTELHOANAPOLISINSTITUTODEMEDICINADO
EURIPEDESAPARECIDADEGOIANIAPAXCLINICAPSIQUIATRI
RODRIGUESSAOLUISCLINICALARAVARDIERELTDASAOSEBAS
EDORSILVEIRACUIABACIAPSHOSPITALADAUTOBOTELHOJO
RAJOAOPESOAINSTITUTODEPSIQUIATRIABARREIROSHOSP
AHOSPITALPSIQUIATRICODEMARINGANITEROIHOSPITALPSI
OSANTALUCIALTDAPETROPOLISCASADESAUDESANTAMONI
SCASADESAUDECANANEIACAXIASDOSULCLINICAPROFESSOR
SAOPEDROS AOJOSEINSTITUTODEPSIQUIATRIAIPQADAMAN
OARARASESPIRITOSANTODOPINHALINSTITUTOBEZERRADE
ATRICOANDRELUIZITAPIRAINSTITUTOAMERICOB AIRRALDEP
ARBUSSOCABAASSISTENCIAVICENTINAPRESIDENTEPRUDEN
RUDENTS AOPAULOHOSPITALPSIQUIATRICODEVILAMARIANA

1

BREVE APRESENTAÇÃO

Este relatório é resultado da Inspeção Nacional, realizada em dezembro de 2018, em 40 Hospitais Psiquiátricos, localizados em dezessete estados, nas cinco regiões do país.¹

Tratou-se de uma ação interinstitucional organizada pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), pelo Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), pelo Ministério Público do Trabalho (MPT) e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP).

A missão nacional teve como principais objetivos:

- Verificar e analisar as condições de privação de liberdade das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, sobretudo a existência de violação de direitos;
- Avaliar a qualidade assistencial, a infraestrutura e os insumos básicos disponibilizados às pessoas internadas;
- Examinar os aspectos institucionais, tais como: a existência de Projeto Técnico Institucional (PTI), identificação das modalidades de internação atendidas, diversificação de estratégias terapêuticas e a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), ações para garantia dos direitos sociais (documentação, benefício, etc.) e para a desinstitucionalização das pessoas internadas na condição de longa permanência, articulação com os demais serviços da rede de saúde e intersetorial, visando à permanente re-inserção social e comunitária;
- Analisar as condições de trabalho e a composição das equipes de saúde no tocante à diversidade de categorias e ao quantitativo de profissionais;
- Examinar a utilização de medidas de caráter disciplinar no cotidiano institucional, abrangendo: práticas de castigo, espaços de confinamento e isolamento, realização de revista íntima ou vexatória, uso de medicação excessiva e aplicação de contenção mecânica;
- Verificar o tratamento dado a: crianças e adolescentes, mulheres, negros, pessoas idosa e Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros e Intersexos (LGBTI).

1 A lista completa dos Hospitais Psiquiátricos visitados encontra-se no Anexo 1.

Para a operacionalização da Inspeção Nacional foram criadas, no âmbito dos Estados, coordenações compostas pelos Conselhos Regionais de Psicologia (CRP), Ministérios Públicos Estaduais (MPE) e Procuradorias Regionais do Trabalho (PRT) locais, órgãos autônomos que, para compor as equipes de visita, contaram com representantes de conselhos de classe, do sistema de justiça, de organizações e segmentos da sociedade civil, de órgãos de prevenção e combate à tortura, além de universidades e órgãos das secretarias de saúde².

As distintas coordenações estaduais foram responsáveis pelas visitas aos estabelecimentos psiquiátricos e pela construção e validação dos relatórios estaduais³, sobre os quais o presente Relatório Nacional se debruçou para analisar e debater as principais violações de direitos encontradas, à luz de tratados, legislações e normativas nacionais e internacionais.

A síntese apresentada neste Relatório pretende trazer à tona um panorama da situação atual dos hospitais psiquiátricos que prestam serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS). A amostra de serviços visitados, corresponde a aproximadamente um terço do total dos hospitais psiquiátricos com leitos públicos, em funcionamento. Trata-se de uma visão abrangente, construída a partir da perspectiva interinstitucional, base dessa ação nacional, sem perder de vista as especificidades de cada uma das instituições partícipes desse processo.

O Relatório foi dividido em três partes.

A primeira parte faz uma breve introdução deste Relatório e apresenta as instituições responsáveis pela organização e coordenação nacional da inspeção. Em sequência, é feita uma contextualização histórica sobre os hospitais psiquiátricos e sua relação com o processo de reordenação do modelo

2 A relação dos participantes das inspeções aos hospitais psiquiátricos encontra-se no Anexo 2.

3 O relatório de cada hospital psiquiátrico inspecionado pode ser acessado nos sítios eletrônicos do MNPCT. Disponível em: <<https://mnpctbrasil.wordpress.com/relatorios/>>. Acesso em: 20 nov. 2019. Disponível em: <<https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/mecanismo-nacional-de-prevencao-e-combate-a-tortura-mnpct/relatorios>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

assistencial em saúde mental, promovido pela lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001⁴. Em seguida, a base legal e os principais eixos orientadores da Inspeção Nacional são expostos, a saber: a abrangência da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD) às pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de drogas; a proibição da internação em instituições com características asilares segundo lei n. 10.216, de 2001; e a compreensão sobre privação de liberdade e tortura a partir da lei n. 12.847, de 2013⁵. Por fim, descreve-se a metodologia de trabalho adotada para a realização da Inspeção Nacional.

A segunda parte compreende a análise das principais constatações de violações de direitos e de indícios de práticas de tortura, tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes identificados nas inspeções estaduais. Os critérios de eleição e organização dos temas que orientaram a análise foram inspirados no padrão estruturante da CDPD e de seu correlato instrumento internacional de avaliação de serviços de saúde mental e assistência social, denominado Direito é Qualidade⁶. Em ordem de capítulos, assim se apresentam o temas:

- a. **O direito a um padrão de vida adequado** - Abordam-se a infraestrutura e suas dimensões: alimentação, vestuário, ambiente acolhedor e confortável, comunicação, informação, privacidade e intimidade.
- b. **O direito de exercer capacidade civil, liberdade e segurança pessoal** - A tônica deste capítulo é o direito à liberdade de escolha, consentimento e recusa sobre o tipo de tratamento. Debates acerca de constatações no entorno do não reconhecimento da capacidade legal e direitos de liberdade são acompanhados, mais especificamente, por questões relacionadas às modalidades de internação e sua compatibilização com o direito à autonomia no que tange à administração de seus próprios bens e valores, incluindo o cenário de

4 BRASIL. lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, [2001]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leiS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 10 out. 2019.

5 BRASIL. lei n. 12.847, de 02 de agosto de 2013. Institui o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; cria o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2013]. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/lei/L12847.htm>. Acesso em: 10 out. 2019.

6 Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit_por/en/>. Acesso em: 20 nov. 2018.

interdição/curatela. Nesse prisma, ainda é abordada a questão da responsabilidade legal de terceiro sobre o sujeito internado, em situações diversas.

- c. **Direito a usufruir do padrão mais elevado de saúde física e mental.** Evidenciam-se aspectos relacionados à organização de atenção hospitalar, como Projeto Técnico Institucional (PTI), Projeto Terapêutico Singular (PTS) e as condições de trabalho dos profissionais de saúde. Também foram abordados os efeitos deletérios da internação em hospitais psiquiátricos, tais como a violação do direito à convivência familiar e comunitária, irregularidades na aplicação de contenção mecânica e eletroconvulsoterapia, uso excessivo de medicação, impedimento de exercício do direito sexual e a negligência e não discriminação realizada sobre essa população.
- d. **Violências: físicas, estupro, gênero e orientação sexual, revista vexatória e liberdade religiosa.** Neste capítulo, temas mais amplos, como violência física e sexual, revista vexatória e liberdade religiosa, permitiram aprofundar violações de direitos humanos abrangidas pelos demais capítulos.
- e. **A exploração da mão de obra das pessoas internadas.** Sob a perspectiva do direito ao trabalho digno e decente, diversas violações de direitos humanos foram identificadas, sobretudo ao se relacionar o paradigma aos direitos intrínsecos ao processo de reabilitação psicossocial. Ocupação do tempo ocioso, recompensas por tarefas, insuficiência de funcionários, indícios de trabalho forçado ou obrigatório constituíram elos de um tecido de atividades ocupacionais em nada compatíveis com os princípios e garantias de direitos humanos.
- f. **A internação de crianças e adolescentes.** Sensível ao paradigma da proteção integral, o tema enfileirou constatações acerca do caráter forçado das internações, sua execução em ambiente próprio de adultos, a violação do direito à convivência familiar e comunitária e demais direitos fundamentais, como à vida, alimentação, vestuário pessoal, lazer, liberdade de crença, sexuais e reprodutivos, educação e trabalho, acompanhados de procedimentos específicos como eletroconvulsoterapia.
- g. **Direito de viver de forma independente e incluído na comunidade.** Neste capítulo, abordamos situações de violação de direitos relacionados às pessoas idosas, como também aos processos de desinstitucionalização e suas exigências — negativas, como a internação de longa permanência, e positivas, como a articulação do cuidado em rede comunitária, em suma, em liberdade.
- h. **Monitoramento, Avaliação e Financiamento Público de Hospitais Psiquiátricos.** Incomum nas inspeções voltadas propriamente para a avaliação da qualidade dos serviços da assistência em saúde, os temas do monitoramento, avaliação e financiamento têm notório lugar na política de saúde mental, a explicar sobretudo os modos de manutenção de prática asilares em plena era da reforma psiquiátrica.

Na terceira parte, encerra-se o Relatório com as considerações finais, que incluem os achados transversais às quarenta instituições psiquiátricas inspecionadas e as providências a serem tomadas, diante do cenário verificado.

1.1 APRESENTAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES ORGANIZADORAS DA INSPEÇÃO NACIONAL



MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA

O Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) compõe o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (SNPCT) e, de acordo com a lei n. 12.847, de 2013, realiza inspeções em estabelecimentos em que se encontram pessoas privadas de liberdade, em todo território nacional, com a finalidade de prevenir e combater a tortura e outros ou penas tratamentos, penas cruéis, desumanos ou degradantes. O MNPCT resulta da ratificação, pelo Estado brasileiro, do Protocolo Facultativo à Convenção das Nações Unidas contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (OPCAT), promulgado pelo Decreto n. 6.085, de 19 de abril de 2007⁷. O MNPCT é composto por peritos e peritas, especialistas de diferentes campos de saber, selecionadas(os) nacionalmente, de modo a garantir a diversidade regional, gênero, raça e etnia, bem como por assessoria técnica e administrativa. As missões institucionais abrangem locais como centros de detenção, estabelecimentos penais, hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, instituições de abrigo de pessoa idosa, unidades socioeducativas e centros militares de detenção disciplinar. Em cada missão, um relatório circunstanciado é elaborado, por meio do qual dirigem-se recomendações aos órgãos e autoridades competentes.

7 BRASIL. lei n. 6.085, de 19 de abril de 2007. Promulga o Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, adotado em 18 de dezembro de 2002. Brasília, DF: Presidência da República, [2007]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6085.htm>. Acesso em: 10 out. 2019.



CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO (CNMP)

O Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) é um órgão colegiado criado pela Emenda Constitucional n. 45, de 2004, que tem, entre outras atribuições, a fiscalização administrativa, financeira e disciplinar do Ministério Público e a busca da unidade nacional da instituição, visando alinhar os ramos do MP em torno de objetivos comuns, com foco na melhoria dos serviços prestados à sociedade.

No âmbito de proteção dos vários direitos fundamentais, o CNMP atua por meio de suas comissões temáticas, sendo a Comissão Extraordinária de Aperfeiçoamento e Fomento da Atuação do Ministério Público na Área da Saúde a encarregada de “fortalecer e aprimorar a atuação dos órgãos do Ministério Público na tutela do direito à saúde, com a finalidade de facilitar a integração e o desenvolvimento do Ministério Público brasileiro nessa tutela, particularmente buscando: I – auxiliar nas ações do Ministério Público que visem à ampliação e à garantia da oferta de serviços de saúde a toda a população; II – colaborar no desenvolvimento de metodologias para a fiscalização das políticas públicas na área de saúde” (art. 2º, Resolução do CNMP n. 186, de 5 de março de 2018⁸).



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO (MPT)

O Ministério Público do Trabalho (MPT) é instituição permanente, dotada de autonomia funcional e administrativa, com atuação independente dos Poderes

8 BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. Resolução n. 186, de 05 de março de 2018. Dispõe sobre a criação da Comissão Extraordinária de Aperfeiçoamento e Fomento da Atuação do Ministério Público na Área da Saúde. Brasília, DF: CNMP [2018]. Disponível em: <<https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Resolucoes/Resolucao-n-186-2018-Cria-a-Comissao-Extraordinaria-de-Aperfeioamento-e-Fomento-da-Atuacao-do-Ministerio-Publico-na-rea-da-Sade.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.

Legislativo, Executivo e Judiciário. Aos procuradores do Trabalho cabe adotar medidas com fins de assegurar condições de saúde e de segurança laborais, proteger os direitos difusos, coletivos e individuais diante de ilegalidades praticadas no campo trabalhista, como o trabalho escravo, trabalho infantil e discriminação.



CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP)

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) é uma autarquia de direito público, com autonomia administrativa e financeira, cujos objetivos, além de regulamentar, orientar e fiscalizar o exercício profissional, como previsto na lei n. 5.766, de 20 de dezembro de 1971⁹, regulamentada pelo Decreto n. 79.822, de 17 de junho de 1977¹⁰, promove discussões sobre temas da Psicologia a fim de qualificar serviços profissionais prestados pela categoria à sociedade. Historicamente pauta sua atuação com compromisso social, em defesa dos direitos humanos mediante um projeto ético político construído coletivamente com a categoria.

Esses órgãos diversos, mas com o eixo comum da fiscalização, orientação e defesa da sociedade e dos cidadãos unem-se fundamentalmente pela garantia dos Direitos Humanos.

9 BRASIL. lei n. 5.766, de 20 de dezembro de 1971. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República [1971]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5766.htm>. Acesso em: 10 out. 2019.

10 BRASIL. Decreto n. 79.822, de 17 de junho de 1977. Regulamenta a lei n. 5.766, de 20 de dezembro de 1971, que criou o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República [1977]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D79822.htm>. Acesso em: 10 out. 2019.

2

CONTEXTO HISTÓRICO

A lógica da exclusão em instituições psiquiátricas e da privação de liberdade de pessoas consideradas doentes mentais inicia ascensão no Brasil, na primeira metade do século XIX, com a construção, em 1842, do primeiro hospital psiquiátrico na cidade do Rio de Janeiro o Hospício Pedro II. A história nos revela que, por aproximadamente 180 anos, a política de saúde mental no País esteve centrada na lógica da segregação de pessoas em hospitais psiquiátricos.

É no século XX, contudo, que a internação psiquiátrica ganha contornos institucionais que a tornam protagonista nas ações de Estado. O Código Civil de 1916¹¹ chancela essa ótica ao sacralizar o indivíduo louco como incapaz. De modo específico, o Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934¹², anuncia os novos enquadramentos no processo de classificação das doenças e os novos estabelecimentos psiquiátricos. No que tange aos segmentos populacionais enquadrados em razão do uso de drogas ou da prática delitual, normativos paralelos¹³ ampliavam o acervo legal nacional no sentido da manicomialização.

Em 1978, nasce o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, organizado para vocalizar as denúncias de violência institucional há tempos localizada nos hospitais psiquiátricos, bem como canalizar reivindicações

11 BRASIL. lei n. 3.071, de 1º de janeiro de 1916. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Rio de Janeiro, DF: Presidência da República, [1916]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leiS/L3071.htm>. Acesso em: 10 dez. 2018.

12 BRASIL. Decreto n. 24.559, de 03 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Rio de Janeiro, DF: Presidência da República, [1934]. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 10 out. 2019.

13 É o disposto no Decreto n. 14.969, de 3 de setembro de 1921, que cria a figura do toxicômano, os sanatórios para ele destinados e regulamenta a entrada de substâncias tóxicas no país; Decreto Distrital n. 14.831, de 25 de maio de 1921, do Rio de Janeiro, que criou o primeiro manicômio judiciário do país; o Código Penal brasileiro, de 1940, que estabelece o estabelecimento psiquiátrico para o cumprimento das medidas de segurança.

pertinentes à superação do modelo asilar¹⁴. Durante o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental em 1987, nasce o movimento da Luta Antimanicomial, constituído por trabalhadores, usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares, apoiado por militantes do movimento pela reforma sanitária no país:

É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais¹⁵.

Com o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, esse movimento impulsionou um novo olhar sobre a loucura e problematizou o lugar social do manicômio, que extrapola os limites de sua estrutura física e organização institucional, trazendo à tona questionamentos sobre os saberes que legitimam sua existência e suas práticas¹⁶. Os princípios da reforma psiquiátrica aliçados ao longo dos últimos quarenta anos têm sido ratificados nas quatro Conferências Nacionais de Saúde mental que aconteceram desde então.

Em 1988, pela primeira vez, a Constituição Federal¹⁷ instigou à realização de questionamentos sobre a regra do tratamento asilar. Abriram-se alas para a promulgação das leis que repercutiram na reforma psiquiátrica tanto em

14 Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. 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: OPAS, 2005.

15 Id. *ibid*, p. 7.

16 Id. *ibid*.

17 BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 10 out. 2019.

nível federal (lei n. 8080/90¹⁸ e lei n. 8142/90¹⁹) quanto em âmbito estadual.²⁰ Ensejou-se, assim, a elaboração de documentos nacionais que assegurassem cuidado em liberdade aos segmentos em situação de vulnerabilidade.

Nesse caminho, a I Conferência de Saúde Mental em 1987, a Constituição de 1988, a lei federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (SUS) e o Projeto de lei “Paulo Delgado”, apresentado em 1989, formularam diretrizes que definiram os princípios da reorganização da Atenção à Saúde Mental, sendo essa política, por princípios constitucionais, emancipada ao grau de política de Estado, e não apenas de governo.

Ao longo das quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental e centenas de Conferências Municipais e Estaduais, associações de usuários, familiares, gestores e trabalhadores de Saúde Mental têm ocupado lugar na avaliação das condições de saúde e saúde mental, bem como na proposição das diretrizes para a formulação da política de saúde mental nas três esferas de gestão. As conferências de saúde mental são dispositivos de participação e de controle social, de contribuição ao debate, crítica e formulação da política pública na luta para o fortalecimento e a consolidação do SUS.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental²¹, realizada em 2010, com o tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e

18 BRASIL. lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 out. 2019.

19 BRASIL. lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República [1990]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 10 out. 2019

20 Oito estados brasileiros adiantaram-se na promulgação de leis que garantem a reforma psiquiátrica: Rio Grande do Sul (lei Estadual n. 9.716/2002), no Ceará (lei Estadual n. 12.151/1993), Distrito Federal (lei Distrital n. 975/1995), Espírito Santo (lei Estadual n. 5.267/1996), Minas Gerais (lei Estadual n. 11.802/1995), Paraná (lei Estadual n. 11.189/1995), Pernambuco (lei Estadual n. 11.064/1994), Rio Grande do Norte (lei Estadual n. 6.758/1995).

21 BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL, 4., 2010. Brasília. Anais... Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

enfrentar desafios”, reafirmou, de forma unívoca e incondicional, os princípios da reforma psiquiátrica em curso no país e a superação do modelo asilar, a partir da consolidação de uma rede substitutiva diversificada, da intersetorialidade, da garantia dos direitos humanos e da cidadania das pessoas com transtorno mental e seus familiares. A Conferência se manifestou contrariamente a todas as propostas de privatização e de terceirização de serviços, na direção de um sistema público de serviços de saúde mental. Finalmente, reafirmou a necessidade da presença e participação ativa dos usuários na rede de serviços, na produção do próprio cuidado em saúde mental, e no ativismo junto aos serviços e aos dispositivos de controle social.

Se, até a constitucionalização do direito à saúde e as reformas decorrentes (sanitária e psiquiátrica), os hospitais psiquiátricos centralizavam um modelo hegemônico de tratamento, isso se devia ao fato de a lógica de exclusão se valer — ou ser consequência — da internação psiquiátrica. Os vários dispositivos criados para substituição da lógica hospitalocêntrica ao longo dos últimos trinta anos no contexto do SUS compõem, atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Conforme a Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010²², a RAPS constitui uma das cinco redes temáticas de atenção à saúde estratégicas para a organização do SUS, sendo a atenção psicossocial considerada uma das dimensões essenciais para a garantia do cuidado integral em cada região de saúde²³.

As diretrizes e os componentes da RAPS, instituídos em 2011, foram estruturados com a finalidade favorecer a articulação, a diversificação e ampliação de ações e serviços destinados às pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais, incluindo àquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Para o alcance do cuidado integral na perspectiva de produção de saúde como exercício de cidadania, preconiza-se o cuidado em liberdade, a intersetorialidade e a oferta de serviços de saúde organizados

22 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Capítulo I. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 10 out. 2019.

23 BRASIL. Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 10 out. 2019.

em sete componentes estratégicos: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Paralelamente a todo esse processo histórico, em 2006, emerge a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência²⁴ (CDPD), ratificada internamente no ano de 2008. Conforme será tratado ao longo desse Relatório, a CDPD tem completa influência na mudança de paradigma do modelo biomédico para o modelo social, abrangendo também o público com transtornos mentais — incluindo às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas —, acerca de cuja subsunção detalharemos adiante.

Há de se destacar, também, que no bojo e na reformulação de todo arcabouço normativo, em 2015, foi aprovada a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI)²⁵. A LBI, ou Estatuto da Pessoa com Deficiência, como também é conhecido, tem como base de sustentação a CDPD que, da mesma forma, abrange os direitos das pessoas com transtornos mentais e pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS):

A Comissão adota uma perspectiva holística dos determinantes sociais da saúde. A saúde deficiente dos pobres, a gradação social na saúde dentro dos países e as desigualdades profundas entre países são provocadas pela distribuição desigual de poder, rendimentos, bens e serviços, nas escalas nacionais e global, a consequente injustiça nas circunstâncias visíveis e imediatas da população — o seu acesso a cuidados de saúde, escolas e educação, as suas condições laborais e recreativas, os seus lares, comunidades, vilas e cidades — e as suas hipóteses de usufruir de uma vida próspera. Esta distribuição desigual de experiências potencialmente

24 BRASIL. Decreto Legislativo n. 186, de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Brasília, DF: Presidência da República, [2008a]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm>. Acesso em: 10 out. 2019.

25 BRASIL. lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, [2015b]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/lei/L13146.htm>. Acesso em: 10 out. 2019.

perigosas para a saúde não constitui, de modo algum, um fenômeno “natural”, sendo antes o resultado de uma combinação tóxica de políticas sociais e programas débeis, estruturas econômicas injustas e política de baixa qualidade. Em conjunto, os determinantes estruturais e as condições de vida quotidianas constituem os determinantes sociais da saúde e são responsáveis pela maior parte das desigualdades na saúde dentro e entre países²⁶.

Para produzir saúde mental, interfaces importantes e necessárias precisam ser feitas com o campo dos direitos humanos, da assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc. Todas as políticas que assegurem a redução das desigualdades sociais e que proporcionem melhores condições de mobilidade, trabalho e lazer são fundamentais neste processo.

Essa mudança no modo de encarar o cuidado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental se revela nas políticas públicas. No ano de 1998, por exemplo, o Brasil contava com apenas 148²⁷ Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Atualmente, há aproximadamente 2.549 unidades, nas suas diferentes modalidades. Para além dos CAPS, serviços estratégicos da atenção psicossocial, a RAPS conta com 1.328 leitos de saúde mental em hospitais gerais, sessenta Unidades de Acolhimento e 583 Residências Terapêuticas habilitadas junto ao Ministério da Saúde²⁸.

No final de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), instância de articulação e pactuação que atua na direção nacional do SUS, vedou qualquer

26 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal: Organização Mundial de Saúde; 2010, p. 1. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/8/9789248563706_por_contents.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

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

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

ampliação da capacidade instalada de leitos em hospitais psiquiátricos,²⁹ que, atualmente, representa aproximadamente de dezenove mil leitos. Nesse contexto, ainda que tal medida reafirme o modelo de base comunitária, indicando reestruturação dos serviços, e aponte para a estagnação e progressivo fechamento desses estabelecimentos, a CIT redefiniu os componentes da RAPS, neles incluindo o próprio hospital psiquiátrico cuja ampliação de leitos fora proibida. É o que se verifica na Portaria GM/MS n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017³⁰, que chancela o reinvestimento na instituição asilar ao incluir, como novo ponto de atenção da RAPS, o “hospital psiquiátrico especializado”.

No que se refere aos recursos públicos investidos no redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, os dados publicizados pelo Ministério da Saúde³¹ indicavam que no ano de 2002, 75,24 % dos recursos federais destinados ao cuidado em saúde mental eram aplicados em serviços hospitalares, enquanto somente 24,76 % eram investidos na rede de atenção comunitária. Já em 2013, o montante de recursos federais investidos na rede de serviços de base territorial e comunitária saltou para 79,39 %, enquanto os recursos destinados à atenção em serviços hospitalares corresponderam a 20,61 %.

Nessa medida, no ano de 2018, iniciou-se o reinvestimento nos leitos psiquiátricos, cujos estabelecimentos passam a ganhar potência na corrida orçamentária do SUS. Portanto, em um contexto de limitação de gastos sociais, inclusive no SUS³², o financiamento — capítulo 8 a ser desenvolvido oportunamente ao longo deste documento — ganha relevo ao evidenciar uma flagrante oposição à reforma psiquiátrica. Mais: desde 2017, cresce o investimento público no mesmo tipo de estabelecimento de características asilares deflagrado pela Inspeção Nacional, o que, por si só, apresenta-se

29 Cf.: Resolução CIT n. 32, de 14 de dezembro de 2017 e Portaria GM/MS n. 3.588 de 21 de dezembro de 2017.

30 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo V. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 10 out. 2019.

31 BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 12. 2015. Disponível em: <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

32 Notadamente a partir da EC n. 95/2016.

como uma contradição, uma vez que a lei n. 10.216/2001 é imperativa ao vedar que pessoas sejam internadas nessas instituições.

A substituição do modelo de atenção, pautada na reestruturação da rede assistencial de base territorial e comunitária, mantém-se em curso e se coloca como um desafio cotidiano para aqueles que atuam no campo da saúde mental. A transformação do modo de cuidado se expressa no dia a dia das relações, no cerne dos serviços, mas não só, implica a mudança da cultura manicomial, a necessidade de implantação de novos serviços e de assegurar condições adequadas de funcionamento para os serviços já existentes, a invenção de novas estratégias alinhadas com a premissa do cuidado em liberdade.

3

PRINCIPAIS EIXOS LEGAIS

Este Relatório Nacional tem como principais eixos orientadores definições estabelecidas por algumas convenções internacionais, ratificadas pelo Brasil, e lei nacionais que possibilitam lançar luz sobre a realidade dos hospitais psiquiátricos, mostrando as condições e os tratamentos dispensados às pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de drogas

3.1 CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (2008)

Em primeiro lugar, é importante destacar o avanço da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD) no que se refere ao paradigma conceitual que define deficiência e o papel do Estado em assegurar políticas públicas que equiparem as condições de vida das pessoas com deficiência às demais pessoas da sociedade. O Brasil ratificou a CDPD, por meio do Decreto Legislativo n. 186, de 09 de julho de 2008.

A Convenção tem por propósito promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, além de promover o respeito pela sua dignidade inerente. Vale lembrar da definição de deficiência, que combina atributos biopsicossociais com o ambiente: é a justaposição de “impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial” com “diversas barreiras” (atitudinais e ambientais), que podem obstruir “participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas” (CDPD, art. 1º).

Essa lei desloca a perspectiva do modelo biomédico para o modelo social, na medida em que caracteriza a deficiência a partir das condições efetivas de participação social dos sujeitos com impedimentos físicos, mentais, intelectuais e/ou sensoriais duradouros, de modo a reconhecer que o contexto social produz maiores ou piores condições dos sujeitos exercerem seus direitos de cidadania.

Em contrapartida, cabe ao Estado tomar uma série de iniciativas para garantir a realização dos direitos humanos desse segmento. Exemplo reside no ponto 3 do artigo 12, ao aduzir que “os Estados-Parte tomarão medidas apropriadas para prover o acesso de pessoas com deficiência ao apoio que necessitem no exercício de sua capacidade legal”. Mesma face da moeda, no contexto do tratamento, o artigo 25 preconiza o respeito ao consentimento livre e esclarecido das pessoas com deficiência pelos serviços de saúde.

Em seu artigo 19, a Convenção propõe os princípios da vida independente e da inclusão na comunidade que se coadunam com os preceitos da desinstitucionalização, uma vez que prevê acesso a uma variedade de serviços de apoio em domicílio, em instituições residenciais e outros serviços comunitários de apoio, para que as pessoas com deficiência vivam e sejam incluídas na comunidade, evitando seu isolamento ou segregação. Isso significa assegurar o direito à livre expressão da vontade, da opinião e das preferências, à privacidade, a todas as formas de comunicação, bem como ao direito de votar, casar-se, ter filhos, possuir ou herdar bens e controlar suas finanças.

Cabe aqui uma breve inflexão, relevante no contexto brasileiro, acerca da inclusão das pessoas com transtornos mentais dentre os públicos abrangidos pela CDPD.

A CDPD diferenciou, de maneira intencional, a deficiência mental da intelectual, justamente para abranger os transtornos mentais como condição de adoecimento, com aspectos que, em interação com o ambiente, podem sofrer prejuízos funcionais para a participação plena e efetiva da sociedade, em condições de igualdade com as demais pessoas. Nesse sentido, é imperativo chamar a atenção para o fato da CDPD também abranger seus direitos às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais — incluindo aquelas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas —, isso, porquanto sejam essas pessoas avaliadas por critérios organizados na Classificação Internacional de Doenças (CID), bem como pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

A CID contempla toda a nosografia oficialmente reconhecida pelas classes médicas, incluindo aquela referente aos transtornos mentais, cujo capítulo é aplicado às pessoas com deficiências do campo mental e intelectual. A CIFIS³³, por sua vez, é estruturada com base na avaliação das Funções e

33 NAÇÕES UNIDAS. Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Disponível em: <<http://www.crosp.org.br/uploads/arquivo/ab3494d4c3e4c948d29180648d2e2115.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.

Estruturas do Corpo e das Atividades e Participação, relacionando os fatores ambientais a tais aspectos. Na medida em que o código médico serve para embasar o quadro diagnóstico de pessoas com deficiências, é o código de direitos (CDPD) que faz o caminho de volta, completando o circuito de garantias ao contemplar as pessoas com transtornos mentais, incluindo aquelas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, cuja nosografia esteja elencada na CID. Não é sem interesse que a legislação penal e civil precedente à Convenção já englobava ambos públicos para efeitos jurídicos, sejam no âmbito dos direitos seja no dos deveres do Estado. Por isso, a Convenção passa a ser um valioso instrumento de proteção dessa população, principalmente quando internadas por longo prazo dentro de um hospital psiquiátrico, em condição de privação de liberdade.

Dirigente, a CDPD estabelece, no artigo 14, que a privação de liberdade não pode ser justificada pela existência de deficiência. Trata-se de discriminação, tipificada como ilícito penal pela Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (LBI), documento nacional que, em 2015, internalizou a Convenção. Essa proibição estabelecida na Convenção assenta-se sobre os mesmos princípios que a autorizam a decidir pela emancipação da capacidade legal das pessoas com deficiência.

Conforme o texto do ponto 2 do artigo 12, “as pessoas com deficiência gozam de capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida”. No mesmo rumo, o artigo 15 estabelece que cabe, ainda, ao Estado tomar as medidas efetivas de natureza para evitar que pessoas com deficiência, assim como as demais pessoas, sejam submetidas à tortura.

É imprescindível, em meio à discussão sobre a CDPD, tratar da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência. Desdobrou-se na lei n. 13.146/2015, de conteúdo e finalidade com base na própria Convenção. Portanto, a LBI é imperativa ao proibir que a pessoa com deficiência seja submetida a tratamento ou institucionalização forçada, sem que haja seu consentimento prévio, salvo em casos de risco de morte e de emergência em saúde, resguardado seu superior interesse.

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

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

Por fim, ainda no bojo dos direitos à saúde, prevê-se que os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra a pessoa com deficiência sejam notificados compulsoriamente pelos serviços de saúde à autoridade policial e ao Ministério Público, além dos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Ressalta-se também a possibilidade de responsabilização penal não só de familiares, mas dos gestores e diretores de hospitais, prevista nos casos de abandono de pessoas com deficiência em hospitais, casas de saúde, entidades de abrigamento ou congêneres.

3.2 LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA (*lei federal n. 10.216/2001*)

Primeira legislação nacional que dispõe sobre os direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais e promove uma reorientação do modelo assistencial em saúde mental, a lei n. 10.216, de 2001, mais conhecida como Lei da reforma Psiquiátrica Brasileira, é oriunda do Projeto de lei n. 3657/1989, que previa a extinção gradativa dos manicômios. Alterada para a finalidade de instituir direitos, configura-se como um divisor de águas, incidindo no deslocamento da lógica manicomial para a lógica de atenção comunitária.

Nesse sentido, a leitura e a compreensão da referida lei é de extrema importância, pois são suas diretrizes que garantem um olhar mais crítico e apurado sobre possíveis violações de direitos humanos em instituições e serviços que ofertam tratamento às pessoas em sofrimento e/ou transtornos mentais, incluindo àquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Aqui estão destacados alguns pontos específicos, mas que, evidentemente, não traduzem a totalidade da importância desse marco legal.

Em primeiro lugar, a lei n. 10.216/2001 elenca no artigo 2º, parágrafo único, os direitos a serem garantidos nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, para as pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais. Contudo, no artigo 4º, §3º, em oposição ao não-cumprimento dos direitos estabelecidos no artigo 2º e dos recursos definidos no parágrafo 3º, do artigo 4º, a referida lei define um conceito muito relevante para compreender as situações identificadas nos hospitais inspecionados que são as instituições com características asilares.

Para o início dessa compreensão, se faz imprescindível observar o artigo 2º da lei n. 10.216/2001:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

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.

Como pode ser observado, são estabelecidos nove direitos a serem exercidos nos atendimentos em saúde mental. Em resumo, esses direitos visam garantir um atendimento individualizado, com humanidade e respeito, visando sua desinternação e seu tratamento sem serviços comunitários. Protegem também as pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais contra abusos e explorações e garantem o sigilo das informações prestadas, bem como ter acesso à presença médica para esclarecimentos sobre a necessidade ou não de sua internação.

Da mesma forma, a legislação é objetiva ao garantir que a pessoa receba o maior número de informações sobre sua doença e tratamento, além de prever que esses ambientes terapêuticos sejam o menos invasivos possíveis.

A lei n. 10.216/2001, no artigo 4º, aponta a excepcionalidade de qualquer modalidade de internação. Contudo nos casos em que a internação é indicada, ela deve visar a reinserção social e comunitária e deve ser estruturado para oferecer assistência integral, o que inclui serviços médicos, psicossociais, ocupacionais e de lazer, entre outros. Além de vedar a internação em locais com características asilares. Como pode ser vista na citação integral do referido artigo:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no §2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do artigo 2º.

Como pode-se observar, uma instituição com característica asilar é aquela que descumpre os direitos estabelecidos para o atendimento em saúde mental e não estrutura de forma integral o tratamento das pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais, incluindo àquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em qualquer modalidade de internação.

Em relação à internação psiquiátrica, como apresentado acima, a condição para sua indicação deve acontecer quando da insuficiência dos recursos extra-hospitalares de atenção em saúde mental. Sua finalidade permanente deve ser a reinserção social do usuário em seu meio. Nesses casos, a lei n. 10.216, de 2001 definiu três modalidades de internação: voluntária, involuntária e compulsória; sendo que o médico, devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM), é o único profissional autorizado a solicitar as internações psiquiátricas voluntária ou involuntária, além de avaliar a compulsória.

Como destaque, há de se fazer uma problematização, que não se esgota neste capítulo, sobre as modalidades de internação previstas na legislação. A diferença básica entre a internação involuntária e a internação compulsória, segundo a lei n. 10.216/2001, é que a primeira é solicitada pelo profissional médico, enquanto que a internação compulsória é determinada pela autoridade judiciária, a partir do estabelecido no Código Penal. Para todas, o laudo médico circunstanciado é imprescindível. No caso de internação involuntária, o artigo 8º, §1º, da lei n. 10.216/2001, estabelece que deverá ser comunicada, no prazo de 72 horas, ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento de saúde no qual tenha ocorrido, sendo o mesmo procedimento quando da respectiva alta.

3.3 LEI QUE CRIA O SISTEMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA (lei federal n. 12.847/2013)

A lei n. 12.857/2013, que instituiu o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (SNPCT), trouxe dois aspectos fundamentais para a Inspeção Nacional: o conceito de tortura e de que as pessoas internadas em hospitais psiquiátricos estão privadas de liberdade. Como pode ser vista na citação do artigo 3º da lei mencionada:

Art. 3º Para os fins desta lei, considera-se:

I - **tortura**: os tipos penais previstos na **lei n. 9.455**, de 7 de abril de 1997, respeitada a definição constante do artigo **1** da Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, promulgada pelo **Decreto n. 40**, de 15 de fevereiro de 1991

II - **pessoas privadas de liberdade**: aquelas obrigadas, por mandado ou ordem de autoridade judicial, ou administrativa ou policial, a permanecerem em determinados locais públicos ou privados, dos quais não possam sair de modo independente de sua vontade, abrangendo locais de internação de longa permanência, centros de detenção, estabelecimentos penais, **hospitais psiquiátricos**, casas de custódia, instituições socioeducativas para adolescentes em conflito com a lei e centros de detenção disciplinar em âmbito militar, bem como nas instalações mantidas pelos órgãos elencados no art. 61 da lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984. (grifos nossos)

É fundamental compreender o que está expresso no artigo 3º, inciso II da lei n. 12.847/2013, para a Inspeção Nacional. Em primeiro lugar, a lei define pessoa privada de liberdade aquela mantida obrigatoriamente, à despeito de sua vontade, em determinado local, por mandado ou ordem de autoridade judicial, administrativa ou policial. Em segundo lugar, o referido artigo 3º, II, reconhece os hospitais psiquiátricos como um espaço de privação de liberdade. Portanto, é preciso compreender que essa população está privada de liberdade para além de quando está internada de maneira involuntária ou compulsória, ou, ainda, quando encontra-se em situação de longa permanência, período superior a um ano de forma ininterrupta³⁴, haja vista a distinção realizada pela lei n. 12.847/2013.

34 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.840, de 2014. In Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Capítulo III, Seção II. Disponível em: <<https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolidacao-n-3-de-28-de-setembro-de-2017.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.

Vale destacar, desde já, que, afora os crimes de natureza militar, a privação de liberdade autorizada pela Constituição Federal é condicionada a duas situações taxativas expostas no artigo 5º, inciso LXI: “flagrante delito ou por ordem escrita e fundamentada de autoridade judiciária competente”. Desdobrando o segundo caso, a mesma Carta garante que a privação é típica dos processos penais; excepcionalmente no âmbito civil, é medida gravosa aplicada exclusivamente em situação de dívida alimentícia (art. 5º, LXVII).

De todo modo, a privação de liberdade sempre deverá ser precedida pelo devido processo legal (artigo 5º, LIV), o que não ocorre com as internações psiquiátricas involuntárias, cuja definição será explorada mais adiante. Ademais, a previsão constitucional de privação de liberdade está, principiologicamente, condicionada apenas a atos ilícitos, mesmo na seara civil. Novamente, não é do que decorre a internação psiquiátrica administrativa, dada a ausência de delito como mote do tratamento.

Nesse contexto, as Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos³⁵, também conhecida como Regras de Mandela, por analogia servem como parâmetros mínimos aceitáveis internacionalmente para tratamento das pessoas privadas de liberdade nos hospitais psiquiátricos. São diversas regras que encontraram ecos no que foi observado nas inspeções realizadas, tais como, as regras que proíbem as práticas de confinamento solitário indefinido, prolongado, em ambiente escuro ou constantemente iluminado, de castigos corporais, de redução de dieta ou água potável e de castigos coletivos. Por isso, as Regras de Mandela também foram adotadas como referência para a Inspeção Nacional.

Conforme mencionado anteriormente, a lei n. 12.847/2013, no artigo 3º, I, apresenta o conceito de tortura, também bastante relevante para as inspeções realizadas. A referida lei parte de duas definições legais de tortura vigentes dentro do ordenamento jurídico brasileiro: (i) a Convenção das Nações Unidas contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis,

35 NAÇÕES UNIDAS. Regras de Mandela: regras mínimas das Nações Unidas para o tratamento de reclusos. Adotadas pelo Primeiro Congresso das Nações Unidas sobre a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Delinquentes, realizado em Genebra em 1955, e aprovadas pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas através das suas resoluções 663 C (XXIV), de 31 de Julho de 1957 e 2076 (LXII), de 13 de Maio de 1977. Resolução 663 C (XXIV) do Conselho Econômico e Social. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-P-ebook.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

Desumanos ou Degradantes³⁶ e (ii) a lei n. 9.455, de 7 de abril de 1997³⁷.

O artigo 1º da Convenção das Nações Unidas contra a Tortura define a tortura como qualquer ato cometido por agentes públicos ou atores no exercício da função pública pelo qual se inflija intencionalmente a uma pessoa dores ou sofrimentos graves, físicos ou mentais, a fim de obter informação ou confissão, de castigá-la por um ato que cometeu ou que se suspeite que tenha cometido, de intimidar ou coagir, ou por qualquer razão baseada em algum tipo de discriminação.

Já a lei n. 9.455, de 7 de abril de 1997, tipifica o crime de tortura, como a conduta de constranger alguém com emprego de violência ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento psíquico ou mental com a finalidade de obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceiros, de provocar ação ou omissão de natureza criminoso, ou em razão de discriminação racial ou religiosa. A Lei Brasileira define ainda como tortura, o ato de submeter alguém sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de violência ou grave ameaça, a intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo.

Por fim, a definição de tortura prevista no artigo 2º da Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura³⁸, objetivamente, amplia a definição de tortura para considerar ações ou omissões de funcionários públicos ou de pessoas em exercício de funções públicas. Assim, tais atores, mesmo não causando sofrimento físico ou mental, cometem tortura quando desempenham: (i) métodos tendentes a anular a personalidade da vítima, ou (ii) métodos tendentes a diminuir capacidade física ou mental.

Embora nenhum dos normativos faça uma distinção entre tortura e os

36 BRASIL. Decreto n. 40, de 15 de fevereiro de 1991. Promulga a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Congresso Nacional [1991]. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0040.htm>. Acesso em 10 out. 2019.

37 BRASIL. lei n. 9.455, de 7 de abril de 1997. Define os crimes de tortura e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1997]. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19455.htm>. Acesso em 10 out. 2019.

38 ESTADOS AMERICANOS. OEA. Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura. Disponível em: <<http://www.oas.org/juridico/portuguese/treaties/a-51.htm>>. Acesso em 10 out. 2019..

outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos e degradantes, no documento “Questões fundamentais para prevenção à tortura no Brasil”³⁹, produzido em 2015 pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) e pela Organização dos Estados Ibero-Americanos (OEI), é esclarecido que a Tortura é compreendida num sentido ampliado, isto é, “como o último elo de uma cadeia iniciada a dignidade humana foi ignorada ou violada”. Portanto, quaisquer atos violadores da dignidade da pessoa privada de liberdade devem ser igualmente proibidos e entendidos como tortura.

Os tratamentos e/ou penas cruéis, desumanas ou degradantes podem parecer “mais leves” que a prática da tortura. Contudo, trata-se de um engano visto que eles também carregam os principais consensos existentes entre os normativos internacionais e nacionais, quais sejam: i) atos intencionais diretos ou indiretos realizado por agente público; ii) para infligir graves dores ou sofrimentos físicos e/ou mentais; iii) a uma pessoa que esteja sob sua custódia; iv) com objetivo de obter informação, confissão, castigá-la, intimidar, coagir ou por qualquer razão baseada em algum tipo de discriminação.

Estes não devem ser confundidos com o crime de maus-tratos tipificado no Código Penal, pelo artigo 136. Portanto, são considerados maus-tratos: “expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina”. Situação agravada se ocorrer lesão corporal grave ou morte. Tipificação distinta da apresentada anteriormente sobre tortura.

É importante destacar que no “Livro de Recurso da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: Cuidar sim, excluir não”⁴⁰, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a existência de tratamento desumano e degradante em algumas instituições de saúde mental:

39 BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Questões fundamentais para prevenção à tortura no Brasil. Brasília: SDH, 2015, p. 38. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/06/598be0717d1b5ed2c7e69bbcf1bf51bd.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

40 NAÇÕES UNIDAS. Organização Mundial de Saúde. Livro de Recurso da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: Cuidar sim, excluir não. Genebra, 2005. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

Em certas instituições de saúde mental há um número enorme de exemplos que poderiam constituir tratamento desumano e degradante. Entre eles se incluem: falta de um ambiente seguro e higiênico; falta de alimentação e roupas adequadas; falta de aquecimento adequado ou agasalhos; falta de instalações adequadas de atenção à saúde para prevenir a disseminação de moléstias contagiosas; escassez de pessoal que leve a práticas pelas quais os pacientes sejam obrigados a executar trabalho de manutenção sem remuneração ou em troca de privilégios secundários; e sistemas de restrição que deixem uma pessoa coberta em sua própria urina ou fezes ou incapaz de se levantar ou locomover por longos períodos de tempo.

Portanto, não restam dúvidas de que as instituições psiquiátricas - que tenham características asilares - são espaços em que a tortura, penas cruéis e outras formas de tratamentos desumanos ou degradantes podem ocorrer, visto a existência de pessoas privadas de liberdade sob a responsabilidade de agentes públicos de saúde ou em exercício da função pública, nos casos dos hospitais psiquiátricos privados, que podem intencional ou omissivamente infligir grave sofrimento físico e psíquico com uma determinada finalidade.



METODOLOGIA PARA INSPEÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Uma das principais referências metodológicas para o desenvolvimento da Inspeção Nacional foi o kit de ferramentas *Direito é Qualidade*, da Organização Mundial da Saúde (OMS). Trata-se de um conjunto de temas, padrões e critérios com a finalidade de facilitar ações de qualificação dos serviços de saúde mental e assistência social, à luz dos marcos regulatórios de proteção dos direitos humanos desse público e seus familiares. A melhoria das políticas sociais prevista pelo *Direito é Qualidade* tem como mobilizador o desencadeamento de processos avaliativos organizados por um gradiente de assertivas (padrões e critérios) a serem contempladas caso o serviço verificado realmente apresente ações lastreadas na garantia de direitos humanos.

Com base nesse documento, a Coordenação nacional revisitou os diferentes instrumentos utilizados pelos seus órgãos, assim como as orientações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde para a realização do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria) e desenvolveu os instrumentos e roteiros que nortearam as equipes de visita no bojo desta Inspeção Nacional. Destaca-se: o roteiro semi-estruturado dirigido à entrevista com as pessoas privadas de liberdade; o roteiro semi-estruturado dirigido à entrevista com profissionais de saúde; o roteiro de observação; e a relação de documentos requisitadas à instituição visitada. Ademais, foram realizados registros audiovisuais de documentos, estrutura física, dos ambientes de internação, com a ressalva de preservar a privacidade e identidade de usuários e de profissionais.

Os cinco conjuntos de direitos preconizados pela CDPD foram utilizados como categorias de análise deste Relatório Nacional e os padrões e critérios constantes do documento *Direito é Qualidade* foram aplicados durante as entrevistas, observações e revisões documentais nos serviços inspecionados:

1. direito a um padrão de vida e de proteção social adequado;
2. direito a usufruir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental;
3. direito a exercer capacidade legal e o direito à liberdade pessoal e à segurança da pessoa;

4. Prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes e contra a exploração, violência e abuso;
5. direito de viver de forma independente e de ser incluído na comunidade.

4.1 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS A SEREM INSPECIONADOS

Tendo em vista a existência de Hospitais Psiquiátricos habilitados pelo Ministério da Saúde e, portanto, financiados com recursos públicos, tomou-se a decisão de selecionar os hospitais inspecionados a partir dos estabelecimentos públicos ou conveniados ao SUS ativos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Em setembro de 2018, totalizavam 131 hospitais psiquiátricos⁴¹.

A partir daí passou-se por uma exaustiva investigação para verificação daqueles nos quais havia leitos SUS em efetivo funcionamento, do que se chegou a 119 estabelecimentos e 18.459 leitos (15.676 leitos destinados ao SUS), localizados em 22 estados e distribuídos em todas as regiões do Brasil.

Foram definidos os seguintes critérios para a escolha dos Hospitais Psiquiátricos visitados nesta Inspeção:

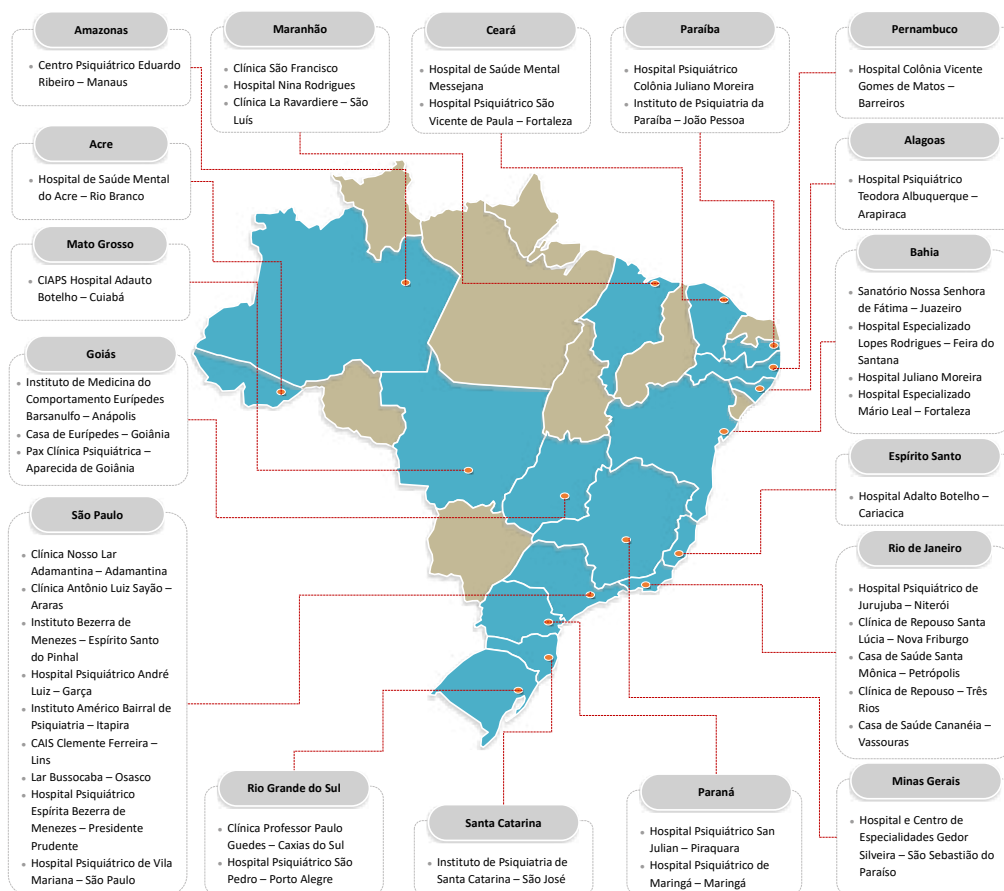
- A. Hospitais psiquiátricos de grande porte, acima de 400 leitos.
- B. Indicação de descredenciamento pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria).
- C. Existência de óbitos registrados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) nos últimos seis anos.
- D. Taxa de ocupação acima de 100 %.
- E. Notícias de denúncias de violação de direitos humanos e/ou irregularidades veiculadas pela mídia.
- F. Procedimentos Preparatórios, Inquéritos Cíveis, Ações Cíveis Públicas ou Termos de Ajustamento de Conduta em acompanhamento pelo Ministério Público.

Cabe ressaltar que a seleção dos estabelecimentos se balizou pela importância de garantir a visita a hospitais em todas as regiões do país, bem como a representatividade por região considerando o quantitativo de serviços e de leitos existentes. Sendo assim, foram eleitas 40 Instituições Psiquiátricas, distribuídas em dezessete Estados, conforme detalhado no Mapa abaixo.

41 Como pode ser verificada no Anexo 3 deste Relatório Nacional.

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

Fluxograma 1: Mapa de Hospitais Psiquiátricos visitados pela Inspeção Nacional



Fonte: Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2019.

4.2 ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO DAS VISITAS EM CADA ESTADO

A organização das visitas aos Hospitais Psiquiátricos foi construída a partir da padronização das ações, tendo em vista o caráter nacional da Inspeção. Em cada estado, foi estabelecida uma coordenação estadual constituída por representantes das Promotorias Estaduais, do Ministério Público do Trabalho, dos Mecanismos Nacional e Estaduais de Prevenção e Combate à Tortura, e dos Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs) e convidadas(os).

Tal como já apontado na introdução, vale ressaltar que houve uma grande pluralidade e diversidade na composição das equipes locais de Inspeção. Orientou-se que as equipes de visita fossem compostas por, no mínimo, quatro pessoas, quantidade razoável para melhor divisão de tarefas durante a visita aos hospitais psiquiátricos. Também foi ressaltada a importância de respeitar a diversidade de gênero e étnico-racial na composição das equipes.

Foram realizadas videoconferências para apresentação dos instrumentais, planejamento e alinhamento das ações de visita em todos os estados, tendo em vista que as visitas deveriam acontecer entre os dias 3 e 7 de dezembro de 2018, de acordo com a disponibilidade das equipes de visita de cada estado.

Em relação ao planejamento de cada visita local, foram feitos levantamentos sobre as instituições psiquiátricas escolhidas para serem visitadas na Inspeção Nacional, contemplando localização e acesso, estrutura física, espaços destinados à isolamento e contenção, quadro profissional, denúncias existentes, entre outros. O levantamento qualificado das informações possibilitou aos membros da equipe conhecimento mais profundo do serviço a ser visitado. Em nenhuma hipótese esse levantamento de informações foi realizado junto à instituição a ser visitada, sob pena de ocorrer a quebra de sigilo da Inspeção.

Conforme o protocolo de inspeções do MNPCT⁴² cada equipe de visita definiu um coordenador, responsável por conduzir a conversa inicial com o representante institucional presente no momento da visita e coletar os documentos obtidos durante a Inspeção, como também os insumos dos integrantes de sua equipe. As equipes de visita se organizaram de modo a garantir: a visita a to-

42 Cf.: BRASIL. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Resolução MNPCT n. 3. Disponível em: <<https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/mecanismo-nacional-de-prevencao-e-combate-a-tortura-mnpct/arquivos/Resoluon032016Protocolodepreparaodemissoexecuodemissoepsmisso.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

das as dependências do hospital, a entrevista com usuários e com trabalhadores, o acompanhamento de alguma refeição destinada às pessoas internadas – quando possível –, e a entrevista com a direção do hospital ao final da inspeção.

As equipes foram orientadas a manter um equilíbrio entre a eficiência e as restrições relativas à rotina desses serviços. Assim, foi possível mitigar o impacto da realização da Inspeção na rotina do hospital, evitando ao máximo atrasar as atividades no local, prejudicar o horário das refeições e dos cuidados de enfermagem, entre outros. O planejamento sobre o tempo dispensado à visita deveria contemplar os seguintes aspectos: a) tamanho da equipe; b) presença ou não de convidados; c) espaço físico do hospital psiquiátrico; d) número de pessoas internadas.

Em relação às entrevistas, as equipes de visitas foram orientadas a estarem atentas à comunicação verbal e não verbal dos entrevistados, garantindo que estivessem à vontade com os entrevistadores. Deve-se destacar que se primou pelo sigilo das entrevistas, buscando realizá-las sem a presença ou proximidade de algum profissional da instituição que pudesse inibir o diálogo. Também foi enfatizado que, durante os questionários, os diálogos não fossem realizados apenas com usuárias(os) indicadas(os) pela da equipe institucional, sob pena de se perder em quantidade, diversidade de pessoas e condições de vida institucional. Ademais, é estratégia importante para minimizar ou evitar retaliações e represálias com aquelas(eles) que mantiveram diálogo com a equipe de visita⁴³. Depois de verificar os registros e documentos requisitados, foi feita uma entrevista final com a direção, momento também dedicado à demarcação de observações preliminares, construção de estratégias de imediata prevenção de represálias e tomada de medidas emergenciais.

Essas entrevistas possibilitaram aprofundar pontos mais sensíveis, difíceis de serem abordados nas entrevistas em grupo, tais como os casos de violência, maus-tratos e tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes. As entrevistas dirigidas à equipe profissional permitiram obter informações acerca das condições e relações de trabalho, e outros mais elementos acerca do funcionamento institucional.

43 Como exemplo, o Mecanismo Nacional baseia suas atividades em relação às represálias, no Protocolo de Prevenção a Represálias formulado pelo Subcomitê de Prevenção à Tortura da Organização da Nações Unidas. Cf.: Subcomitê para Prevenção à Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (SPT). Política do SPT sobre as represálias em relação às visitas previstas em seu mandato. CAT/Op/6, de 27 de abril de 2015. Disponível em: <<https://undocs.org/es/CAT/OP/6/Rev.1>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

AHOSPITALPSIQUIATRICOTEODORAALBUQUERQUEMANAUS
ALJULIANOMOREIRASALVADORHOSPITALESPECIAIZADOMA
TANAHOSPITALESPECIAIZADOLOPESRODRIGUESFORTALE
SPITALPSIQUIATRICOSA OVICENTEDIPAULOCARIACICAHOS
D COMPOR
CASAOLU
STIAODOI
OPESSO/
PCOLONI
SIQUIATR
CALT DAT
PAULOGI

PARTE II

INACLINICANOSSOLARADAMANTINAARARASCLINICASAYAO
ENEZESESPIRITOSANTODOPINHALGARCAHOSPITALPSIQUIA
PSIQUIATRIALINSCAISCLEMENTEFERREIRADELINSOSASCO
NTEHOSPITALPSIQUIATRICOESPIRITABEZERRADEMENEZES
NARIOBRANCOHOSPITALDESAUDEMENTALDOACREARAPIRA
SCENTROPSIQUIATRICOEDUARDORIBEIROSALVADORHOSPI
MARIOLEALJUAZEIROSANATORIONSRDEFATIMAFEIRADESAN
ZAHOSPITALDESAUDEMENTALDEMESSEJANAFORTALEZAHOS
ITALADAUTOBOTELHOANAPOLISINSTITUTODEMEDICINADO
EURIPEDESAPARECIDADEGOIANIAPAXCLINICAPSIQUIATRI
RODRIGUESSAOLUISCLINICALARAVARDIERELTDASAOSEBAS
EDORSILVEIRACUIABACIAPSHOSPITALADAUTOBOTELHOJO
RAJOAOPESSOAINSTITUTODEPSIQUIATRIABARREIROSHOSP
AHOSPITALPSIQUIATRICODEMARINGANITEROIHOSPITALPSI
OSANTALUCIALTDAPETROPOLISCASADESAUDESANTAMONI
SCASADESAUDECANANEIACAXIASDOSULCLINICAPROFESSOR
SAOPEDROS AOJOSEINSTITUTODEPSIQUIATRIAIPQADAMAN
OARARASESPIRITOSANTODOPINHALINSTITUTOBEZERRADE
ATRICOANDRELUIZITAPIRAINSTITUTOAMERICOBAIRRALDEP
ARBUSSOCABAASSISTENCIAVICENTINAPRESIDENTEPRUDEN
RUDENTS AOPAULOHOSPITALPSIQUIATRICODEVILAMARIANA

1.

DIREITO A UM PADRÃO DE VIDA ADEQUADO

Fotografia 1: Casa de Saúde Santa Mônica LTDA, Petrópolis - RJ A contenção mecânica é prática comum nos Hospitais Psiquiátricos visitados. Na foto abaixo, paciente emagrecida, está deitada de modo retorcido com a cintura amarrada à cama.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

INTRODUÇÃO

Data do início do século XIX o tratamento da loucura como doença mental e como objeto de intervenção do Estado Brasileiro. Mais que isso, a conformação no âmbito patológico coincide com a estatização dos métodos de controle dessa população. Neste contexto, dos quarenta hospitais inspecionados, dois foram inaugurados naquele século: no estado do Rio Grande do Sul, o Hospital Psiquiátrico São Pedro (1874) e, no mesmo ano, na Bahia, o Hospital Juliano Moreira (1874).¹

No início do século XX, o tratamento psiquiátrico manteve o enfoque no isolamento da vida social associado às novas descobertas farmacêuticas e neurofisiológicas. Foram inspecionados quatro hospitais inaugurados nessa época.

É importante frisar que, em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM). Em 1946, publicou-se o Decreto n. 8.550,² que autorizou o SNDM, por meio de convênios com os governos estaduais, a construir hospitais psiquiátricos. Dez hospitais inspecionados foram inaugurados nas décadas de quarenta e cinquenta.

O prédio do CIAPS Hospital Adauto Botelho é antigo (data da década de 1950), e embora já tenha passado por reforma, traz em suas características ainda um ambiente que nos remete ao modelo de manicômio, ou seja, longos corredores, sem ventilação, alguns ambientes com grades, pouca luz natural, poucos espaços de circulação, exceto um pátio, que se localiza entre as enfermarias masculina e feminina (CIAPS Hospital Adauto Botelho, Cuiabá-MT)³ O hospital parece conservar sua primeira estrutura física e é, inclusive

1 As informações mais detalhadas sobre cada instituição psiquiátrica podem ser verificadas na Anexo 1 com a descrição das instituições psiquiátricas por região, estado, natureza jurídica e ano de inauguração.

2 BRASIL. Decreto-lei n. 8.550, de 03 de janeiro de 1946. Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional. Rio de Janeiro: Presidência da República [1946]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8550-3-janeiro-1946-416491-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 10 out. 2019.

3 Todas as citações extraídas dos relatórios de cada instituição psiquiátrica inspecionada, que foram utilizadas ao longo deste Relatório Nacional, passaram por uma revisão ortográfica e gramatical, portanto podem diferir da forma como se encontram nos relatórios originais. Contudo, as correções não alteraram o conteúdo conforme disposto em cada documento estadual.

Fotografia 2:
Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, Cariacica – ES. A característica prisional evidenciou-se na maior parte dos Hospitais Psiquiátricos visitados. Na foto abaixo, há um corredor bastante mofado, com uma poça de água no chão e várias entradas aparentemente sem portas. Esse corredor pode ser visto através de uma porta de ferro de tinta verde água descascada, trancada com correntes e cadeado.

Fonte:
Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2018.



HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

Fotografia 3: CIAPS Hospital Adauto Botelho, Cuiabá – MT. Corredor com pouca iluminação e, ao final dele, um portão gradeado, de ferro, revestido por um tapume de madeira.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

arquitetonicamente, uma instituição total. Não existem janelas nos leitos e os muros que os rodeiam são muito altos; a entrada principal tem grades que ficam semi-abertas. Pouco se percebe o processo de modernização da instituição com adequações que atendam aos processos de orientações e normativas referentes ao funcionamento de serviços hospitalares, bem como, não se adequou ao processo substitutivo implantado pela Reforma Psiquiátrica no Brasil (Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro –BA).

As práticas em saúde que antecedem o SUS, nas décadas de 1960, 1970 e 1980, são marcadas pela tônica própria do regime militar e – como grande expressão desse período – pela expansão dos hospitais psiquiátricos no Brasil. Vinte e uma instituições visitadas foram inauguradas nessas décadas.

De forma geral, observou-se que o edifício do Hospital Psiquiátrico é uma construção antiga e arquitetonicamente inadequado às finalidades terapêuticas e de reabilitação psicossocial. Muitos níveis de edificação e em diferentes blocos compõem o prédio, tornando a estrutura construída complexa e de difícil acesso e trânsito. Tudo isso sob funcionamento de trancas e fechaduras (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR).

Fotografia 4: Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR. Das grades de uma das unidades, pode-se ver pátios fechados e muros altos que compõem a estrutura desse hospital.

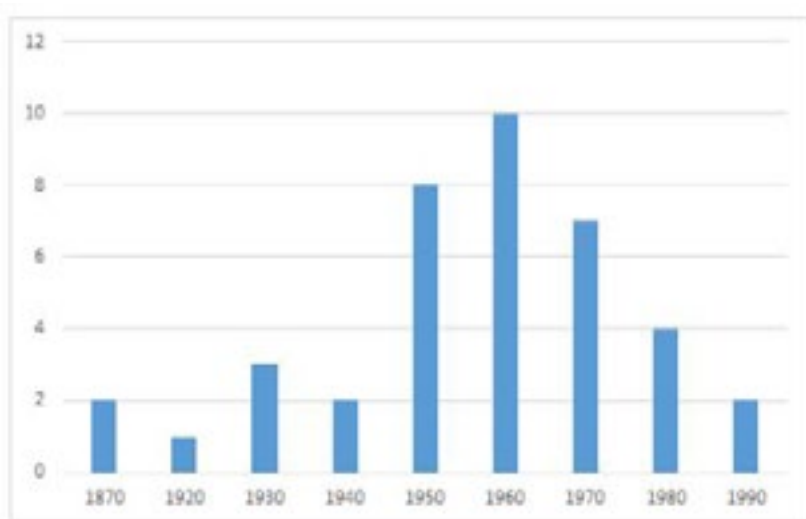


Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

Por fim, dois hospitais inspecionados abriram suas portas na década de 1990, momento posterior às primeiras experiências de serviços comunitários de atenção à saúde mental, inaugurados ainda antes da Lei n. 10.216/2001, que reorientou o modelo de atenção em saúde mental. O gráfico abaixo apresenta, em faixas decenais, o período de criação dos estabelecimentos inspecionados.

Gráfico 1: Número de HPs inspecionados por década de inauguração



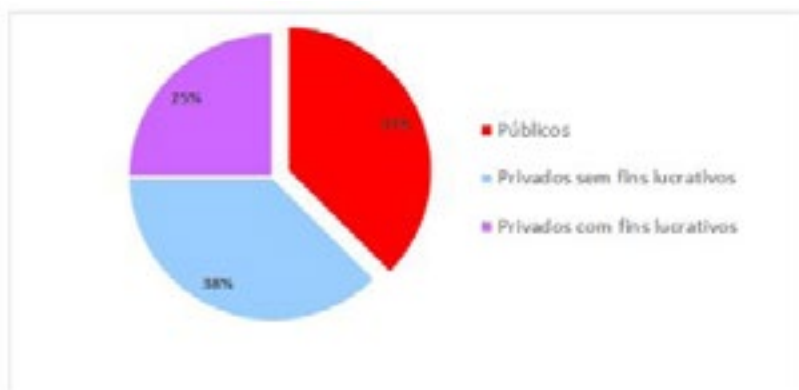
Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2019.

1

PERFIL DOS HOSPITAIS
PSIQUIÁTRICOS INSPECIONADOS

Nessa Inspeção Nacional, foram visitados quinze hospitais públicos e vinte e cinco de natureza jurídica privada, com ou sem fins lucrativos, que prestam serviços ao SUS.

Gráfico 2: Percentual de HPs inspecionados por natureza jurídica



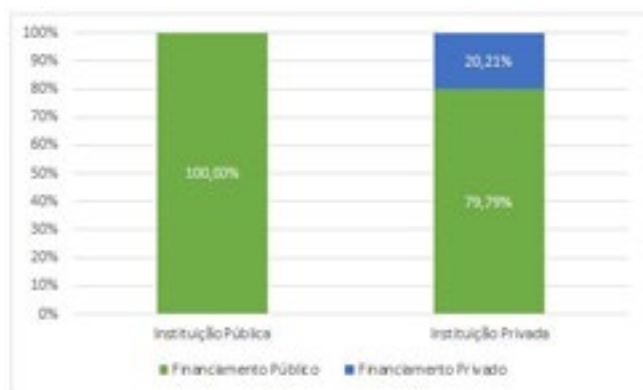
Fonte: Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2019.

A diferença substancial é encontrada na distribuição dos leitos. Com base nas informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES),⁴ os hospitais privados inspecionados concentram a maioria dos leitos em funcionamento (5.617 leitos, sendo 4.482 destinados ao SUS), correspondendo aos hospitais públicos de administração direta inspecionados o quantitativo de 1.878 leitos existentes.

⁴ Competência dezembro 2018.

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

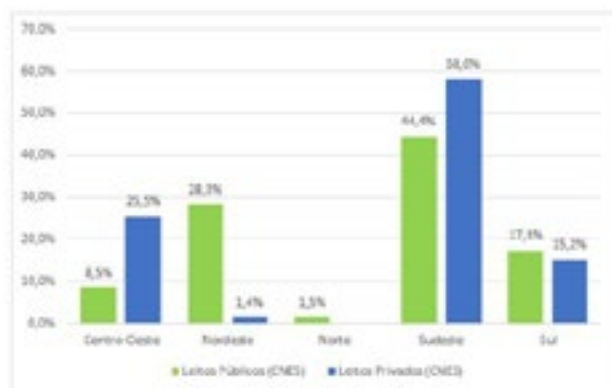
Gráfico 3: Percentual de leitos por natureza jurídica dos HPs inspecionados e tipo de financiamento



Fonte: Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2019.

De acordo com os dados verificados na Inspeção Nacional a amostra de hospitais visitados caracteriza-se prioritariamente pela prestação de serviços públicos, sendo cerca de 62,5% dos estabelecimentos exclusivamente destinados às internações pelo SUS. A maioria dos leitos privados concentra-se no estado de São Paulo, mais especificamente em dois hospitais, o Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP) e a Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP).

Gráfico 4: Percentual com distribuição dos leitos públicos e privados por regiões brasileiras



Fonte: Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2019

A análise geral sobre o quantitativo de leitos indica que, pelo menos, oito estabelecimentos psiquiátricos dispunham, na ocasião da visita, de mais leitos em funcionamento do que a quantidade cadastrada no CNES, na competência de dezembro de 2018. Foi o caso de todas as instituições visitadas na região sul do país. Em Santa Catarina e em Porto Alegre, a omissão dos leitos verificada no cadastro público de estabelecimentos correspondia aos leitos ocupados por pessoas em condição de internação de longa permanência (“moradores”) em unidades específicas localizadas no terreno dos hospitais.

Cabe destacar que os dois maiores hospitais psiquiátricos do Brasil, – o Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR/PR) e o Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP/SP), – são ainda maiores em número de leitos que o apresentado no CNES. Ademais, ambos hospitais encontravam-se em reforma para ampliação de leitos, à época da visita. No Bairral, maior hospital psiquiátrico da América Latina, estava em construção uma nova unidade destinada ao atendimento de intercorrências clínicas. No fim do ano de 2017, o hospital de Piraquara havia dobrado o quantitativo de leitos destinados à internação de adolescentes, passando de trinta para sessenta leitos, e, na ocasião desta inspeção, a equipe de visita deparou outra ala reformada, ainda inativa, com capacidade para sessenta novas vagas de internação.

Da amostra de hospitais inspecionados, a maioria das pessoas internadas são do sexo masculino, corroborando com os dados do Sistema de Informações Hospitalares,⁵ do Ministério da Saúde, referente ao mês de dezembro de 2018, mês de realização da Inspeção Nacional. Contudo, apenas três instituições indicaram que não havia internações de mulheres, são eles: Hospital Especializado Mário Leal (Salvador – BA), Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros – PE) e Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR).

Além disso, dentre outras características encontradas, que serão discutidas nos capítulos seguintes, vinte e sete instituições possuíam leitos para usuários de álcool e/ou outras drogas, vinte apresentam leitos para idosos, dezesseis dos quarenta hospitais inspecionados recebem crianças e adolescentes (capítulo 6) e vinte são porta de entrada com presença de Pronto-Atendimento. No que tange ao tempo de internação, há registro de pessoas em internação de longa permanência em 33 estabelecimentos inspecionados

5 Dos quarenta estabelecimentos visitados, foi possível verificar informações somente de trinta e oito; os dois estabelecimentos da Paraíba não possuem nenhuma informação.

(82,5%), sendo que, em seis hospitais, a proporção de moradores⁶ supera 50% do total de internações psiquiátricas, como será abordado no capítulo 7.

Quanto à localização das instituições psiquiátricas, destaca-se que algumas delas são localizadas em regiões afastadas do perímetro urbano, de modo que o acesso a essas instituições fica comprometido, principalmente, para os familiares que desejam visitar às pessoas internadas — o que reforça, por consequência, o comprometimento dos laços sociais que deveriam ser fortalecidos. Destaca-se alguns exemplos abaixo:

O hospital é situado em bairro rural. A região dispõe de transporte público via ônibus municipal, no entanto, em relação ao acesso das pessoas internadas ao convívio familiar e comunitário, entende-se que este é prejudicado, pois a maioria dos usuários encontra-se distante do local de origem (Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente – SP).

É necessário sair do centro da cidade, acessar a estrada e seguir por um caminho de estrada de terra, por aproximadamente dois quilômetros, até a entrada da casa principal (antiga sede de fazenda). A vista da casa é de um grande campo, mas não se observa a estrada do local. Não há linhas de ônibus em um entorno de aproximadamente um quilômetro, que o grupo tenha observado circular. Por ser difícil acesso à casa de saúde, ela não favorece o contato dos internos com a comunidade local, bem como a circulação dos internos e de seus familiares (Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ).

O acesso ao hospital é restrito à população em geral, uma vez que se encontrava à margem de uma rodovia estadual, ou seja, fora dos limites urbanos do município de Arapiraca. Nas entrevistas realizadas durante a inspeção, ficou confirmado a dificuldade de acesso ao Hospital, que deveria ser realizada por meio de transporte particular (Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque, Arapiraca – AL).

6 Vale adiantar o que se aprofundará mais adiante: a expressão “morador” aplica-se, usualmente, às pessoas que se encontram ininterruptamente internadas há mais de um ano em hospital psiquiátrico, o que denota a condição de longa permanência, aspecto da institucionalização e do modelo asilar.

Apesar de se localizar em uma avenida da cidade, o lugar é mergulhado por estigmas e preconceitos por quem passa, pois tal construção é centenária, guardando uma produção imaginária perversa por parte de quem passa pelas redondezas (Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira, João Pessoa – PB).

Diante dos relatos acerca da negligência ao princípio da territorialidade dos serviços de saúde — isto é, da adequação entre a logística própria da administração pública na alocação dos serviços e o direito dos usuários de acessá-los no âmbito comunitário —, outra norma é infringida:

2. Nos casos em que o tratamento for realizado em um estabelecimento de saúde mental, o usuário terá direito, sempre que possível, de ser tratado próximo a sua residência, ou à de seus parentes ou amigos e terá o direito de retornar a comunidade o mais breve possível (Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, p. 7, ONU).

Superado esse preâmbulo que apresenta o quadro geral sob aspectos objetivos, o desenvolvimento da análise sobre a conservação e violação de direitos humanos relacionados a um digno padrão de vida adequado, nos termos aludidos pela Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD), serão apresentados e discutidos temas relativos às condições estruturais de assistência em saúde, direitos individuais e direitos sociais, destacados a partir dos aspectos, constantes dos relatórios estaduais, aferidos no âmbito do Direito a um Padrão de Vida Adequado (artigo. 25, da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da ONU). A análise também será capitaneada pelos fundamentos legais apostos o artigo 28 da CDPD e no artigo 2º da Lei 10216/2001.

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:



Fotografia 5: Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ. Pátio composto por muretas para se sentar e, ao fundo, uma pessoa sentada sozinha na quina de altas paredes emboloradas, com cabeça baixa.

Fonte: Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2018.

1.1 INFRAESTRUTURA

Aqui é um descaso pra um Ser Humano que não tem nem a mínima condição de viver aqui nesse lugar ou de sobreviver. A gente banha e não tem toalha pra gente se enxugar; aqui o chão é todo tempo molhado, o quarto é cheio de goteira, a gente passa uma semana com o mesmo lençol, pra trocar de roupa demora de dois a três dias, aqui tudo nessa clínica é difícil [...] (Clínica La Ravardiere, São Luís – MA).

Nesse item, desenvolver-se-ão análises acerca das condições gerais de assistência à saúde, acessibilidade, requisitos sanitários e de higiene, insumos básicos e infraestrutura de segurança sanitária.

1.1.1 Condições gerais de assistência à saúde

Na Resolução da Diretoria Colegiada n. 63/2011⁷, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. A seção VI trata da gestão da Infraestrutura:

Art. 34 O serviço de saúde deve ter seu projeto básico de arquitetura atualizado, em conformidade com as atividades desenvolvidas e aprovado pela vigilância sanitária e demais órgãos competentes.

Art. 35 As instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, gases, climatização, proteção e combate a incêndio, comunicação e outras existentes, devem atender às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como normas técnicas pertinentes a cada uma das instalações.

Art. 36 O serviço de saúde deve manter as instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza.

Art. 37 O serviço de saúde deve executar ações de gerenciamento

7 BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada n. 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/rdc0063_25_11_2011.pdf/94c25b42-4a66-4162-ae9b-bf2b71337664>. Acesso em: 10 out. 2019.

dos riscos de acidentes inerentes às atividades desenvolvidas.

Art. 38 O serviço de saúde deve ser dotado de iluminação e ventilação compatíveis com o desenvolvimento das suas atividades.

Art. 39 O serviço de saúde deve garantir a qualidade da água necessária ao funcionamento de suas unidades.

§ 1º O serviço de saúde deve garantir a limpeza dos reservatórios de água a cada seis meses. §2º O serviço de saúde deve manter registro da capacidade e da limpeza periódica dos reservatórios de água.

Art. 40 O serviço de saúde deve garantir a continuidade do fornecimento de água, mesmo em caso de interrupção do fornecimento pela concessionária, nos locais em que a água é considerada insumo crítico.

Art. 41 O serviço de saúde deve garantir a continuidade do fornecimento de energia elétrica, em situações de interrupção do fornecimento pela concessionária, por meio de sistemas de energia elétrica de emergência, nos locais em que a energia elétrica é considerada insumo crítico.

Art. 42 O serviço de saúde deve realizar ações de manutenção preventiva e corretiva das instalações prediais, de forma própria ou terceirizada.

A Resolução RDC/ANVISA n. 50/2002⁸, é o regulamento técnico para o planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Trata-se de um normativo extenso e detalhado, o que dificulta sua apropriação por profissionais que não realizam comumente avaliação das condições de funcionamento de serviços de saúde. Cabe ressaltar, como objetivo principal da visita aos hospitais psiquiátricos, a verificação da situação de funcionamento do hospital sob os marcos regulatórios dos direitos humanos.

8 BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html>. Acesso em: 10 out. 2019.

É expressivo o número de relatos sobre inadequações, como precárias condições físicas das instalações, mobiliário, limpeza, conforto acústico, luminoso e térmico, número de leitos nas enfermarias, entre outros relatados a seguir:

Na visita a Enfermaria Clínica verificamos um ambiente frio com pouca iluminação direta, paredes sujas e com mofo, principalmente do banheiro do/as usuário/as. (...) A unidade Mario Martins- masculina possui enfermarias com oito leitos, o que contraria a Resolução ANVISA- RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002; não há locais para que as pessoas internadas possam guardar seus objetos pessoais. (Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre – RS).

Quanto às enfermarias, algumas eram amplas e mais claras, outras mais escuras. Algumas apresentavam um cheiro mais forte, de urina, outras não, mas a grande maioria estava em condições precárias de conservação e manutenção; apresentavam infiltração, havendo rachaduras e paredes danificadas por todo lado. Presença de compensado para vedar as janelas. No dia da inspeção, algumas das camas apresentavam ter sido cobertas às pressas. Os leitos estavam em péssimo estado de conservação, algumas camas, além de estarem desfarradas, com lençóis e colchões rasgados davam sinais de desgaste pelo tempo. Os móveis eram antigos, e alguns estavam danificados. Destaca-se ainda que uma das enfermarias apresentava alagamento no piso. (Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE).

Nota-se, na porta principal de entrada, uma placa de inauguração onde consta o nome e o tipo de unidade, qual seja: Pronto-Atendimento “Humberto Mendonça”. Portanto – além das péssimas condições da estrutura, do mobiliário e dos equipamentos ali presentes por ocasião da vistoria – presume-se que a unidade funcione apenas como atendimento em regime de urgência e emergência para pessoas com transtornos mentais. Ademais a edificação não possui as características, tampouco atende aos dispositivos da RDC 50/02 quanto à arquitetura, ao conforto ambiental, às barreiras físicas, clínicas e sanitárias, para ser qualificada como Hospital (Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, Manaus – AM).

Os relatos seguem na tradução de exemplos de inadequação de infraestrutura, como fiação exposta, infiltrações e outros aspectos que colocam em risco a vida dos usuários e trabalhadores, agravado ainda pelas grades e trancas que cerceiam os espaços de circulação.

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

O CIAPS encontra-se com sua infraestrutura em péssimas condições de conservação e sem manutenção. Em todos os seus espaços internos, sejam de internação, administrativo, de circulação, postos de trabalho, salas de atendimento, salas de atividades, repouso dos profissionais, banheiros, foi possível constatar a existência de infiltrações, janelas com vidros quebrados, azulejos quebrados e soltos, ralos sem tampa ou quebrados, fiação elétrica exposta, rebocos desgastados e soltando e forros deteriorados com risco de ceder (CIAPS Hospital Adauto Botelho, Cuiabá – MT).

A manutenção da clínica é bastante precária, com pintura de parede descascando, com infiltrações, mofo, foi informado que as questões referentes à manutenção dos equipamentos e da estrutura da clínica, são solucionadas de modo lento pela direção. Além disso, a unidade não é provida de uma quantidade satisfatória de materiais de limpeza (Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ).

Fotografia 6: Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ: quarto escuro com pequena janela, três camas, dois armários e baldes.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

Faz-se necessário destacar, que em outros setores do hospital, foi observado pela equipe, vários locais com fiações elétricas expostas; gambiarras que podiam pôr em risco os pacientes (Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE).

No que se refere à percepção dos servidores quanto à manutenção predial e limpeza, os funcionários entrevistados informaram que a manutenção é precária, principalmente no que se refere à manutenção de condicionadores de ar e do telhado, haja vista as goteiras constantes nesse período de chuvas. A limpeza é feita apenas com água e pano de chão (Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, Manaus – AM).

As lavanderias acrescentam exemplos de inadequações, má-conservação, risco de contaminação e falta de segurança para o trabalho no local. Segundo a Norma Regulamentadora n. 32 (NR 32), da ANVISA⁹, as lavanderias de serviços da saúde devem possuir duas áreas distintas, a área “suja” em que acontecerá o recebimento, classificação, pesagem e lavagem de roupas. A segunda área será considerada “limpa”, pois nela acontecerá somente a manipulação de roupas já higienizadas. Inclusive as máquinas de lavar devem possuir portas duplas ou “de barreira”. A roupa a ser lavada é, portanto, inserida de um lado, na área suja, e retirada do outro, na área limpa.

A lavanderia funciona em único ambiente – não há separação entre “Área suja” e “Área Limpa” – os equipamentos ali presentes encontravam-se em avançado processo de corrosão e a umidade, combinada com a vegetação que adentrava o ambiente, tornava-o insalubre, extremamente úmido e cheio de lodo. Viu-se, ainda, vazamentos nas instalações hidráulicas e formação de “buraco” ao lado de uma das máquinas (Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, Manaus – AM).

A área de lavanderia não se encontra efetivamente dividida entre área suja e limpa, tendo em vista que as máquinas estão oxidadas, o que permite a passagem de líquidos, partículas e vapores. Portanto, a zona suja tem probabilidade de contaminar a que se apresenta limpa, em funcionamento. ([...]) Cabe ressaltar o fato de o setor de lavanderia da clínica também ter a função de lavar a roupa do Hospital Municipal Raul Sertã e do Hospital Maternidade de Nova Friburgo, conforme informado,

9 BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Norma Regulamentadora 32 - NR 32. Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. 2011. Disponível em: <<http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR32.pdf>>. Acesso em 10 out. 2019.

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

acrescendo, a princípio, riscos biológicos ao ambiente, que simplesmente não possui estudo específico a respeito do funcionamento (Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ).

Na lavanderia foi visualizada fiação exposta, material apresentando má-conservação, além de não ter sido identificado o fluxo de entrada da roupa suja e saída da roupa limpa, apresentando inadequação da lavanderia (Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ).

Fotografia 7: *Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ: um local em meio à bagunça, com equipamentos (aparentemente de saúde), que se conectam a tambores de plástico. No lado esquerdo, uma armadura de ferro, que não é possível de ser especificada.*



No tocante às cozinhas visitadas, as condições precárias para o exercício do direito à segurança alimentar e nutricional ilustram os relatos que seguem.

Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.



As paredes da cozinha apresentam mofo visível. Trata-se de local confinado, com risco de vazamento de gás, com fiação elétrica aparente e em mau estado de conservação. No setor da cozinha, que essencialmente utiliza fogo, esta combinação de elementos, a princípio, coloca em risco a incolumidade física e a unidade hospitalar, que conta com mais de duzentas pessoas — entre pacientes e colaboradores (Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ).

Entre as irregularidades verificadas na cozinha, foram apontadas: piso danificado e com empoçamento de água; pias com ferrugem; ausência de uma lâmpada; a presença de caixas com hortifrúti doados em processo de deterioração; armários com portas danificadas e alguns sem porta; fatiador de legume sem mecanismo de parada do mecanismo de corte quando aberto, com risco de acidentes; janelas com ferrugem; ambiente quente e abafado; profissionais carregando panela quente sem luva térmica; ralos abertos; bandejas com o revestimento danificado; entre outras (Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP).

Registra-se ainda na estrutura da cozinha ausência de telas de proteção contra insetos nas janelas e armazenamento irregular de vários produtos de limpeza sob o balcão. Não foi encontrada quantidade suficiente de alimentos na despensa. [...] A conexão do gás para o fogão que vinha dos botijões instalados fora da cozinha era uma espécie de gambiarra, inadequada para o ambiente, podendo ocasionar riscos ambientais. (Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE).

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

A cozinha não apresenta etiquetas nos itens armazenados na geladeira; os armários onde os utensílios ficam guardados não apresentam boas condições de conservação e armazenamento, os talheres são guardados em baldes de margarina; as frutas e verduras ficam no chão, algumas próximas à geladeira; o freezer e geladeira não apresentam boas

condições de refrigeração; o suco é armazenado em garrafas pet; ausência de extintor; não há portas de proteção contra insetos; não há identificação do recolhimento de lixo; os utensílios plásticos não estão em boas condições de uso; os alimentos não perecíveis não são guardados em armários próprios, ficando expostos a insetos; não haviam proteínas da carne para serem servidas no dia ou posteriormente; não há Procedimento Operacional Padrão disponível no setor sobre a rotina das trabalhadoras. (Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA).

A ANVISA ressalta que a qualidade e a segurança do paciente, de profissionais e visitantes nos ambientes dos serviços de saúde estão intrinsecamente relacionadas ao controle, às práticas de vigilância, à fiscalização, ao monitoramento e à prevenção dos riscos.¹⁰ Péssimas condições sanitárias foram encontradas nos hospitais visitados, o que permite calcular maior risco de agravos à saúde dos usuários e trabalhadores.

A partir das definições legais dos agentes potenciais de danos à saúde do trabalhador e usuários, citamos os itens encontrados na Norma Regulamentadora n. 9 (NR 9), de que trata do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)¹¹:

- a. Consideram-se agentes físicos, dentre outros: ruídos, vibrações, temperaturas anormais, pressões anormais, radiações ionizantes, radiações não-ionizantes, iluminação e umidade.
- b. Consideram-se agentes químicos, dentre outros: névoas, neblinas, poeiras, fumaça, gases e vapores.
- c. Consideram-se agentes biológicos, dentre outros: bactérias, fungos, “rickettsia”, helmintos, protozoários e vírus.
- d. Consideram-se, ainda, como riscos ambientais, para efeito das Normas Regulamentadoras da Portaria n. 3.214, os agentes mecânicos e outras condições de insegurança existentes nos locais de trabalho capazes de provocar lesões à integridade física do trabalhador.

10 Conforme estabelecido na Agenda Regulatória (AR) 2017/2020 da ANVISA. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/2017-2020/servicos-de-saude>>. Acesso em: 17 jun. 2019.

11 Conforme pode ser visto na NR 9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA). Disponível em: <https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-09.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2019.

Os relatos a seguir, contudo, evidenciam a completa negligência à norma:

Foi identificado, ainda, em vários locais da área externa, esgotos a céu aberto; inclusive um deles encoberto por mato, podendo causar acidentes ou contaminações. Ainda em relação à área externa foi possível constatar que o pátio central estava bastante seco, sujo, com excrementos e forte odor de urina; nesta parte também foram encontrados móveis velhos, camas enferrujadas e sucata. É importante destacar, que o hospital não utilizava depósitos apropriados para o descarte, e armazenamento dos materiais perfurocortantes, improvisava com os recipientes vazios de material de limpeza. [...] Também foram feitos registros de vários focos da dengue. [...] o hospital tinha um cheiro forte, de urina, cigarro e outros odores desagradáveis. (Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE).

A higiene e limpeza ambiental são fundamentais na prevenção e controle de doenças infecto-contagiosas, muitas das quais são encontradas em locais com baixo padrão de higiene:

O forte odor de esgoto e fezes humanas em volta das enfermarias anunciaram as péssimas condições de higiene e falta de conservação encontradas no interior das enfermarias e que revelaram o pouco cuidado dispensado aos pacientes (Clínica São Francisco, São Luís – MA).

Fotografia 8: Clínica São Francisco, São Luís – MA: quarto com camas enferrujadas e colchões degradados sem lençóis.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

Ainda sobre os fatores de risco, constam dos relatos exemplos de infraestrutura inadequada, sem manutenção nem conservação do ambiente e de equipamentos, presença de material contaminado, e escassez de equipamentos de proteção individual (EPI). Segue exemplos a seguir:

Observou que os dejetos de agulhas e sangue ficam dentro das caixas por muito tempo (mais de mês). As partículas de odores putrefatos e eventualmente contaminados se desprendem no ar em ambiente quente e confinado. Esse conjunto de fatores, aparentemente, torna o ambiente nocivo para trabalhadores e para os pacientes. Além disso, foi registrado que os trabalhadores da limpeza efetuam o descarte destes materiais, sem terem recebido o devido treinamento para tal atividade. Constatamos ainda, que a estes mesmos trabalhadores da limpeza, não são fornecidos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados, eis que foram observadas luvas de látex rasgadas, sapatos abertos. Sendo avaliado que todos os fatores, em tese, aumentam o risco de contágio e adoecimento dos trabalhadores e pacientes (Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ).

O carro de emergência da ala feminina encontrava-se com as gavetas emperadas, dificultando sua abertura, falta de puxadores e internamente sujo, evidenciando vazamento de algum material líquido, enferrujando-o (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

A vistoria constatou banheiros com estrutura precária e insalubre, ressaltou-se, que havia um quarto dentro da enfermaria interditado devido a mau cheiro e vazamentos (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO).

Diante desse quadro de expressivos e numerosos relatos, tem-se evidente compreensão de que os direitos relacionados à infraestrutura do estabelecimento não são garantidos, o que reforça o aspecto asilar dessas instituições, em detrimento do caráter terapêutico típico de tratamentos de saúde. Não obstante, tais hospitais expõem as(os) trabalhador(es) ao risco de acidentes e agravos à saúde. Espaços físicos com estrutura inadequada, precária e nociva não apenas afastam qualquer ação psicossocial como concorrem para a disseminação de doenças infecto-contagiosas e agravos por acidentes relacionados à mobilidade, à energia elétrica etc.

1.1.2 Acessibilidade

Fotografia 9: *Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ: o problema estrutural é a realidade quotidiana para pacientes. Na foto abaixo, há uma parte do hospital psiquiátrico em aparente reforma, com o chão inacabado cheio de cascalhos de construção, acessos sem portas e sem pavimentação. Vê-se, ao fundo, que, apesar de inacabado, o local está em uso. Uma escada de madeira surge de um amontoado de areia cercado de telhas velhas quebradas. A quantidade de capim nesse monte de areia sugere que a construção está parada há muito tempo.*



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

Evidentemente relacionada com infraestrutura, acessibilidade, segundo a Lei n. 10.098, de 19 de dezembro de 2000¹², é compreendida como a possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida.

O artigo 1º desta lei estabelece normas gerais e critérios básicos para promover a acessibilidade de todas as pessoas com deficiência ou que apresentem mobilidade reduzida, mediante eliminação dos obstáculos e barreiras existentes nas vias públicas, na reforma e construção de edificações, no mobiliário urbano e ainda nos meios de comunicação e transporte.

A Lei n. 13.146/2015 institui o Estatuto da Pessoa com Deficiência, destinado a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoas com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania. Em seu artigo 57 definiu que as edificações públicas e privadas de uso coletivo já existentes devem garantir acessibilidade à pessoa com deficiência em todas as suas dependências e serviços, tendo como referência as normas de acessibilidade vigentes. Contudo, não é o que se identificou em vinte e um¹³ hospitais inspecionados.

12 BRASIL. Lei n. 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2000]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm>. Acesso em: 10 out. 2019.

13 Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA), Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE), Hospital Adauto Botelho (Cariacica – ES), Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo (Anápolis – GO), Casa de Eurípedes (Goiânia – GO), Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO), Clínica São Francisco (São Luís – MA), Hospital Nina Rodrigues (São Luís – MA), Clínica La Ravardiere (São Luís – MA), Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG), CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT), Instituto de Psiquiatria da Paraíba (João Pessoa/PB), Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros – PE), Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ), Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ), Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS), Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS), Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (São José – SC), Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP).

Abaixo, alguns exemplos:

Sobre a avaliação de questões relacionadas à acessibilidade, verificou-se que em nenhuma unidade há rampas, barras e corrimões, e/ou outras adaptações que garantam a acessibilidade condizente às necessidades das pessoas institucionalizadas, acamadas ou com restrição de mobilidade. Não foram observadas também, condições de acessibilidade nos banheiros e demais ambientes para circulação de pessoas com deficiência e/ou restrição de mobilidade, inclusive para circulação de macas. (Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ).

Vale ressaltar que isso se agrava em pacientes acamados, pois, a circulação pelos espaços é limitada, tanto pela falta de acessibilidade quanto pela falta de planejamento de atividades que incluam estes usuários (Hospital Juliano Moreira, Salvador – BA).

O espaço não possui acessibilidade para pessoas com deficiência, dificultando o acesso a todo o território hospitalar (Instituto de Psiquiatria da Paraíba, João Pessoa/PB).

Não foram verificadas barras, corrimões que garantam acessibilidade às pessoas acamadas, ou com restrição de mobilidade nos quartos, corredores e banheiros. (Hospital Adauto Botelho, Cariacica – ES)

As unidades de internação, de modo geral não garantem acessibilidade às pessoas com deficiência conforme preconiza a Lei Federal n. 10.098/00 e ABNT NBR 9050/04. (Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre – RS)

Na Unidade de Dependência Química (UDQ) não existe estrutura de acessibilidade, o pátio aberto situa-se no andar térreo e o alojamento, refeitório, ambulatório e banheiros no andar superior; acessível apenas através de escada. (Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, São José – SC)

Observou-se que não há acessibilidade garantida por meio de corrimões, rampas e barras em todas as unidades de internação, os banheiros não estão adaptados com barras de segurança o que oferece risco de queda a pessoas com mobilidade reduzida. (Casa de Eurípedes, Goiânia – GO)

Não bastassem as duas leis federais terminantemente infringidas pelos fatos relatados, a própria Constituição Federal é violada porquanto negado o princípio da acessibilidade constante da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (artigo 3º). Seu artigo 9º, por exemplo, ordena que

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

os Estados-Parte readequem instalações físicas de, entre outros locais, estabelecimentos de saúde. Da mesma maneira que aparece nos debates sobre infraestrutura, a violação do direito à acessibilidade corresponde ao dever negligenciado de a gestão da organização garantir meios de locomoção e mobilidade adequada, sem risco de acidentes e em respeito às singularidades psicomotoras de cada sujeito, nas dependências do estabelecimento.

Vale mencionar que a violação a esse direito inviabiliza os deslocamentos pelo interior da instituição, o que produz, automaticamente, a maximização da privação de liberdade. Tal aspecto se agrava se considerada a existência de pessoas idosas internadas em, pelo menos, metade das instituições psiquiátricas visitadas, somada à insuficiência de equipes técnicas e à maior necessidade de apoio, adaptações e suporte para a realização do autocuidado, para a mobilidade, convivência e participação no cotidiano institucional, o que infringe diretamente os artigos 2º e 3º do Estatuto do Idoso.

Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.



1.1.3 Requisitos sanitários e de higiene

Fotografia 10: Presença de grande quantidade entulhos e lixo encontrados no Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA. Há estruturas metálicas enferrujadas, detritos comuns misturados com galhos de árvore secos, cadeira e vasos sanitários quebrados.



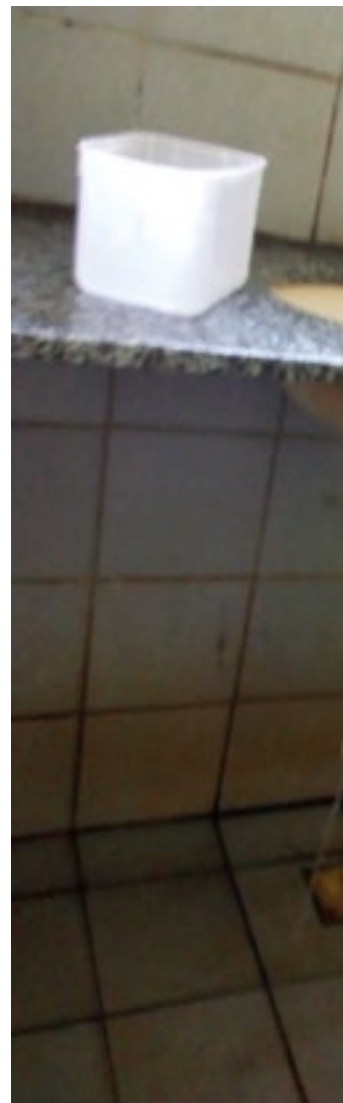
Em suma, o padrão 1.3 do instrumento internacional Direito é Qualidade (OMS), “o serviço atende aos requisitos sanitários e de higiene”, desdobra-se nos seguintes critérios: “os banheiros e as instalações sanitárias são limpos e funcionam devidamente”; “os banheiros e as instalações sanitárias permitem a privacidade, e há instalações separadas para homens e mulheres”; “as(os) usuárias(os) do serviço têm acesso regular aos banheiros e às instalações sanitárias”; “as necessidades relativas a banhos e uso de instalações sanitárias por usuárias(os) acamadas(os) ou com restrição da mobilidade ou outras deficiências físicas são atendidas por meio de adaptações”. Observa-se que os hospitais inspecionados não cumprem o conjunto de exigências relativas aos direitos das pessoas com deficiência.

Com relação à limpeza e funcionamento dos banheiros dos hospitais visitados verificou-se condições precárias e insalubres, que deflagram a exposição das pessoas internadas à circunstâncias desumanas e inadmissíveis em estabelecimentos de saúde, conforme ilustram os relatos a seguir:

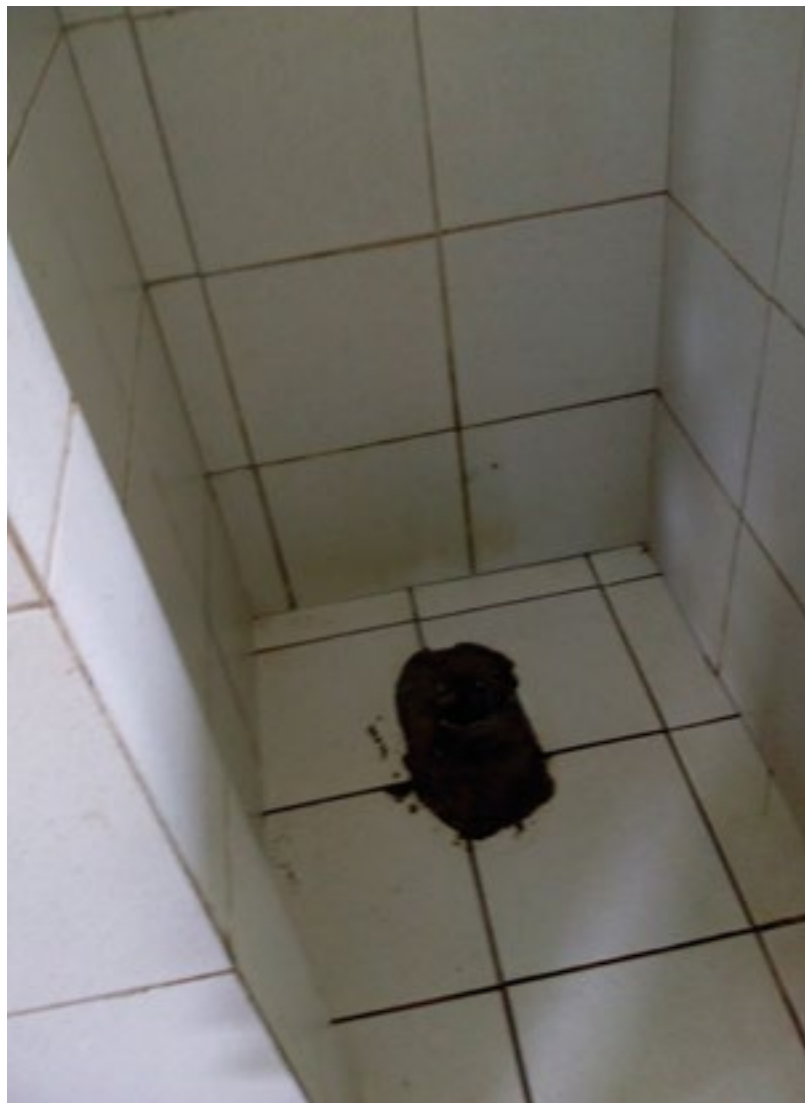
Havia cheiro perceptível de urina logo na entrada, sendo comum os usuários urinarem no ralo do pátio. Havia local com fezes no chão no momento da visita. (Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP).

Foi registrada, em algumas situações, a ausência de vaso sanitário, tubulações de esgoto expostas, excesso de limo e umidade (infiltrações e mofo) nas paredes, ausência de pias e chuveiros, bancadas sem cubas, ou pias sem encanamento (a água caía direto no chão), além de outras inconformidades sanitárias (Clínica São Francisco, São Luís – MA).

Fotografias 11 e 12: Clínica São Francisco, São Luís – MA: Na foto do lado esquerdo, apresenta-se uma pia de banheiro em más condições, com dois potes plásticos em cima dela. Na foto da direita, observa-se um banheiro sujo com fezes expostas ao chão.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.



A maioria dos banheiros estava sem iluminação, sem chuveiros e com apenas cano por onde sai água. Um dos banheiros da ala visitada, a porta estava totalmente quebrada. Em nenhum a descarga dos vasos sanitários funcionava, usuários relatam que a higienização é feita com balde d'água. Foram encontradas baratas mortas nas enfermarias e havia também muitas moscas no ambiente. Entretanto, de acordo com os documentos coletados, a última dedetização tinha acontecido no segundo semestre de 2018 (Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque, Arapiraca – AL).

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

Fotografias 13, 14 e 15: Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque, Arapiraca – AL: três fotos de banheiro, uma ao lado da outra, que mostra a precária condição desses espaços, com porta quebrada e dois deles sem porta.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.



Aos ambientes dos sanitários, verificaram que as caixas das descargas são externas e altas, e algumas não dispõem do cordão, há vazamentos de água e privadas sem assento para a utilização devida das pessoas internadas. Poucos ofereciam alguma possibilidade de privacidade. Sobre as condições de limpeza, averiguaram que estavam extremamente precárias (encontramos um vaso sanitário numa das alas da enfermaria masculina quase transbordante de excrementos) (Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ).

Os banheiros com sanitários estavam abertos, mas sem disponibilidade de papel higiênico, papel toalha e/ou sabonete líquido. As pias também em mal estado com poucos filetes de água quando abertas. Descargas dos sanitários precárias, quando existentes (Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ).

Nessa mesma ala existem dois banheiros, um deles com um sanitário e uma pia que estavam funcionando, segundo relato de duas usuárias, estavam funcionando por conta de um vazamento, pois normalmente quem controla o uso das descargas e das torneiras são os funcionários, e no outro, possuía três chuveiros e dois sanitários que estavam sem água, por conta do sistema de abastecimento interno (Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA).

Encontrou-se nos banheiros a relação de menor valia entre as pessoas e a instituição destinada a produzir cuidados, ao diferenciar a qualidade a partir de quem os utiliza.

Os sanitários destinados aos trabalhadores possuem, em sua grande maioria, papel higiênico, cesto de lixo, pia, vaso sanitário com descarga embutida, sabão, toalha de papel e chuveiro (sem regulação de temperatura). Também há sanitários às(aos) usuárias(os), porém do tipo bacia turca, e chuveiros (sem regulação de temperatura) (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC).

Os banheiros também revelam distinção quanto ao acesso a direitos entre as pessoas em privação de liberdade nos leitos públicos e privados. A partir das instalações, evidenciam-se violência e discriminação determinadas pelo poder de acesso a bens de consumo.



Fotografia 16: Casa de Saúde Cananeia, Vassouras - RJ. Na foto abaixo, banheiros sem porta.

[...] nos pavilhões particulares há acesso adequado a banheiro, enquanto nos pavilhões de atendimento ao SUS, encontrou-se um número insuficiente de banheiros para a quantidade de usuário (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

O gritante contraste de tratamento dado às(aos) usuárias(os) dos distintos banheiros demonstra não apenas um enjeitamento às(aos) que usufruem do pior deles, mas um desequilíbrio de acessos pautado na violação do direito à igualdade. A despeito de a qualidade de um banheiro não soar como critério avaliativo da promoção de direitos humanos, a distinção entre as duas ofertas denota pungente infração de um dos princípios da administração pública, de um direito e princípio constitucional, com características cogentes e de aplicabilidade imediata; enfim, por diversas dimensões da legislação, a isonomia é preceito de equilíbrio de oportunidades e de deveres para a garantia da convivência social.

Para além do exposto, muitos foram os banheiros encontrados sem observância aos direitos à privacidade, à saúde, à intimidade. Os trechos extraídos de dezessete¹⁴ relatórios dos hospitais inspecionados apontam para ausência de portas em sanitários ou áreas de banho, incluindo caso em que tal violação é inconcebivelmente afirmada pela instituição como prática para a “segurança das(os) pacientes”.

Ressalta-se que a área de banho desta ala permanece trancada com cadeado, de modo a restringir a liberdade das(os) usuárias(os). Os banheiros são coletivos, sendo que não há portas nos gabinetes sanitários e nem lixeiras com tampas. [...] Existe controle por câmeras de vídeos no banheiro (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

Ressalta-se ausência de portas, o que evidencia total falta de privacidade das(os) pacientes; as(os) mesmas(os) não têm seus direitos básicos garantidos e o respeito à dignidade humana é aviltado com a maior naturalidade e descaso (Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE).

14 Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca – AL), Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA), Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE), Hospital Adauto Botelho (Cariacica – ES), CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT), Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa – PB), Instituto de Psiquiatria da Paraíba (João Pessoa – PB), Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros – PE), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ), Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS), Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS), Clínica Nosso Lar Adamantina (Adamantina – SP), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP), CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP).

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

Fotografia 17: *Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA: um corredor com dois banheiros sem portas.*



Evidencia-se mais uma vez a estrutura precária da instituição. Banheiros sem todas as portas, sem papel higiênico. (Instituto de Psiquiatria da Paraíba, João Pessoa/PB).

Os banheiros destas unidades possuem chuveiros elétricos com controle de temperatura, alguns sem portas ou cortinas, o que é justificado pela segurança das(os) pacientes, no entanto, compromete sua privacidade. (Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre – RS)

Usuárias(os) se queixaram de lâmpadas queimadas, que ficam muito tempo sem serem substituídas. Relataram, ainda, que em geral o banho é com água fria, sendo que em apenas uma das enfermarias femininas havia chuveiro quente. Os banheiros com água quente são mais procurados, o que gera fila para o banho, principalmente nos dias frios (Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ).

Segundo relato das(os) funcionárias(os) os dois banheiros disponíveis às(aos) pacientes não contam com água quente, havendo uma terceira unidade, na qual este recurso é encontrado, destinada apenas a pacientes consideradas(os) mais fragilizadas(os). (Hospital Especializado Mário Leal, Salvador – BA)



O respeito às pessoas internadas implica, ainda, a disponibilidade de chuveiros com água quente, acesso ao papel higiênico, a toalha de banho e sabonetes individualizados, bem como o livre acesso aos sanitários e áreas de banho e o apoio das(os) profissionais de saúde para a realização das atividades de autocuidado. A informação sobre temperatura da água do banho estava presente em somente dezenove relatórios inspecionários, dos quais, nove¹⁵ apontavam existência água fria nos chuveiros. Além disso, observou-se áreas de banho trancadas com horários rígidos e limitados de acesso; insuficiência de equipes técnicas e apoio de outras pessoas internadas àqueles com mobilidade reduzida ou com menor autonomia para realização da higiene pessoal; responsabilização dos familiares para fornecimento de sabonetes, outros materiais de higiene e toalhas de banho, desonerando o hospital de suas obrigações, dimensões estas que serão abordadas ao longo deste Relatório.

15 Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC), Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca – AL), Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA), Hospital Especializado Mário Leal (Salvador – BA), Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ), Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP).

1.1.4 Materiais e Insumos básicos de higiene pessoal e autocuidado

Fotografia 18 e 19: *Clínica La Ravardiere, São Luís – MA: recipientes de plástico com diversas escovas de dentes misturadas, sem qualquer identificação sobre a quem elas pertencem. Denota o desrespeito à singularidade das pessoas privadas de liberdade.*



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

O insatisfatório, ou falta de acesso a insumos básicos de higiene pessoal é outra violação do direito a usufruir o padrão adequado de saúde. Nem mesmo papel higiênico é, a priori, disponível, sendo necessário comunicar ou solicitar o uso aos funcionários da instituição, mais comumente, aos profissionais de enfermagem em ao menos quatorze¹⁶ estabelecimentos visitados. Segue mais exemplos:

O papel higiênico de cada ala fica na porta de cada enfermaria, não sendo disponibilizado dentro do banheiro (Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP).

¹⁶ Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC), Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM), Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA), Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE), Hospital Adauto Botelho (Cariacica – ES), Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR), Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ), Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ), Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP), Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP).

O papel higiênico fica disponibilizado no posto de enfermagem e é preciso solicitá-lo, sendo que uma usuária relata que nem sempre o recebe quando solicita, sem saber explicar os motivos (Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói – RJ).

O papel higiênico é ausente em alguns banheiros somente disponível quando solicitam a equipe de enfermagem se ela estiver acessível aos pacientes (Casa de Eurípedes, Goiânia – GO).

Na ala para dependência química, não há ventiladores e não tem papel higiênico disponível. Estes quando precisam, devem solicitar à(ao) funcionária(o) (Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira, João Pessoa/PB).

O papel higiênico das(os) usuárias(os) não permanece nos gabinetes sanitários, e sim na sala do posto de enfermagem, dentro de um caixa de papelão, para “melhor controle de uso e combate ao desperdício”, segundo a equipe de enfermagem (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC).

Não bastasse a dificuldade de acesso de alguns, em outros, as equipes de visita depararam com relatos de falta de materiais¹⁷ e insumos básicos de higiene pessoal, conforme trechos que seguem abaixo.

Um dos funcionários da equipe técnica, durante a inspeção, reforçou que a falta de materiais para higiene básica é um problema grave, lembrando de um episódio recente no qual a instituição ficou sem papel higiênico durante

17 Foi identificada ausência ou insuficiência na disponibilização de toalhas de banho às pessoas internadas, nas seguintes instituições visitadas: Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC), Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA), Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE), Clínica São Francisco (São Luís – MA), Hospital Nina Rodrigues (São Luís – MA), Clínica La Ravardiere (São Luís – MA), Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG), Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros – PE), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR). A falta ou insuficiência de papel higiênico foi identificada nos seguintes hospitais: Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM), Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA), Casa de Eurípedes (Goiânia – GO), Clínica São Francisco (São Luís – MA), CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT), Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa – PB), Instituto de Psiquiatria (João Pessoa – PB), Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros – PE), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ), Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ), Clínica Nosso Lar Adamantina (Adamantina – SP), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP), Cais Clemente Ferreira (Lins – SP), Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP).

o turno de um plantão (Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ).

Não são entregues outros itens de higiene pessoal como pasta e escova de dentes, desodorante e nem sempre há papel higiênico disponível para todos. (Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ)

Sobre os materiais de higiene, as(os) internas(os) relatam que não há sabonete e escova de dentes suficiente, nem shampoo, nem absorventes. Sobre o material de uso pessoal, a Casa de Saúde recebe de doação, o shampoo, desodorante, pasta de dente, escova de dente, absorvente. Eles ficam guardados no posto de enfermagem. (Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ)

A instituição não disponibiliza papel higiênico e eles precisam trazer de casa. No entanto, quem não traz tenta manter a higiene de outras formas: “Eu mesmo tomo banho.”. (Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira, João Pessoa – PB).

[...] lençóis, toalhas e material de higiene pessoal fornecidos exclusivamente pelas famílias da(os) pacientes, não sendo, em alguns casos, sequer repassados aos pacientes. Essa situação foi amplamente relatada pelos entrevistados. (Clínica São Francisco, São Luís – MA)

Cabe, ainda, ressaltar a condição de tratamento degradante a que estão sujeitas as mulheres internadas em, pelo menos, seis¹⁸ hospitais visitados, tendo em vista a falta ou insuficiência no fornecimento de absorventes íntimos pelas instituições. Os relatos das mulheres internadas aponta para a violência de gênero e desrespeito à dignidade da pessoa humana.

Não é disponibilizado absorvente, mas uma fralda de incontinência urinária que é utilizada no período menstrual e todas reclamaram muito disso. (Hospital Adauto Botelho, Cariacica – ES)

Quando há falta de absorventes para as internas, a Casa de Saúde oferece as mesmas toalhas de papel. (Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ)

Houve grande reclamação em relação à falta de absorventes. A Clínica não compra absorventes, que podem chegar até as mulheres internadas

18 Hospital Adauto Botelho (Cariacica – ES), Clínica São Francisco (São Luís – MA), Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ), Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP).

apenas por doações ou por suas visitas, no entanto houve relatos de panos, papel higiênico e fraldas ou pedaços de fraldas geriátricas utilizadas como absorvente. (Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ)

Itens como absorventes e fraldas podem ser adquiridos nas cantinas (cada setor tem uma cantina). (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP)

O relato apresentado a seguir traduz a escassez de insumos necessários às diferentes atividades da vida diária a que são submetidas as pessoas internadas em situação de longa permanência de uma das instituições, que, sem recursos financeiros ou rede de suporte social, padecem da insuficiência de bens que lhes garantam mínima dignidade. Essa questão será discutida, pormenorizadamente, no capítulo 7 (Direito de viver de forma independente e incluído na comunidade).

Foi apurado que grande parte das(os) usuárias(os) moradoras(es) possui alto grau de dependência e que utilizam fraldas, que não são disponibilizadas pelo SUS. Funcionárias(os) informam que são compradas pela instituição ou, quando possível, com o dinheiro dos benefícios que as(os) moradoras(es) recebem (Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP).

Acerca de outros insumos de asseio íntimo e higiene pessoal, os relatos abaixo mostram latentes inadequações. Destaca-se, ainda, que entre os vinte e três relatórios que apresentaram informações sobre o provimento de insumos, onze¹⁹ apontaram que tal responsabilização recai sobre os familiares.

Verificou-se ainda, a inexistência de papéis higiênico em locais de fácil acesso às pessoas institucionalizadas e, também em quantidade insuficiente a utilização dos mesmos. A problemática apontada pela falta de sabonete e shampoo, tendo um paciente dito: “aqui só tem papel higiênico”. (...) Ainda sobre higiene pessoal, a equipe destaca que as escovas de dentes são individuais, os desodorantes são comprados pelo hospital e aplicado pelas(os) auxiliares de enfermagem. Não sendo observado a distribuição

19 Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC), Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca – AL), Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM), Hospital de Saúde Mental de Messejana (Fortaleza – CE), Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO), Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG), CIAPS Hospital Adatauto Botelho (Cuiabá – MT), Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa, PB), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR), Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS).

de shampoo, condicionador ou absorventes, e não há distribuição de preservativos, uma vez que os pacientes masculinos e femininos ficam separados – segundo foi justificado (Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ).

As toalhas, cada paciente deve trazer de casa. Trabalhadoras(es) informam que o hospital disponibiliza insumos como sabonete e desodorante, mas algumas(ns) das(os) usuárias(os) entrevistadas(os) informaram que foi disponibilizado somente na primeira semana, e que a família passou a trazer após este momento (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

Técnicas(os) da inspeção detectaram que, para as(os) pacientes internadas(os), os produtos de higiene pessoal são fornecidos somente pelos próprios familiares. Durante as entrevistas, uma paciente internada relatou que não havia tomado banho desde que a chegada, há mais de três dias, uma vez que não recebera visitas dos familiares e, por isso, não tinha roupas ou artigos de limpeza íntima para fazer a higiene pessoal (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO).

Constatou-se que o material de higiene pessoal (papel higiênico, desodorante, absorvente higiênico etc) era disponibilizado apenas pelos familiares da(o) paciente, não sendo dispensados de forma regular pela Clínica. Também não foi constatada a disponibilização de roupa de banho (Clínica São Francisco, São Luís – MA).

Não obstante, identificou-se o compartilhamento de itens de higiene pelas pessoas internadas conforme organização institucional e/ou irregularidades no armazenamento de escovas de dentes em treze²⁰ instituições visitadas, o que traz severos riscos de contaminação e transmissão de doenças.

Entre as graves inconformidades sanitárias, observou-se que uma mesma lâmina era utilizada para depilar várias pacientes. Essa informação foi confirmada pela equipe de enfermagem que declarou que os

20 Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC), Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA), Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE), Hospital Adauto Botelho (Cariacica – ES), Clínica La Ravardiere (São Luís – MA), CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT), Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR), Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ), Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ), Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ), CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP).

aparelhos de barbear são descartáveis, mas o material disponível é pouco (Clínica La Ravardiere, São Luís – MA).

Durante a vistoria realizada na enfermaria feminina, verificaram que as torneiras das pias só eram liberadas água a partir da abertura do registro geral, e que não há fornecimento de sabão e toalhas nas pias. Quando indagados, alegaram que as pessoas internadas não realizam o fechamento das torneiras, foi verificado ainda que fornecem apenas sabonetes para uso coletivo (Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ).

Verificamos que materiais de higiene bucal (escovas de dente, creme dental) e também desodorante ficam expostos em um recipiente, todas juntas, não havendo individualização no uso. (...) Itens de higiene pessoal (escova de dente, creme dental, entre outros) são trazidos pela família e guardados em armários individuais, que encontram-se (todos) em péssimo estado de conservação. (CIAPS Hospital Adauto Botelho, Cuiabá – MT).

Fotografia 20: *CIAPS Hospital Adauto Botelho, Cuiabá – MT: Na foto, um pote de plástico com diversas escovas de dentes misturadas com um tubo de creme dental e desodorante.*



Parte do asseio íntimo, o banho tem sido observado como um momento de expressiva importância no autocuidado dentro das instituições de internação, pois remete, para além da saúde, a uma rara oportunidade de se exercer a autonomia e o direito à privacidade. Exemplificativamente, a rotina institucional encontrada nos hospitais citados abaixo viola, em diversos aspectos, essa dinâmica pessoal, como pode ser observado:

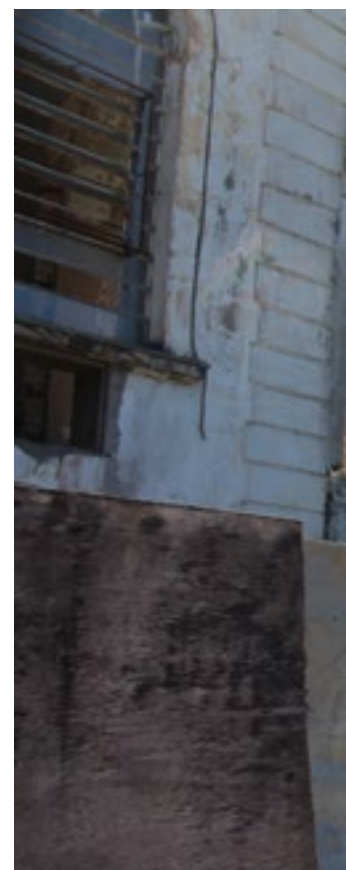
No que diz respeito ao banho dos pacientes, os profissionais de enfermagem relatam que os pacientes tomam banho todos os dias no horário entre quatro e cinco da manhã, por não haver toalhas, os pacientes se secam após o banho com lençóis de cama. Os chuveiros não contam com água quente e nem papel higiênico no local, os pacientes precisam solicitar a enfermagem uma quantia que consideram necessária, além de não haver privacidade para os pacientes (Hospital Juliano Moreira, Salvador – BA).

A água dos chuveiros é ligada uma vez por dia, geralmente as cinco e meia da manhã, sendo o único momento em que podem tomar banho, segundo usuárias que foram entrevistadas e que se dispuseram a falar com a equipe que realizou a vistoria. Os sabonetes são cortados em quatro partes e cada parte é entregue a uma usuária, esse é o sabonete a que elas têm acesso durante todo o dia. As que não acordam no horário, mesmo que por consequência da alta dosagem de medicamentos, ficam sem tomar banho (Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA). As(Os) usuárias(os) não possuem autonomia quanto ao horário e duração do banho, uma vez que grande parte dos chuveiros possuem acionamento automático e/ou através de chave acionada pelos técnicos de enfermagem. De acordo com relato dos usuários, o banho inicia-se às 5 da manhã, mas tem horários variados por pavilhão. (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

A acesso ao banho limita-se aos horários pré-estabelecidos pela instituição. Ao acionamento, todos os chuveiros do banheiro são ligados/desligados simultaneamente, o que pode acarretar o desperdício de água em situações de uso excepcional. Os usuários relataram ser agradável a temperatura do banho, mas queixaram-se de não terem a liberdade de tomar mais de um banho por dia ou de fazê-lo em horários alternativos ao determinado pela instituição. (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR)

Os banhos ocorrem com supervisão dos profissionais de enfermagem, geralmente uma vez ao dia quando são fornecidos xampu e sabão líquido, além de toalhas e muda de roupa. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.



O asseio remete ao autocuidado, que, por sua vez, assenta-se sobre os direitos relacionados à saúde, mas também à dignidade, autonomia, privacidade e liberdade. Ademais, no contexto terapêutico, é notória a importância do autocuidado para os processos de reabilitação. Nos Hospitais, aqui citados, esse aspecto, contudo, é negligenciado

1.1.5 Infraestrutura de segurança sanitária

Fotografia 21: O Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre – RS, abaixo, é o Hospital Psiquiátrico mais antigo visitado na Inspeção Nacional. A foto abaixo apresenta a parte interdita dessa instituição. A antiga construção está cercada por uma barreira de placas metálicas.



Alvará ou licença de funcionamento e o relatório atualizado da Vigilância Sanitária ANVISA, bem como o Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros, compuseram a lista de documentos requisitados na ocasião da visita.

À época da visita, segundo os relatórios estaduais, doze²¹ instituições não possuíam alvará ou licença sanitária, dezenove²² possuíam alvará ou licença sanitária vigente e outras nove²³ não apresentaram essa informação. No tocante ao Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros, destaca-se que somente três hospitais psiquiátricos visitados dispunham da certificação obrigatória que assegura as condições de segurança contra incêndio e pânico, quais sejam: Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo (Anápolis – GO), Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO) e Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP).

No que se refere à aprovação das medidas de prevenção e combate a

21 Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC), Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM), Hospital Especializado Lopes Rodrigues (Feira de Santana – BA), Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA), Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE), Hospital Adauto Botelho (Cariacica – ES), Clínica São Francisco (São Luís – MA), Clínica La Ravardiere (São Luís – MA), CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT), Instituto de Psiquiatria da Paraíba (João Pessoa – PB), Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ), Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ).

22 Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca – AL), Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA), Hospital Especializado Mário Leal (Salvador – BA), Hospital de Saúde Mental de Messejana (Fortaleza – CE), Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo (Anápolis – GO), Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO), Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS), Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (São José – SC), Clínica Nosso Lar Adamantina (Adamantina – SP), Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP), Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP), Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP), Lar Bussocaba (Osasco – SP), Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP), Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP).

23 Casa de Eurípedes (Goiânia – GO), Hospital Nina Rodrigues (São Luís – MA), Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa/PB), Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros – PE), Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ), Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ), Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP), CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP).

incêndio e a desastres em estabelecimentos, a direção do hospital informou ainda haver pendências na regularização das inconformidades constatadas pelo Corpo de Bombeiros do Estado do Paraná em vistoria realizada em 2015. Portanto, o hospital encontra-se em funcionamento sem Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros ou Certificado de Aprovação, que ateste a segurança contra incêndio. Durante a visita, constatamos haver somente um extintor de incêndio em toda edificação do hospital destinada à internação, localizado no refeitório utilizado pelos adultos internados (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

Em resposta à requisição da cópia do relatório de inspeção sanitária mais recente/atual, a direção do hospital apresentou documentação datada de 2016, concernente ao cronograma de prazos e a relação das pendências sanadas pelo hospital, anexa a dois relatórios de inspeção da VISA de Maringá do mesmo ano. Os referidos relatórios de inspeção sanitária circunscrevem-se à constatação de inconformidade na infraestrutura, no serviço de nutrição e dietética, e no setor de farmácia, bem como solicitaram à instituição a apresentação de cronograma com prazos para adequações. Dessa forma, não foi possível analisar as situações descritas ao longo deste relatório considerando a avaliação atual da VISA acerca das condições sanitárias de funcionamento deste estabelecimento de saúde, bem como as correções, eventualmente, em curso (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR).

A clínica havia recebido inspeção da Vigilância Sanitária em 21/08/18 para renovação de licença de funcionamento e do COREN em 08/06/2017. Não há informação sobre outras fiscalizações que tenham ocorrido recentemente (Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP).

Segundo o relatório dos representantes do MPT- Procuradoria Regional do Trabalho, os principais problemas verificados estão atrelados ao péssimo estado de conservação das instalações físicas ocupados pelo hospital, com algumas áreas, inclusive, desativadas para o uso, diante do risco de desabamento. O hospital não possui o Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros, AVCB (CAIS Clemente Ferreira, Lins – SP).

Em relação às normativas entregue a equipe da inspeção, apesar da Direção, no momento da vistoria, afirmar que a Casa de Saúde possui Licença de Funcionamento da Vigilância Sanitária, o relatório de vistoria da vigilância sanitária, bem como a licença de funcionalmente não foram entregue a equipe da inspeção (Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ).

Foi obtida a informação que a instituição não possui licença de funcionamento

da Vigilância Sanitária, no entanto, há protocolo de solicitação. Durante a inspeção foi relatado que a Vigilância Sanitária há alguns anos já havia interditado a clínica, mas nada foi feito, tendo a instituição continuado seu funcionamento (Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ).

A instituição, na data de inspeção, continha o relatório de inspeção da Vigilância Sanitária Municipal (VISA) e não o Alvará (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

Conforme verificado ainda pela equipe do Ministério Público do Trabalho bem como na entrevista com a direção, pode-se afirmar que o CIAPS Hospital Adaauto Botelho não apresenta documentação legal para o seu funcionamento, não trabalha dentro das normas técnicas de saúde, de segurança do trabalho e predial, não apresentando alvará sanitário, alvará de segurança contra incêndio, plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde e as condições elétricas e sanitárias apresentam-se em péssimo estado de conservação, incorrendo em risco para funcionárias(os) e pacientes, e irregulares em relação à diversas Normas reguladoras do Ministério do Trabalho (CIAPS Hospital Adaauto Botelho, Cuiabá – MT).

O alvará de funcionamento da unidade data do ano de 2005. No presente momento, o hospital não possui licença sanitária para o funcionamento (Hospital Juliano Moreira, Salvador – BA).

Não foi identificada a licença sanitária para funcionamento, como estipula RDC n. 50/2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (Clínica La Ravardiere, São Luís – MA).

Segundo foi informado, já ao final da inspeção, durante conversa com a direção, a unidade não possui licença sanitária para funcionamento (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC).

A instituição não possui Licença de Funcionamento da Vigilância Sanitária (Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, Manaus – AM).

O hospital possui alvará sanitário, expedido em 14 de agosto de 2018 e com validade até 30 de janeiro, mas não foi apresentado o relatório da VISA. Não há Alvará de Funcionamento do Corpo de Bombeiros por ausência de PPCI (Projeto de Prevenção contra Incêndio). (Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, São José – SC)

Extraí-se dos relatos a conclusão de que a dimensão administrativa das instituições necessitam de serem mais percebidas pela Vigilâncias Sanitárias local. A despeito de possíveis infrações não decorrer automaticamente violação de direito às pessoas privadas de liberdade, delas se extrai o risco de iminente de violação.

1.2 CONDIÇÃO DE REPOUSO E PERNOITE

Fotografia 22: Hospital Nina Rodrigues, São Luís – MA. Em corredor visivelmente insalubre, cheio de mofo, roupas estendidas em um varal improvisado, foram encontrados colchões dispostos no chão.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

Nos termos do artigo n. 28 da CDPD, reconhece-se que as condições de repouso, pernoite e dormida compõem o rol assegurado pelo conceito de padrão de vida adequado.

Assim, condições adequadas de repouso e pernoite deveriam ser garantidas em equipamentos de saúde que reservam leitos a usuários. A qualidade de uma noite de sono está intrinsecamente relacionada ao espaço físico de sua realização. Os relatos abaixo descrevem falta de acomodações, superlotação, mobiliário inadequado, precárias condições de higiene, entre outros.

Houve relatos dos homens internados na unidade de saúde mental que o espaço destinado aos dormitórios cotidianamente é insuficiente para acomodar a todos, de modo a usuários dormirem no chão (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR).

A média de alojamento é de oito pessoas por quarto, quantitativo superior ao preconizado na legislação sanitária vigente (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

A conservação das camas era de extrema precariedade. Feitas de ferro, grande parte estava enferrujada, com deformidades ou pés tortos e quebrados. Os colchões eram muito finos e em sua maioria com inadequada conservação das capas que impedem a higienização adequada. Algumas enfermarias possuíam armários de ferro, em sua maioria danificados e enferrujados. Para observar o estado de conservação dos colchões retiramos alguns lençóis e cobertores, permitindo se observar a precariedade. Era possível sentir todas as ripas dos estrados ao sentar em alguns colchões de tão pouca espuma que possuíam (Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ).

Há um número excessivo de leitos por acomodação, sem espaço suficiente para circulação nos quartos, o que prejudica a individualidade e privacidade dos usuários. A conservação e limpeza do mobiliário são precárias (Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ).

A instituição se organiza em enfermarias femininas e masculinas e ambas são separadas em alas particulares e alas de leitos públicos, de atendimento ao SUS. A Ala masculina do SUS se divide em dois andares, cada andar com dois pavilhões que não se distinguem, pois os pavilhões não têm separação, ficando, portanto, cada enfermaria com mais de sessenta pacientes. Maioria dos quartos com oito pacientes, apresentando espaço insuficiente entre as camas, prejudicando a circulação. A Ala feminina do SUS se divide em dois andares, um pavilhão por andar (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

Foi verificado que todos os quartos são de uso coletivo e o tratamento é custeado majoritariamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), alguns não possuem banheiros, e não é verificado conforto, salubridade, acessibilidade, e ou privacidade (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO).

Na ala feminina existem trinta leitos organizados em quartos sem portas, alguns sem cama e outros com mais de um cama, sendo um total de trinta camas, a maioria delas em péssimo estado de conservação, e algumas sem colchão para acomodar as pessoas em privação de liberdade. A qualidade dos colchões que existem não atendem às condições mínimas necessárias, existem furos, o estofado está saindo da capa (Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA).

No segundo setor da Ala Masculina, onde permanecem os demais pacientes de justiça que cumprem medida de segurança ou internação provisória, no momento da inspeção havia três alojamentos. No primeiro deles havia onze pacientes sem camas, deitados apenas no colchão, que estava com lençóis

fornecidos pela unidade. No segundo alojamento havia camas de beliche, inadequadas para o espaço, pois há risco de queda para pessoas que tomam medicação (sonolência[...]). (Hospital Nina Rodrigues, São Luís – MA).

Com relação às condições de habitação da clínica, os alojamentos estão em péssimas condições sanitárias e as condições arquitetônicas são incompatíveis com os propósitos terapêuticos. Os quartos apresentam goteiras, colchões rasgados, muitos sem lençol, alguns banheiros sem vasos sanitários, ralos ou chuveiro. (Clínica São Francisco, São Luís – MA).

Verificou-se que a ferrugem tomava conta das camas, em estrutura de ferro e se estendia até o chão. Situação que se tornava mais agravada na Ala de Observação, onde nenhum colchão tinha revestimento, cobertor ou lençol. O argumento de alguns integrantes da equipe técnica era um possível risco que um lençol representaria (fuga ou enforcamento), estando a não oferta associada a segurança dos pacientes (Clínica São Francisco, São Luís – MA).

As camas de ferro estavam em sua maioria enferrujadas, cobertas apenas com lençol, sem travesseiro ou capa nos colchões. Estes eram bem velhos, alguns com a espuma rasgada (Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque, Arapiraca – AL).

Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

Fotografia 23: Clínica São Francisco, São Luís – MA. Encontraram-se camas bastante enferrujadas e colchões visivelmente deteriorados. Na foto abaixo, um velho colchão parece em estado de decomposição.



Em nove²⁴ relatórios houve destaque de problemas com relação as roupas de cama (lençol, cobertor e travesseiro) e condições das camas e colchões, que vão desde falta de roupas de cama para todas pessoas, estado de conservação e limpeza precários, até situações de ausência de roupa de cama por suposta segurança das pessoas. Onze²⁵ relatórios apontaram situações de falta de camas para todas as pessoas. Tais situações mostram-se preocupantes, uma vez que mais uma vez as pessoas privadas de liberdade são colocadas em situação de fragilidade por conta da organização institucional:

Sobre as questões inerentes ao fornecimento de roupas de cama, travesseiro, cobertores em boas condições de uso e adequado à temperatura climática, foi constatado que, por parte da unidade não há o fornecimento destes itens, com relação aos travesseiros para todos, a maioria não possui, e relataram fornecer cobertores extras diariamente, à noite. Como determinados itens não são fornecidos pela instituição, os familiares passam a ser responsáveis por levar aos entes que estão internados o que precisam. Foi observado que todas as camas possuem apenas um cobertor, e, considerando a baixa temperatura climática do município de Petrópolis-RJ (Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ).

Alguns colchões e travesseiros da ala SUS masculina, estavam sem a capa protetora impermeável, e alguns destes em condições inadequadas de preservação e sem condições de uso pelos pacientes, ainda que estivessem sendo utilizados (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

Nenhuma cama possuía travesseiros e cobertores e nem todas possuíam lençóis, sendo que, nem todos os lençóis estavam limpos

24 Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC); Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca – AL); Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM); Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA); Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA); Hospital de Saúde Mental de Messejana (Fortaleza – CE); Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE); Clínica São Francisco (São Luís – MA); Hospital Nina Rodrigues (São Luís – MA);

25 Hospital Nina Rodrigues (São Luís – MA); Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR); Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR); Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ); Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ); Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ); Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ); Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ); Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS); Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP); CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP).

(Hospital Juliano Moreira, Salvador – BA).

As roupas que as/os usuárias/os utilizam, são em sua maioria, roupas de doação, grande parte dos usuárias estavam descalços durante a visita e todos os colchões do hospital estavam sem lençóis, ao questionarmos o fato, as/os usuárias/os e as/os trabalhadoras/es relataram que os lençóis são entregues apenas a noite para as pessoas, cada interna/o recebe um único lençol, que é recolhido pela manhã (Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA).

(...) lençóis fornecidos pela própria unidade, muito embora na ocasião os lençóis na ala masculina não tenham sido localizados, situação sobre a qual o estabelecimento alegou que eles tinham acabado de ser recolhidos para lavagem. Em relação a esse ponto, os pacientes foram inquiridos, pelo que informaram que os lençóis não são fornecidos pela unidade regularmente (Clínica La Ravardiere, São Luís – MA).

As camas são cobertas com lençol, não há travesseiros e cobertores são fornecidos apenas quando solicitados pelos usuários. Segundo relato dos trabalhadores não há lençóis, cobertores, travesseiros e toalhas de banho suficientes para todo mundo, sendo necessário, às vezes, adiar o banho por não ter roupa limpa. Eles consideram a roupa de cama limpa, apesar de já não estarem em tão boas condições de uso (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC).

Verificamos que em poucas camas havia lençóis e em nenhuma havia travesseiros (Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, Manaus – AM).

Quanto aos suprimentos da entidade, os entrevistados queixaram-se da falta de materiais para fazer curativos, de medicamentos, de materiais de higiene – como papel higiênico, sabonete – e de lençóis para as camas. De fato durante a inspeção foi constatada a falta de lençóis na maioria das camas, bem como foram observados pacientes deitados diretamente nos colchões, e alguns colchões no chão (Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, Manaus – AM).

As condições de dormida e repouso, como pôde-se constatar, são alarmantes não apenas pela precariedade que assola a estrutura física e mobiliária dos quartos, mas também pela completa pauperização dos itens de necessário conforto para o bem-estar, como roupas de cama e colchão. O compartilhamento desses itens, evidentemente, é um arranjo deletério que pode gerar danos não apenas à saúde do sono mas propriamente à saúde física, em razão de doenças dérmicas, que encontram meios de fácil contágio.

1.3 ALIMENTAÇÃO

Obrigada por terem vindo, é a primeira vez que deixaram a gente repetir. (Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ)

Fotografia 24: Ala dos pacientes judiciários do Hospital Nina Rodrigues, São Luís – MA. Na foto, paciente passa por entre grossas grades de ferro, pedaços de pão.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

O direito à alimentação é um direito previsto constitucionalmente. Ademais, é direito humano, consagrado dentre os direitos fundamentais sociais constantes do artigo 6º da Constituição. A maioria dos hospitais visitados – vinte e nove instituições²⁶ – oferece aos adultos internados cinco ou mais refei-

26 Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC), Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM), Hospital Especializado Lopes Rodrigues (Feira de Santana – BA), Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA), Hospital Especializado Mário Leal (Salvador – BA), Hospital de Saúde Mental de Messejana (Fortaleza – CE), Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE), Hospital Adauto Botelho (Cariacica – ES), Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo (Anápolis – GO), Hospital Nina Rodrigues (São Luís – MA), Clínica La Ravardiere (São Luís – MA), Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG), CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT), Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa/PB), Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR), Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ), Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ), Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS), Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (São José – SC), Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP), Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP), Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP), CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP), Lar Bussocaba (Osasco – SP), Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP), Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP).

ções diárias. Nos extremos destacam-se o Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros – PE), cujos relatos indicam a oferta de apenas três refeições por dia, e o Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP), que dispõe de cinco a sete refeições diárias.

Contudo, os achados ao longo da Inspeção Nacional denotaram um expressivo divórcio entre as práticas dessas instituições e o direito em tela, a começar pela falta de diversidade da alimentação servida, criticada em dezenove²⁷ estabelecimentos. Apesar da existência de nutricionista responsável pela alimentação em algumas instituições, observou-se oferta restrita, com cardápio pobre no que se refere à variedade dos grupos alimentares e à qualidade nutricional.

No dia da inspeção, por exemplo, serviriam para o almoço salsicha e fígado de boi para os pacientes, bem diferente do estabelecido. Houve relatos de pacientes que esse “menu” era servido frequentemente. [...] Ainda em relação a alimentação destacou-se, que houve relato de alguns profissionais da cozinha que estavam bastante revoltados por terem que servir salsicha para os pacientes enquanto os médicos e o pessoal da enfermagem iriam comer galinha. Foi dito que o freezer estava cheio, mas era só para os médicos. Destaca-se ainda, que alguns pacientes, logo na entrada do hospital, estavam sem roupas, pedindo comida e dinheiro. (Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE).

A alimentação fornecida às pessoas internadas consiste em dieta com valor calórico diário fixado, de modo a ser proibido aos usuários repetir qualquer refeição. No cardápio mensal destinado às pessoas internadas observa-se que o café da manhã e o lanche da tarde caracterizam-se como refeições, cuja oferta nutricional se restringe a dois pães de leite, biscoito e chá em todos os dias. O cardápio do almoço e jantar apresentado indica a oferta de arroz e feijão, salada, proteína, suco e fruta diariamente. Verificou-se na

27 Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca – AL), Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM), Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA), Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE), Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO), Clínica São Francisco (São Luís – MA), Clínica La Ravardiere (São Luís – MA), Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG), Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros, PE), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR), Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ), Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ), Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS), Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS), Clínica Nosso Lar Adamantina (Adamantina – SP), Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP), Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP).

data da visita que o almoço oferecido aos usuários não era compatível com o cardápio programado. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR)

Dentre os inúmeros direitos humanos violados nos estabelecimentos inspecionados, as necessidades básicas alimentares, como oferta de comida, são diariamente negadas na qualidade²⁸ e quantidade²⁹ das mais diversas formas.

Durante a escuta, a equipe identificou queixas referentes a alimentação, informando que, além de sabor desagradável a quantidade é limitada e qualidade precária, carne sempre fígado, carne moída de segunda e pouca variedade de saladas. O café da manhã é composto por um pão com manteiga, um copo de suco e um copo de leite. Comunicaram que é proibido o consumo além do que é fornecido a cada paciente e, ao mencionarem fome ou reivindicar mais alimento, não lhes é fornecido. (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO).

Quanto à qualidade da alimentação, havia apenas arroz e salsicha na cozinha, e não foram identificadas frutas ou vegetais que pudessem ser oferecidos aos pacientes. Constatou-se, portanto, que não é garantida diversidade de alimentos no cardápio, e os usuários se referiram negativamente sobre a qualidade da alimentação, chegando a relatar que passavam fome (Clínica São Francisco, São Luís – MA).

Na unidade masculina destinada aos adultos com transtornos mentais foi relatada pelos usuários a impossibilidade de repetição das refeições e que os alimentos são misturados, parecendo “lavagem para porco”. Indicaram, também, que “nunca viram um frango”. Um usuário disse

28 Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM), Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE), Casa de Eurípedes (Goiânia – GO), Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO), Clínica São Francisco (São Luís – MA), Clínica La Ravardiere (São Luís – MA), Instituto de Psiquiatria da Paraíba (João Pessoa, PB), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP).

29 Hospital de Saúde Mental de Messejana (Fortaleza – CE), Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO), Clínica São Francisco (São Luís – MA), Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR), Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ), Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP), Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP).

que por estar em um hospital não haveria muita escolha ou opção frente à alimentação, o que demonstra a naturalização dos maus-tratos vivenciados, no que se refere ao direito à qualidade alimentar (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR).

Houve vários relatos dos entrevistados de ocorrência de diarreia no dia em que é servida salsicha, justamente a proteína oferecida no almoço, no dia da inspeção. [...] O intervalo entre o jantar e o café da manhã supera dez horas em jejum (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

Em relação à alimentação, declararam que têm comido apenas frango e que a comida estava lhes causando dor de barriga. Frisaram que gostariam de comer carne e de que fosse inserida farinha no cardápio. Reclamaram também da truculência dos funcionários que servem as refeições na cozinha (Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, Manaus – AM).

Queixa unânime da alimentação (em praticamente todas as refeições: pão duro, galinha sem tempero e mingau ralo, sem gosto[...]). As pacientes queixaram-se da alimentação (“são só três bolachas”). (Clínica La Ravardiere, São Luís – MA).

Verifica-se dieta massificada, empobrecida, desigual, que desconsidera as especificidades e as necessidades de pessoas portadoras de diferentes tipos de agravos, doenças e eventos como diabetes, hipertensão, obesidade, doença celíaca etc. Sabe-se que dietas específicas são essenciais na qualidade de vida e no evitamento de agravos à saúde, sobretudo no casos de crianças, adolescentes e pessoas idosas. Ao contrário, nos hospitais inspecionados, encontramos ações nutricionais que não valorizam a alimentação como potência, fortalecimento e suporte no processo de saúde das pessoas. Ademais, conforme se relatou, produz-se um ambiente de desigualdade no acesso a determinados alimentos, pelo recorte de renda entre quem está internado pelo SUS e, de outro modo, quem o está às expensas particulares. Segue os relatos:

Fotografia 25: No Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, Fortaleza – CE. Paciente amarrado à cadeira de rodas, come sozinho, com uma pequena colher de plástico, um prato composto basicamente de arroz. Há muitos grãos de arroz espalhados pela mesa, o que parece indicar dificuldade psicomotora para alimentar-se;



Há profissional da nutrição que gerencia plano alimentar individualizada e fiscaliza a qualidade das comidas. [...] Muitos queixam-se da alimentação, de sua qualidade e variedade, havendo relatos de mal-estar ocasionado após consumo dos alimentos; [...] “Rafael, 22 anos, reclama da alimentação, oitava vez que tem diarreia”. (Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, Fortaleza – CE)

Há espaço exclusivo e adequado para armazenamento de alimentos, porém foi encontrado um alimento vencido, proveniente de doação. [...] Não foi verificado relato de oferta de dieta específica para diabéticos e/ou hipertensos. A dieta é padronizada. [...] “Varia o cardápio toda semana. Toda segunda é almôndega. Toda sexta é sopa. Tô me segurando pra não ficar

louco. Muita desigualdade por aqui.” (Paciente da ala SUS) (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

Aparentemente a alimentação não era má qualidade, mas não encontramos variedade no cardápio, distinção nas dietas das/os usuárias/os que são acometidas por algum tipo de condição de saúde que exija esta especificidade. (Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA).

Pelo observado, a organização da dinâmica alimentar e nutricional atende mais às necessidades da instituição e menos às de seu público.

No dia da vistoria, haviam pessoas se alimentando sentados no chão do refeitório e no pátio. Cabendo ressaltar que a distribuição dos alimentos aos pacientes é realizada em pratos, talheres e copos de plásticos, e estes guardados também de forma irregular. Segundo a direção a alimentação dos pacientes é preparada no Hospital Clínico de Corrêas e entregue em uma grande “marmita”, que é dividida pelos pacientes no refeitório, assim, na instituição não há controle da qualidade da comida. (Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ).

Segundo os entrevistados, o cardápio nutricional é organizado de acordo com os alimentos que o hospital recebe como doação e não há nenhum planejamento para a compra destes. Sendo assim, a preparação da comida ocorre de acordo com os suprimentos disponíveis, sem necessariamente corresponder ao valor nutricional adequado aos usuários. A direção anexou um cardápio, conforme solicitado pela equipe de inspeção, onde constava apenas o que era oferecido no almoço e jantar. (Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ)

Os usuários referiram que a alimentação é boa e suficiente às suas necessidades diárias. Contudo, os trabalhadores relataram que já houve situações em que chegam a cotizar para comprar o pão para os usuários, informam que o momento mais crítico é a hora da alimentação, o que tem sido negligenciado pela SESACRE (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC).

A falta ou disparidade de qualidade entre alimentos, modo de ofertá-los, espaço inadequado de garantia e outras negligências agrega-se a restrição ao convívio social durante as refeições.

A alimentação é oferecida nos refeitórios ou, para as(os) usuárias(os) mais debilitadas(os), nos “cadeirões”. A maior parte destas(es) usuárias(os) debilitadas(os) permanece contida durante a alimentação, sob

Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

a justificativa de evitar que derrubem a comida. Foi observado na unidade Roberto Mercatelli que uma das usuárias estava separada das demais por uma grade em outro cômodo. As funcionárias alegaram que ela faz “muita bagunça” na hora do almoço, como, por exemplo, comer e colocar a mão na comida de outras usuárias, colocar a mão nas panelas quentes. Não foi oferecida a refeição a ela enquanto as outras pessoas comiam (Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP).

A parte das cozinhas e instalações adjacentes para a alimentação coletiva, as “cantinas” — identificadas em quatorze³⁰ hospitais — surgem como pontos de venda de produtos comestíveis às pessoas internadas, situação que favorece a discriminação e a exploração econômicas, como pode ser observado:

Um usuário reclamou que em dia de visita não é servido o chá da tarde, como uma estratégia para que as famílias consumam na cantina, porém quem não recebe visita no dia acaba ficando sem comer naquele período (Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP).

No momento da inspeção muitas pessoas institucionalizadas aguardavam na fila para comprar algum alimento na cantina. Ao conversar com alguns internos informaram que a comida na unidade seria péssima, e a comida da cantina de melhor qualidade. Relataram ainda que a mesma equipe produz os alimentos dos dois espaços, o que tornaria ainda mais gravosa a disparidade da qualidade dos alimentos. Um paciente relatou: “a comida é ruim, a da cantina é boa”, “a de graça é ruim e pouca”. A impossibilidade de repetir a alimentação também foi uma reclamação constante, tendo uma usuária inclusive direcionado a fala para um dos integrantes da equipe da inspeção dizendo “obrigada por terem vindo, é a primeira vez que deixaram a gente repetir” (Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ).

No interior do hospital há uma lanchonete, a qual recebe depósitos de valores, por parte de familiares dos pacientes para que estes possam consumir

30 Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca – AL), Casa de Eurípedes (Goiânia – GO), Clínica La Ravardiere (São Luís – MA), Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG), Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa – PB), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ), Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ), Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP), Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP), Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP).

alimentos e guloseimas no interior da instituição. Porém, há queixas de alguns pacientes sobre a gestão desses recursos. Alguns relatam que os valores depositados pelos familiares não condizem com os valores declarados recebidos na lanchonete. As(Os) pacientes têm acesso restrito à lanchonete. Só podem acessá-la acompanhadas(os) de profissionais do hospital (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

A Cantina é terceirizada, mas sem contrato formal estabelecida. A responsável já foi funcionária do Hospital. A questão nutricional da dieta proveniente dos alimentos disponibilizados na cantina, já foi discutida com a nutricionista da instituição. Mas a venda persiste por falta de manejo da equipe do Hospital em lidar com a resistência de alguns internos. A direção minimiza o número de usuárias(os) que tenham restrição alimentar e pontua a dificuldade em mediar os conflitos diante da proibição de qualquer alimentação. “Tudo eles querem fazer rebelião! É difícil lidar com esse pessoal” (sic). Contudo, não foi fornecido qualquer documento que conste a lista de itens vendidos, nem uma tabela de preços, nem qualquer registro que comprove a quantidade de internos que consomem produtos da cantina, muito menos o livro caixa com as receitas e despesas auferidas com a comercialização realizada na Cantina (Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque, Arapiraca – AL).

A distinção de qualidade das cantinas faz com que essas sejam mais atraentes do que os serviços internos, o que nos permite realizar também questionamentos de fundo ético: parece haver um deliberado e ilegal negligenciamento do direito humano a uma alimentação adequada em favor de sua exploração econômica privada.

1.5 ÁGUA POTÁVEL

Fotografia 26: No CIAPS Hospital Adauto Botelho, Cuiabá – MT. Foi encontrado, em sala bastante escura, um bebedouro desgastado pela ferrugem, com fiação elétrica exposta e limo, poeira aparentes. Nas bases desse bebedouro, há um galão de água cortado e um balde que parecem servir para cumular água vazante.



Fonte: Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos, 2018.

A Assembleia Nacional da ONU reconheceu, em 28 de julho de 2010, o acesso à água potável como um direito humano fundamental (Resolução n. 64/292, de 28 de julho de 2010³¹). Em metade³² dos hospitais psiquiátricos inspecionados apareceram violações quanto ao direito ao livre acesso à água potável pelas pessoas internadas. Os relatos que seguem apontam para acesso restrito, marcado por situações, como: necessidade de solicitação à enfermagem e ausência ou insuficiência de bebedouros ou filtros em algumas alas ou ambientes. Sob outra ótica, o acesso é prejudicado por barreiras que dificultam a acessibilidade.

O acesso à água potável, tanto por parte dos usuários quanto dos funcionários, é feita por meio de bebedouros, todavia, não pôde ser observado o dispositivo na ala SUS, mas apenas na ala de leitos particulares (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

De acordo com o hospital, água potável está disponível através de bebedouros que são ligadas a filtros com manutenção programada que analisam e limpam os reservatórios de água. Muito embora, durante a visita, não foi visto nenhum bebedouro disponível nos espaços de circulação dos pacientes (Hospital Juliano Moreira, Salvador – BA).

Nas Unidades de Observação Feminina e Masculina para usuários do Sistema Único de Saúde não há acesso livre à água potável e os pacientes devem fazer solicitação para usufruí-la. (Clínica Professor Paulo Guedes, Caxias do Sul – RS)

Na enfermaria feminina, no pátio não existe bebedouro com livre

31 NAÇÕES UNIDAS. Resolução A/RES/64/292. Disponível em: <https://www.un.org/waterforlifedecade/pdf/human_right_to_water_and_sanitation_media_brief_por.pdf>. Acesso em 10 out. 2019.

32 Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca – AL), Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA), Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA), Hospital Adauto Botelho (Cariacica – ES), Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO), Clínica São Francisco (São Luís – MA), Hospital Nina Rodrigues (São Luís – MA), Clínica La Ravardiere (São Luís – MA), Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG), Instituto de Psiquiatria da Paraíba (João Pessoa, PB), Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros – PE), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS), Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS), Clínica Nosso Lar Adamantina (Adamantina – SP), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP), CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP), Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP).

acesso, precisando requisitar aos funcionários caso queiram beber água, uma vez que bebedouro fica dentro do posto de enfermagem. (Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ).

Entretanto, as pessoas internadas não possuem livre acesso à água potável, pois o bebedouro fica na sala das(os) técnicas(os) de enfermagem, assim, é necessário solicitar aos técnicos quando desejam beber água. Algumas pessoas internadas relataram tomar água da torneira por vergonha de pedir às(aos) técnicas(os) de enfermagem. (Hospital Psiquiátrico Aauto Botelho, Cariacica – ES)

Na ala Bion (destinada a adultos com transtornos mentais), o bebedouro existente fica numa extensa área coberta, entretanto, o acesso das(os) usuárias(os) a este ambiente é restrito, uma vez que esse espaço é separado na área das enfermarias por uma porta com tranca. Havia canecas plásticas sobre os bebedouros, sinalizando o seu compartilhamento pelas(os) usuárias(os). Não se identificou a disponibilização de copos plásticos ou artigo similar, de fácil acesso. Na unidade das(os) adolescentes o bebedouro encontrava-se fora de uso (em manutenção) pois os adolescentes o teriam quebrado (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

[...] a quantidade de pontos de hidratação espalhados na unidade é notoriamente insuficiente, assim como não detectado no estabelecimento local de dispensação de copos descartáveis ou recipiente equivalente, destinado ao consumo individualizado pelos pacientes e visitantes. (Hospital Nina Rodrigues, São Luís – MA).

Foi relatado que água fornecida nos bebedouros localizados nos pátios é proveniente de poço artesiano. A direção trouxe novamente uma dificuldade em lidar com os comportamentos agressivos dos internos ao justificar que o refrigerador dos bebedouros precisarem ser instalados no alto da parede por causa das constantes depredações. A lógica da restrição e proibição em função da segurança ficou mais uma vez nítida na fala da direção. (Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque, Arapiraca – AL)

Observou-se ainda a riscos de contaminação, falta ou compartilhamento de copos em nove³³ instituições visitadas, além da falta de manutenção e de testes sobre a qualidade da água fornecida aos usuários em doze³⁴ hospitais psiquiátricos inspecionados.

De forma idêntica ao ocorrido nos apartamentos não foi apresentado o controle da troca de filtro dos bebedouros e não havia bebedouro para usuários de cadeiras de rodas. (Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA)

Quanto a disponibilização de fornecimento de água potável em local de fácil acesso às pessoas internadas, foi verificado que existem bebedouros nas unidades de internação, sendo a água potável e disponibilizada em garrafas, sem identificação e controle de data e/ou temperatura. [...] Em ambas as alas, ao verificar os bebedouros nenhum deles apresentava informações a respeito de troca de velas e a periodicidade de sua manutenção. (Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ).

As unidades de internação de agudos e de longa permanência não possuem bebedouro para o uso da(o) usuária(o). Constatou-se a água é disponibilizada em recipientes reutilizáveis, sem controle de temperatura, da qualidade e da potabilidade da água fornecida. [...] São fornecidas canecas de plástico para que as pessoas internas possam beber água, em algumas unidades verificou-se que as canecas são de uso comum, pois não possuem identificação do(a)s usuário(a)s. (Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre – RS).

Verificou-se ainda, alimentação precária, pacientes bebendo água da torneira, totalmente desprovidos de qualquer referência pessoal que pudessem

33 Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC), Clínica São Francisco (São Luís – MA), Hospital Nina Rodrigues (São Luís – MA), Clínica La Ravardiere (São Luís – MA), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR), Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ), Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS), Clínica Nosso Lar Adamantina (Adamantina – SP).

34 Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC), Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA), Hospital Adauto Botelho (Cariacica – ES), Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO), Clínica La Ravardiere (São Luís – MA), CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT), Instituto de Psiquiatria da Paraíba (João Pessoa, PB), Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros – PE), Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS), Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP).

garantir às(aos) mesmas(os) a dignidade e os direitos básicos e sociais previstos por lei. (Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE).

A água para consumo das(os) pacientes é dispensada através de bebedouros de acesso a todos, e os copos utilizados são canecas plásticas não individuais, as quais ficam expostas nos bebedouros, ou em locais como beirais de janelas. [...] Constatou-se ainda que não é feita a limpeza e higienização dos reservatórios, nem mesmo o monitoramento da qualidade da água. Em outro momento observou-se ainda pacientes bebendo água da torneira. (CIAPS Hospital Adauto Botelho, Cuiabá – MT).

[...] à noite a gente bebe água de torneira. (Clínica La Ravardiere, São Luís – MA)

[...] foi evidenciado que, apesar de existir bebedouros de galão de água mineral em diversos pontos do Hospital de Saúde Mental do Acre (HOSMAC), os galões são, em parte, enchidos com água das torneiras do próprio hospital, que são frequentemente trocadas pelo setor de serviços gerais, conforme informações dos trabalhadores do local. O Departamento Estadual de Pavimentação e Saneamento (DEPASA) fornece água ao hospital e é essa água que os usuários consomem, após tratamento em um bebedouro industrial, que de acordo com o verificado não está tendo seu filtro limpo com a periodicidade necessária, ou na própria torneira. [...] Não há copos de uso individual, os trabalhadores esclareceram que os copos hoje existentes foram fruto de cotização deles (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC).

Fotografia 27: Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC. Foi encontrado o que parece ser um bebedouro, com canecas não identificadas dentro da pia, uma torneira simples sem acabamento saída diretamente da parede, ao lado de outro buraco. No chão azulejado, vê-se a presença de limo e sujeira.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

Apesar de a direção e de as(os) funcionárias(os) assegurarem que a água ofertada é em quantidade adequada e de boa qualidade, observou-se que todos os bebedouros estavam em péssimas condições de uso. Muitos estavam quebrados. Quando questionados sobre isso, as(os) funcionárias(os) relataram que em alguns casos fica a cargo deles buscarem água em garrafas PET para os internos. (Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ)

Foi avistado um bebedouro ao lado do refeitório. A água sai por torneiras comuns, mas havia fixado na parede, em local alto, um filtro, [...]. Seu aspecto era de uma construção antiga, com torneiras um pouco enferrujadas e lodo entre os azulejos. Este bebedouro também era acessível a pacientes de outras alas. (Hospital Psiquiátrico Espírita, Bezerra de Menezes, Presidente Prudente – SP)

Tendo em vista tratar-se de recurso vital, a ingestão de água deve vir acompanhada, ao menos, da potabilidade. Oriundos das normas da CDPD, os critérios do instrumento Direito é Qualidade apresentam a seguinte previsão: “alimentos e água potável estão disponíveis em quantidades suficientes, são de boa qualidade e correspondem às preferências culturais e necessidades de saúde dos usuários do serviço” (1.4.1). Quantidade, qualidade e preferência, definitivamente, foram requisitos descumpridos nos estabelecimentos relatados.

1.5 BENS PESSOAIS

1.5.1 Vestuário

Fotografia 28: No Hospital de Saúde Mental de Messejana, Fortaleza – CE. Pacientes usam uniforme amarelo claro. Na foto abaixo, um paciente aparentemente jovem, de cabeça baixa, está sentado ao chão com um prato de arroz e feijão entre as pernas. Ele veste uniforme bastante largo e está bastante sujo. Ao redor dele, há rastros de arroz e salada espalhados pelo chão.



Fonte: Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos, 2018.

As roupas não são de uso individual, nem mesmo as roupas íntimas, não podem ser guardadas pelas pessoas internadas, que não possuem armários em seus quartos, todas podem usar as roupas depois que essas chegam da lavanderia. As pessoas internadas relatam que separam algumas peças que gostam e escondem embaixo dos colchões, entretanto os funcionários realizam vistorias e confiscam as peças. (Hospital Adauto Botelho - Cariacica – ES)

O artigo 45 da Declaração Universal dos Direitos Humanos afirma que “toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis [...]”. Premissa internacional do direito ao vestuário adequado, a Declaração emancipa a questão ao nível dos demais direitos humanos a serem garantidos, sobretudo, em instituições totais, como os hospitais psiquiátricos inspecionados. Para a análise, todavia, é necessário graduar as violações, dado que o cenário encontrado nas instituições foi variado.

Conforme a contabilização oriunda das visitas da Inspeção Nacional, em quatorze³⁵ instituições havia pessoas que usavam uniformes; em onze,³⁶ identificou-se



35 Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC), Hospital Especializado Lopes Rodrigues (Feira de Santana – BA), Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA), Hospital Especializado Mário Leal (Salvador – BA), Hospital de Saúde Mental de Messejana (Fortaleza – CE), Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE), Casa de Eurípedes (Goiânia – GO), Hospital Nina Rodrigues (São Luís – MA), CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ), Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS), Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (São José – SC), Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP).

36 Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA), Hospital Adauto Botelho (Cariacica – ES), Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo (Anápolis – GO), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ), Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ), Clínica Nosso Lar Adamantina (Adamantina – SP), Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP), Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP), CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP).

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

o uso majoritário de roupas doadas, e vinte³⁷ não garantiam a individualização e singularidade das pessoas internadas, por meio da personalização das vestimentas, no cotidiano hospitalar. Em onze³⁸ estabelecimentos alegou-se a disponibilidade de roupas íntimas, sobremaneira de uso compartilhado.

Fotografia 29: CIAPS Hospital Adauto Botelho, Cuiabá – MT. Paciente vestido de uniforme verde desproporcional a seu tamanho, bebê água ao lado de uma grossa grade de ferro.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

37 Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC), Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA), Hospital Especializado Mário Leal (Salvador – BA), Hospital de Saúde Mental de Messejana (Fortaleza – CE), Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE), Hospital Adauto Botelho (Cariacica – ES), Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo (Anápolis – GO), Casa de Eurípedes (Goiânia – GO), Hospital Nina Rodrigues (São Luís – MA), CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT), Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa/PB), Instituto de Psiquiatria da Paraíba (João Pessoa/PB), Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros – PE), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ), Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (São José – SC), Clínica Nosso Lar Adamantina (Adamantina – SP), Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP), Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP), Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP).

38 Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC), Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA), Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE), Hospital Adauto Botelho (Cariacica – ES), Casa de Eurípedes (Goiânia – GO), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP), CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP).

Em três hospitais visitados, as equipes de inspeção depararam-se, ainda, com a existência de usuárias(os) nus, conforme destacado nos trechos a seguir, o que denota a completa desassistência a que tais pessoas estão submetidas.

Muitas das pessoas, no momento da inspeção, estavam sem camisa, descalços, ou mesmo nus. (Instituto de Psiquiatria da Paraíba, João Pessoa/PB)

Destaca-se ainda a fala de outro profissional de nível superior dirigida à equipe da inspeção; o mesmo enfatizou que o grupo não deveria deixar-se impressionar pelo fato dos pacientes estarem sem roupas ou sem sandálias, porque eles “eram muito bem assistidos e evoluídos no prontuário” (SIC). (...) Destaca-se ainda, que alguns pacientes, logo na entrada do hospital, estavam sem roupas. (Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE)

Em relação as roupas, conforme relatos e observações, as roupas são coletivas e doadas (desde roupas íntimas e calçados), (...) que uma ou outra mulher que trouxe roupas pessoais pode usar; (...) Também foi relatado que na ala vizinha (que é possível de observar através de uma grade), internos com comprometimentos severos ficam o dia todo completamente despidos, mas que neste dia estavam vestidos provavelmente por conta da inspeção (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP).

Do mesmo universo amostral, em sete³⁹ hospitais as roupas eram próprias apenas em razão da lavagem ou higienização ser assegurada por familiares ou pelas próprias pessoas internadas, desonerando o hospital de suas obrigações. Segue mais recortes:

São poucas as unidades que tem roupa individualizada, somente aquelas pessoas que conseguem cuidar da própria roupa e que recebem algum tipo de benefício. (CAIS Clemente Ferreira, Lins – SP).

A rouparia é lavada no hospital, exceto as roupas que pertencem aos usuários, que são de responsabilidade de seus familiares. (Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, Manaus – AM)

39 Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM), Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS), Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS), CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP), Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP).

A roupa de cama, banho e vestuário (disponibilizado pelo hospital) dos usuários internados, são encaminhados semanalmente para o Hospital Sanitário Partenon para higienização, as vestimentas próprias são de responsabilidade dos familiares. (Hospital Psiquiátrico São Pedro – Porto Alegre – RS).

No momento da inspeção, identificou-se uma usuária lavando as próprias roupas e dispondo-as no chão do pátio para secá-la, visto que cabe, aos familiares, a função de disponibilizar as vestimentas para uso na instituição. (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO)

([...]) há tanque e varal para que as pessoas internadas possam lavar as suas próprias roupas; e, em caso de impossibilidade, a higienização das as roupas fica sob responsabilidade dos familiares. Em contrapartida, todas as pessoas internadas fazem uso de roupas próprias e todas estavam vestidas e calçadas na data da inspeção. (Clínica Professor Paulo Guedes, Caxias do Sul – RS)

Particularmente, no Hospital Nina Rodrigues, verificou-se a distinção do tipo de uniformes utilizados pelas pessoas internadas por conflitos com a lei.

Vislumbrou-se, durante os trabalhos de inspeção, que os pacientes da unidade estavam vestidos com uniforme/camisola hospitalar, à exceção dos pacientes judiciais, que usavam indumentárias uniformes, disponibilizadas pela Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP – MA) (Hospital Nina Rodrigues, São Luís – MA).

Os relatórios de visita trazem à tona o interesse institucional, marcado pela padronização das vestimentas e rotinas em detrimento do respeito da livre escolha das vestimentas e das preferências individuais, que correspondem aos gostos e às particularidades de cada sujeito. Dessa forma, resta alijada a individualidade e a adequação da assistência às necessidades singulares das pessoas internadas, expondo-as à condição desumana e degradante, em contraposição aos direitos assegurados na Lei n. 10.216/2001.

Funcionárias questionam a falta de individualidade quanto a vestimenta, porém pontuam que as roupas deveriam ser padronizadas porque “mulher dá muito trabalho”, “tem muito detalhe”. Nota-se que a individualidade, singularidade das pessoas internadas não é levada em consideração. (Hospital Adauto Botelho, Cariacica – ES)

Nas unidades de internação inspecionadas, tanto de agudos como de longa permanência constatou-se que as pessoas internadas utilizavam uniformes em vez de vestimentas própria. A diferença entre as unidades de longa permanência e de agudos é que naquelas unidades os usuários também utilizam roupas comum disponibilizadas pelo hospital ou adquiridas pelos usuários que possuem benefício. (...) Foi descrita a dificuldade de que cada paciente tenha a sua roupa própria, com exceção das roupas íntimas, em função de trocas entre elas, roubos e da falta de local apropriado para guardar as roupas, limpas ou sujas, até que a família venha buscar. (Hospital Psiquiátrico São Pedro – Porto Alegre – RS)

Os uniformes, que são lavados diariamente, têm cores diferentes de acordo com o setor e identificação da respectiva ala na altura do peitoral. Uma funcionária relatou que o motivo em aderir ao uniforme era evitar os pertences próprios, porque os usuários realizavam negociações com as roupas em troca de maços de cigarros e outros objetos (Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP).

No que se refere às vestimentas, foram observadas pessoas usando roupas próprias e outras usando macacão do hospital. [...] Foi observado o uso do macacão e outras peças de vestuário, tal como um casaco com talas nas mangas, como formas de restringir a movimentação dos sujeitos, sob a justificativa de evitar que se auto-lesionassem, tocassem em fezes ou se tocassem (Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP).

Os usuários utilizam roupas comuns e não uniformes. Os moradores têm suas roupas adquiridas pelos curadores; os pacientes não moradores utilizam roupas próprias ou roupas fornecidas pelo hospital. Os pacientes não têm acesso às suas roupas de maneira direta sendo que depende da liberação da equipe e de um setor de rouparia para ter acesso às suas vestimentas. Em visita à rouparia, verificamos que as roupas são separadas por nome e a liberação é efetuada conforme a necessidade de cada um, porém a escolha das peças de roupa fica a critério da equipe na maioria das vezes, sendo que somente os pacientes com maior autonomia podem solicitar a roupa que desejam naquele momento (Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente – SP).

No posto de enfermagem ficam os armários onde os pertences das usuárias estão guardados, impossibilitando o livre acesso. De acordo com três usuárias entrevistadas e uma técnica de enfermagem, só tem acesso aos próprios pertences a paciente que estiver “controlada”, configurando violência patrimonial. As roupas das paciente castigadas são escolhidas pela equipe. (Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA)

É notória a disfunção institucional no trato com o direito ao vestuário. A rigor, o debate poderia ser mantido apenas no âmbito da ausência ou existência de roupas e calçados, o que já seria relevante à vista dos achados. A análise dos relatórios de inspeção indicou a observância de pessoas descalças em doze⁴⁰ hospitais visitados, sobressaindo, quando calçadas, o uso de chinelos.

Sobre roupas, os usuários são uniformizados, com fardamento fornecido pela própria instituição. É relatado por uma usuária que não são fornecidas roupas íntimas e os calçados na maioria das vezes são os familiares que fornecem. ([...]) Usuárias encontravam-se descalças, com vestuário do hospital, sem roupas íntimas. (Hospital de Saúde Mental de Messejana, Fortaleza – CE).

As pessoas internadas não podem escolher a roupa que vão vestir, usam uma roupa padrão, do hospital, a roupa íntima e o calçado são fornecidos pelos familiares. Foi possível perceber que alguns usuários estavam sem camisas ou descalços. Em geral, a unidade providencia calçados somente para os residentes, de modo que os que passam por internações temporárias ou ficam descalços ou com calçados fornecidos pela família, o que gera conflito entre os usuários. (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC).

A maioria das pessoas internadas estava calçada com chinelos no dia da visita. De acordo com os usuários entrevistados, tais calçados haviam sido entregues recentemente, de modo a ser comum andarem descalços. (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR)

De acordo com o hospital, a unidade não fornece calçados, embora, eventualmente, quando recebem doações, alguns pacientes podem ter acesso a calçados. Porém, durante a inspeção, notou-se que os pacientes estavam todos descalços e alguns com roupas sujas. (Hospital Juliano Moreira, Salvador – BA).

40 Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC), Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA), Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA), Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE), Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG), Instituto de Psiquiatria da Paraíba (João Pessoa – PB), Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros – PE), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ), Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP), Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP).

A despeito de parecer menos importante do que os outros direitos humanos, é premente repensar o direito ao vestuário como um direito como uma expressão da singularidade de cada pessoa. Em outras palavras, tão caro quanto o direito de se proteger das intempéries é o direito a manifestar a individualidade pela estética a partir da qual o corpo e o comportamento se apresentam. Os trechos abaixo apontam para a observância das equipes inspecionárias sobre a condição das vestimentas utilizadas, destacando-se a sujeira e o desgaste de vestimentas, abrangendo, ainda, a manifestação queixosa de usuários sobre tal condição.

As roupas utilizadas pelos pacientes, assim como as roupas de cama, são oriundas de doações, não há individualização das roupas utilizadas pelos pacientes. Foi observado inclusive que os pacientes fazem uso de roupas comuns em total desalinho, muitos vestiam roupas sujas e rasgadas ou inadequadas em relação ao tamanho, sendo necessário improvisar amarras e cintos para que a roupa fique no corpo deixando evidente que vários não usavam roupas de baixo. (Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ)

Segundo relato dos funcionários as roupas são tratadas por empresa terceirizada, porém o contrato não cobre o custo com a remoção de manchas, para os itens de vestuário, ocasionando a permanência de manchas como de alimentos e sangue. (Hospital Especializado Mário Leal, Salvador – BA)

Os internos, em sua maioria, usam roupas em mau estado de conservação, oriundas de doações. Não há qualquer individualidade em relação ao vestuário. Alguns internos se queixaram de não poderem ter suas próprias roupas, por considerarem anti-higiênico o uso de roupas usadas por outras pessoas e demonstraram incômodo especialmente com o fato de saberem que roupas sujas de fezes e urina são lavadas juntas às demais. (Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ)

Registra-se ainda que, com relação as roupas de banho e vestuário, as pessoas internadas utilizavam roupas bastante desgastadas e de uso coletivo, inclusive roupas íntimas. Os pacientes encontravam-se sujos, com roupas rasgadas, roupas apertadas, perambulando pelo pátio, muitos desorientados sem conseguir interagir com a equipe. A direção informou que a instituição fornece roupas, chinelos e roupas de cama aos pacientes. Conversando com algumas(ns) usuárias(os) essas(es) nos confirmaram que as roupas são distribuídas aleatoriamente para eles, independentemente de serem pessoas de grande porte ou não, e soubemos na rouparia que todas as roupas são doadas. (Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ).

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

Obviamente, os efeitos da negação do direito ao vestuário alcança diversas e distintas dimensões, mais notórios aqueles decorrentes da ausência de roupas. Contudo, ainda que com impacto diverso, a impossibilidade de escolher o que vestir atinge, significativamente, os hábitos e costumes. Não há, portanto, qualquer justificativa terapêutica que seja cabível para obrigar as pessoas a usarem uniformes, de modo que essa imposição acaba por exercer o efeito contrário à promoção de saúde mental, uma vez que, quando se nega o direito de usar a roupa da maneira que se queira, se nega, também, o exercício da autonomia, com acentuada anulação da personalidade.

1.5.2 Posse dos pertences e objetos pessoais

Fotografia 30: Hospital psiquiátrico de Jurujuba, Niterói – RJ. Na foto abaixo, embaixo de uma cama metálica hospitalar com tinta branca descamada, há um pequeno copo de plástico com uma escova de dente e outros objetos não identificados. Esse parece ser meio encontrado para armazenar objeto pessoal.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

O respeito à singularidade é violado na medida em que as pessoas privadas de liberdade não mantêm a posse de seus objetos pessoais. Vale evidenciar que as práticas de controle se iniciam logo na chegada à instituição, como descrito no relato abaixo:

Todas as pessoas, quando de sua chegada, têm suas roupas retiradas de sua pertença para que sejam lavadas e identificadas. Alguns pacientes relatam que, de forma indireta, trata-se também de uma forma de serem revistados no momento de sua chegada. (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

Em trinta e dois⁴¹ relatórios há o destaque de que as pessoas privadas de liberdade não possuem espaço privativo com livre acesso para guarda de pertences pessoais, de modo que os acessórios, objetos e roupas próprias ficam sob posse das equipes, o que desencadeia as violações observadas no item sobre vestuário:

Houve contradições no que tange à posse ou não de pertences pessoais, havendo relatos de que os moradores não possuem e, concomitantemente, relatos de que possuem poucos pertences pessoais e estes ficam sob a responsabilidade dos profissionais cuidadores e guardados em local específico ou de que ficam guardados numa sala. Contudo, tal sala não

41 Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC); Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca – AL); Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA); Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA); Hospital Especializado Mário Leal (Salvador – BA); Hospital de Saúde Mental de Messejana (Fortaleza – CE); Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE); Casa de Eurípedes (Goiânia – GO); Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO); Clínica São Francisco (São Luís – MA); Hospital Nina Rodrigues (São Luís – MA); Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG); CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT); Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa/PB); Instituto de Psiquiatria da Paraíba (João Pessoa/PB); Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros – PE); Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR); Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR); Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ); Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ); Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ); Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ); Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ); Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS); Clínica Nosso Lar Adamantina (Adamantina – SP); Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP); Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP); Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP); Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP); CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP); Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP); Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP).

foi apresentada e, além disso, foram vistoriadas cada uma das salas da enfermaria, não havendo qualquer armário que pudesse indicar o armazenamento de quaisquer objetos ou roupas pessoais. No ambiente e nos quartos, não foi encontrado nenhum objeto pessoal dos moradores (à exceção de um paciente, que exibia um boné que ele havia ganhado da mãe) (Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana, São Paulo – SP).

Observa-se a ausência de possibilidade de pertences próprios e individualizados, confirmado pelo baixíssimo número de armários, que são pequenos e em quantidade muito inferior ao número de pessoas dormindo no quarto (Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ).

Não há espaço para guardar seus pertences pessoais, de modo que um usuário, que era morador da instituição desde 11/11/2015, guardava sua escova de dentes em um copo plástico embaixo da cama (Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói – RJ).

A guarda de pertences e privacidade de uso de objetos pessoais na ala SUS se mostrou bastante frágil, tendo em vista que não existem espaços de guarda individual de pertences, mas de modo pouco resguardado, além do espaço muito pequeno entre as camas, o que evidenciou pouca ou nenhuma condição de privacidade (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

O Hospital fornece uniformes para os pacientes e não dispõe de locais para o armazenamento dos pertences durante o período de internação (Hospital Especializado Mário Leal, Salvador – BA).

No posto de enfermagem ficam os armários onde os pertences das usuárias estão guardados, impossibilitando o livre acesso. De acordo com três usuárias entrevistadas e uma técnica de enfermagem, só tem acesso aos próprios pertences a paciente que estiver “controlada”, configurando violência patrimonial. As roupas das paciente castigadas são escolhidas pela equipe (Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA).

([...]) não há local destinado ao armazenamento de objetos pessoais, pois, ao serem internados, todos os objetos são entregues à família. (Hospital Juliano Moreira, Salvador – BA)

As roupas e calçados dos usuários são uniformes padronizados, não há locais reservado/privativo para armazenar pertences pessoais. (Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, Fortaleza – CE).

Não há nenhum espaço destinado ao armazenamento de pertencentes dos usuários, quando internados tudo que estiver em mãos, é devolvido à família. Apenas no caso de pacientes da emergência, as roupas são lavadas e guardadas no serviço social. De acordo com o hospital, a unidade não fornece calçados, embora, eventualmente, quando recebem doações, alguns pacientes podem ter acesso a calçados. Porém, durante a inspeção, notou-se que os pacientes estavam todos descalços e alguns com roupas sujas (Hospital Juliano Moreira, Salvador – BA).

Percebemos (...) ausência de lugares para guardar as roupas, não visualizamos que os pacientes possuíam objetos pessoais, toalhas, sabonetes, nenhum pertence (Instituto de Psiquiatria da Paraíba, João Pessoa/PB).

Ao ser questionada acerca da estrutura da instituição, narrou que o hospital é um espaço estranho, distante de sua casa. Afirmou que poderia ter armário para que pudessem guardar seus objetos pessoais, pois são frequentes as situações de roubo de calcinhas e sabonetes por outras pessoas internadas. Relatou também que guarda seus objetos pessoais numa sacola embaixo da cama em que dorme e que outras mulheres colocam em bolsas que utilizam como travesseiros. (Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira, João Pessoa/PB).

Ressalta-se mais uma vez, a existência de leitos sem roupas de cama, guardas roupas vazios ou ausência destes. Destaca-se também que os pacientes não possuíam objetos pessoais, toalhas, sabonetes, nenhum pertence. (Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE).

Os objetos pessoais ficam guardados no chão próximos à cama do paciente e na área de rouparia do estabelecimento, ou seja, não foram identificados locais individualizados e dentro dos quartos destinados à guarda dos pertences dos pacientes (Clínica São Francisco, São Luís – MA).

Os objetos pessoais dos pacientes ficam guardados na área de rouparia do estabelecimento, ou seja, não foram identificados locais individualizados e dentro dos quartos destinados à guarda dos pertences dos pacientes (Clínica La Ravardiere, São Luís – MA).

Algumas internas usavam pequenas bolsas ou sacolas plásticas para armazenarem seus pertences. Uma usuária nos mostrou o que tinha dentro de sua pequena bolsa: um copo, uma folha de revista dobrada, um lençinho e um rolo de papel higiênico. (Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ)

Os pertences pessoais trazidos pelos usuários são entregues aos seus familiares, pois na unidade não há espaços reservados para que sejam guardados (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC).

Vê-se quão gravemente se expressa a força psiquiátrica presente nesses hospitais inspecionados. Os pequenos bens pessoais, com distintos fins, como funcionalidade e aformoseamento, são extraídos do domínio pessoal, e tornam-se um objeto distante, de acesso mediado. Se, em primeiro plano, há violações de direitos humanos, em segundo, também contribuinte do primeiro, há indícios de condutas que perfazem, em tese, o tipo penal de apropriação indébita.

1.6 AMBIENTE ACOLHEDOR, CONFORTÁVEL COM ESPAÇOS DE CONVIVÊNCIA E DE LAZER

Fotografia 31: *Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ. Em um pátio interno, com muitas roupas estendidas em varais improvisados de arames e fios elétricos, vê-se, ao fundo, o que parece ser uma construção inacabada. O gramado não aparado é circundado por um tipo de varanda coberta com telhado ondulado e piso de concreto.*



Todas as pessoas, potenciais usuárias do SUS, têm direitos a ele inerentes, garantidos por lei correspondente. Trata-se, aqui, de direitos dispostos pelo Ministério da saúde mediante a Portaria n. 1.820/2009⁴², que, em relação ao ambiente, aduz:

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe: III, nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o seguinte:

- a) a integridade física;
- b) a privacidade e ao conforto;
- c) a individualidade;
- d) aos seus valores éticos, culturais e religiosos;
- e) a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal;
- f) a segurança do procedimento;
- g) o bem-estar psíquico e emocional;

XVI, a espera por atendimento em lugares protegidos, limpos e ventilados, tendo à sua disposição água potável e sanitários, e devendo os serviços de saúde se organizarem de tal forma que seja evitada a demora nas filas.

Esse item gera questionamentos sobre o ambiente hospitalar, único espaço relacional que compõe o cotidiano da vida das pessoas internadas nas instituições psiquiátricas visitadas. Nessa relação de totalidade os espaços de privação de liberdade desprovidos de acolhimento, conforto e investimento, produzem modos de ser, de se relacionar, de amar, de negociar, de manifestar, de consumir. São espaços estéreis de afetos, porquanto espelham o desdém institucional frente a necessidades de conforto. Abaixo, mais relatos:

Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

42 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.820, de 13 de agosto de 2009. In Portaria de Consolidação n. 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Título I. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html>. Acesso em: 10 out. 2019.

Há um pátio em que os internos ficam ao ar livre, com bancos de concreto. É importante notar que a área aberta é coberta por uma rede de proteção. No espaço destinado ao refeitório e em alguns locais do pátio havia pacientes deitados em colchonetes finos no chão. (Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP).

Os espaços ao ar livre estão em condições precárias de conservação, limpeza e conforto. A grama não é cortada e observamos lixo pelo chão. O mobiliário não apresenta condições adequadas de uso. A área destinada à televisão é um hall que conecta as enfermarias e onde se localiza o setor de enfermagem. O ambiente mostra-se caótico, com som da TV, pessoas deambulando, profissionais conversando, o que, certamente, dificulta o uso satisfatório desse espaço para todos (Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ).

Há área externa para circulação dos pacientes, porém todo o espaço é descoberto, inviabilizando a permanência em espaço externo durante período de chuva. Além disso, o pátio onde grande parte dos usuários da ala masculina passam várias horas do dia também dificulta o abrigo do sol, ficando os usuários por horas sentados nos degraus do pátio ou encostados nos muros ao redor deste, no lado interno, no sol, sem oferta de nenhuma atividade ou oficina (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

Os pacientes ficam trancados em suas respectivas alas e somente podem sair no horário fixado, momento em que um funcionário abre a porta. A ala feminina é bem restrita e não possui pátio ou local de convivência, além dos quartos (Casa de Eurípedes, Goiânia – GO).

Segundo os relatos das entrevistas, após o jantar os leitos são trancados, impossibilitando a livre circulação e o acesso aos banheiros e água potável. (Instituto de Psiquiatria da Paraíba, João Pessoa/PB).

Repetiu a fala em que afirma a necessidade de haver ventiladores nos quartos, principalmente neste período de verão e quando estão na menopausa. afirmou que faz calor durante todo o dia e no turno da noite, e que tem dificuldades para dormir em decorrência disto e também do devido ao barulho e das luzes que ficam acesas. afirmou: “Aqui sempre é barulho” e “O calor enlouquece” (Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira, João Pessoa/PB).

Tratando-se, especificamente, das áreas de lazer e de convivência, os relatórios apontaram para a coexistência de pátios, ambientes com TV e quadra

de esportes somente em sete⁴³ estabelecimentos visitados. Os arranjos institucionais são muito diversos, sendo limitadas as ofertas de recursos lúdicos que propiciem ambientes confortáveis e acolhedores. Dentre os achados desta Inspeção Nacional foi constatada a existência de problemas de infraestrutura nos ambientes de lazer (pátios com buracos, ambientes sem acesso à água e instalações sanitárias precárias, equipamentos e jogos em más condições de uso, salas de tv com bancos de cimento), a ausência de livros, revistas e jogos, o prejuízo das condições de lazer pelas mulheres internadas em relação aos homens. A partir das visitas foi possível constatar que a regra sobre os ambientes aponta para a ausência mobiliário, espaços, recursos e equipamentos que favoreçam a interação, a convivência, a autonomia, o protagonismo e a privacidade. Para além disso, constatou-se a existência de rotinas e regras institucionais que obstaculizam ou restringem o acesso das pessoas internadas aos ambientes de convivência e lazer, relatadas pelas equipes inspecionárias em dezesseis⁴⁴ relatórios.

[...] as salas utilizadas por profissionais da psicologia e serviço social nas diversas alas não garantem as condições mínimas para um atendimento de qualidade, especialmente no que tange o sigilo profissional. Há salas separadas por divisórias, com abertura sobre a porta, sem janelas, estando calor no dia da inspeção, a temperatura dentro da sala estava demasiado elevada (Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente – SP).

Observou-se ainda a impossibilidade de estar só numa estrutura que divide espaço o tempo todo e a escassez de ações individuais ao dividir um

43 CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR), Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ), Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (São José – SC), CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP), Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP).

44 Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE), Hospital Adauto Botelho (Cariacica – ES), Casa de Eurípedes (Goiânia – GO), CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR), Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ), Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ), Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS), Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS), Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (São José – SC), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP), CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP), Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP).

cotidiano numa única sala. A prática parece, desse modo, bastante distanciada de elementos como a singularidade, a individualização do cuidado (Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana, São Paulo – SP).

A estrutura física não garante nenhuma privacidade e não possibilita espaços para preservação das individualidades (Clínica Nosso Lar Adamantina, Adamantina – SP).

Na ala masculina os usuários homens estavam no pátio, embaixo de um sol forte, alguns andavam pelo espaço e outros estavam deitados ou sentados no chão ou nos bancos de cimento. Foi perguntado à funcionária que acompanhava a inspeção se os usuários tinham liberdade de subir ao quarto ou se tinham que ficar ali. Foi respondido que os quartos ficavam trancados durante a manhã e que só voltavam a ser abertos na parte da tarde. (Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ)

“Aqui não tem terapia ocupacional, não tem nada pra fazer, não tem nenhuma ocupação, nem uma televisão não tem para assistir[...]”. (Clínica São Francisco, São Luís – MA)

O pátio, utilizado para o banho de sol, é semelhante ao pátio de uma penitenciária. Sem nenhum recurso terapêutico, lúdico, laborativo ou educativo, as mulheres ficam literalmente presas, ociosas. Os banheiros disponíveis neste setor não tem água potável disponível, sendo impossível dar descargas ou tomar banho. Todos os vasos sanitários estavam sujos. Há uma sala que é utilizada para cortar os cabelos e pêlos, especialmente em situações de presença de piolhos, mas não há Procedimento Operacional Padrão elaborado com os procedimentos utilizados no setor. Não há protocolos que indiquem, por exemplo, se as/os usuárias/os são consultadas sobre o desejo de cortar os cabelos e/ou fazer a raspagem dos pêlos. (Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA).

Novamente às voltas com questões de infraestrutura, aqui avaliamos, todavia, o baixo potencial de intermediação e de aproximação saudável entre as pessoas privadas de liberdade e os trabalhadores.

1.7 PRIVACIDADE, INTIMIDADE E COMUNICAÇÃO

Fotografia 32: Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR. Na foto abaixo, um computador mostra filmagem simultânea de banheiros usados por pacientes.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

Os direitos à privacidade e à intimidade são normas constitucionais ao lado do direito à imagem, conforme o inciso X do artigo 5º da Constituição Federal. Quando violada a privacidade em sua expressão imagética, também resta violado o direito à imagem. Isso também ocorre com o direito à intimidade.

Com respeito a esses direitos, apresenta-se abaixo trechos do cenário encontrado pelas equipes de visita, nos hospitais inspecionados.

Como de praxe em hospitais psiquiátricos, o acesso aos espaços do serviço é marcadamente controlado pelo uso de trancas e chaves e, no caso do San Julian, também por câmeras de vigilância, espalhadas em todos os ambientes do hospital, inclusive nos espaços de internação e banheiros, de modo a infringir o direito à privacidade das pessoas internadas. Tal aspecto foi problematizado junto à direção do hospital durante a visita e orientada a retirada das câmeras de vigilância localizadas, especialmente, nos espaços supracitados. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

O espaço Lúmen conta (com) ([...]) monitoramento dos pacientes por vídeo ([...]). (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

Foi verificado um contrato de internação involuntária de usuário com dependência química com internação de longa permanência. Neste contrato, consta que a Clínica pode “monitorar qualquer dependente via câmeras” (Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP).

Há circuito interno de câmeras nas áreas coletivas da instituição (Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ).

A profissional diz ainda que a unidade possui câmeras que podem ser utilizadas para solucionar certas situações, mas apesar disso ela se mostrou descontente com a existência do equipamento por questão de privacidade. (Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, Fortaleza – CE)

Durante a visita notou-se a existência de câmeras em todos os corredores do hospital. A Auxiliar de Enfermagem que acompanhou a visita confirmou a existência de câmeras, inclusive nos quartos. (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP)

Como é próprio das instituições asilares, viu-se que a circulação das pessoas é restringida seja pela disciplina do corpo, seja pelo controle informacional. No primeiro caso, a disciplina se constrói com trancas, cadeados e outros impedimentos aos deslocamentos. No segundo modo, o controle se realiza por meio das “câmeras de segurança” e os avisos verbais ou escritos sobre a existência de tais aparatos, que produzem comandos e induzem comandos sobre a conduta.

São duas as tônicas deste cenário: a finalidade de contenção e o objetivo de devassar o domínio privado do corpo e de suas expressões íntimas. Todavia, a seguir, vê-se relato que explica um terceiro interesse: o caráter comercial do uso da imagem extraída do sujeito privado de liberdade, dimensão esta constatada nos dois hospitais paranaenses visitados:

A Autorização de Utilização de Imagem trata-se de um documento exclusivamente assinado pela pessoa internada, por meio do qual esta autoriza o uso da própria imagem, captada em fotografia e/ou vídeo, para divulgação em apresentações, no sítio virtual do hospital e Facebook, do “trabalho positivo realizado na instituição”. Faz menção à proibição do uso de imagem que possa “denegrir, caluniar ou ofender” o usuário, sem, entretanto, estabelecer quaisquer critérios ou condicionalidade para tal avaliação (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

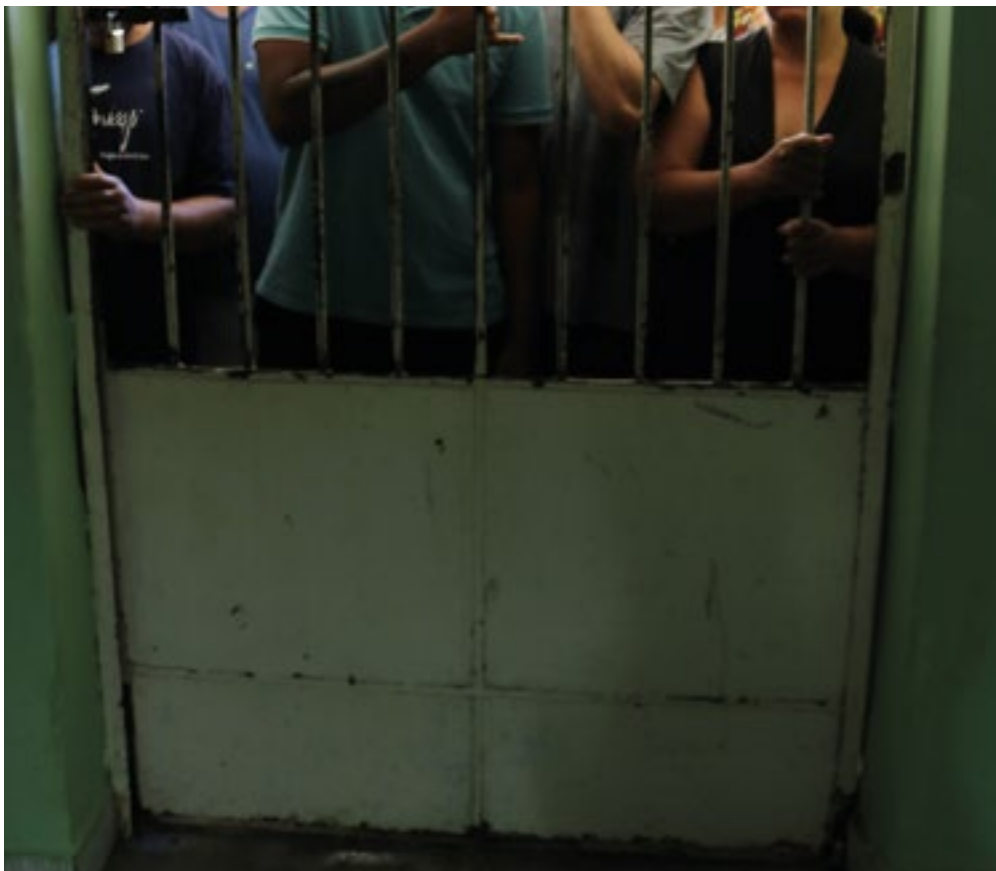
Ademais, o representante legal do usuário é compelido a autorizar o uso de imagem do usuário pelo hospital, captada em fotografia e/ou vídeo durante as atividades internadas e externas, “sem qualquer ônus, de forma pública ou particular, com a finalidade única de divulgação dos trabalhos recreativos, culturais, educacionais e terapêuticos por ele recebidos nesta instituição”. (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR).

A negação do direito à privacidade também pode ensejar a violação da intimidade, projeção do foro íntimo de expressão do corpo. São dois direitos distintos, inclusive em termos constitucionais. Muito embora se conectem, são destinatários de tratamentos legais diversos, seja para sua garantia seja em razão das violações, que podem ocorrer de formas variadas e diferentes entre si (privacidade e intimidade).

As violações relatadas marcam a natureza da instituição total, sobretudo a psiquiátrica, que tem na ruptura da privacidade e da intimidade o cerne de seu funcionamento, baseado na afirmação de ausência de capacidade, autonomia e liberdade, inclusive de expressão. Nesse sentido, uma vez que os corpos não têm garantidas a individualidade e a autonomia, a privacidade e a intimidade também deixam de ser considerados direitos essenciais, e os corpos tornam-se abjetos, passíveis de intervenção à revelia.

1.7.1 Comunicação e Informação

Fotografia 35: Hospital Psiquiátrico Adayton Botelho, Cariacica – ES. Pacientes procuram comunicar-se com visitantes por meio de uma porta com grade. À direita, uma senhora segura com duas mãos a grade da porta.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

No âmbito da saúde, a dimensão da privacidade abarca, de modo irrefutável, o direito à comunicação. O exercício deste direito pressupõe as trocas em contextos privados e públicos, em passo dialógico. Já o direito à informação traduz-se em cenários nos quais a pessoa busca (posição ativa) ou aguarda (posição passiva) notícias, relatos, informes sobre sua situação de saúde. Nesse, portanto, há uma vetorização unilateral, típica de uma relação estática entre emissor e receptor.

Tratado em pormenores na Lei n. 10.216/2001, o direito à comunicação, a rigor, expressa-se em dois momentos normativos. O artigo 2º aduz que, dentre os direitos assegurados ao sujeito com transtornos mentais, “ter garantia de sigilo nas informações prestadas”, “ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis”, e “receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento” são tipicamente relacionados aos direitos à comunicação e à informação.

As rotinas hospitalares narradas pelas equipes de visita às instituições psiquiátricas apontaram para arranjos diversos de acesso aos meios de comunicação, no tocante ao contato telefônico e ao envio e recebimento de cartas. Em seis⁴⁵ hospitais visitados as pessoas internadas se encontram impossibilitadas de realizar ligações para seus familiares durante a internação, sendo, em uma das quais, possibilitado receber ligações em dias pré-determinados. As limitações do acesso, seja pela padronização de dias da semana para efetuar ligações, pelo acesso facultado à solicitação do usuário à equipe técnica, pelo controle do tempo de duração dos contatos telefônicos ou, ainda, pela obrigatoriedade de realização de ligações “a cobrar” foram alegados em vinte e dois⁴⁶ instituições visitadas. Outra dimensão da violação do acesso encontrada⁴⁷ diz respeito à admissibilidade de proibição do

45 Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC), Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA), Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO), Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ), Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ), CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP).

46 Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca – AL), Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM), Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA), Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE), Hospital Aduino Botelho (Cariacica – ES), Hospital Nina Rodrigues (São Luís – MA), Clínica La Ravardiere (São Luís – MA), Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG), CIAPS Hospital Aduino Botelho (Cuiabá – MT), Instituto de Psiquiatria da Paraíba (João Pessoa/PB), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR), Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ), Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS), Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (São José – SC), Clínica Nosso Lar Adamantina (Adamantina – SP), Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP), Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP), Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP).

47 Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR), Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS), Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP), Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP), Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP).

contato telefônico por ordem médica ou de outros profissionais da equipe do hospital. Com relação à privacidade identificou-se regras institucionais marcadas pela supervisão e/ou monitoramento dos telefonemas por profissionais da equipe técnica, sobremaneira assistentes sociais, em treze⁴⁸ estabelecimentos visitados.

Vê-se, a seguir, exemplos que indicam violações a esses direitos.

Verificou-se que um migrante internado nesta unidade há dois meses não havia tido contato com a família até o presente momento, em razão da impossibilidade fazer ligação internacional (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

Foram ouvidas queixas de usuários sobre falta de acesso à comunicação com parentes ou o mundo externo ao hospital ([...]) Segundo a equipe, as pessoas internadas podem fazer ou receber telefonemas a qualquer momento. A equipe pode limitar esse acesso devido ao quadro da pessoa, p. ex., se ela estiver em episódio de mania. (Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana, São Paulo – SP).

Conforme informações colhidas durante a inspeção verificou-se que as pessoas internadas não podem fazer ligações telefônicas. Elas apenas recebem ligações. Há dias determinados da semana para receberem ligações de familiares. Os telefonemas são todos monitorados, isto é, são dois telefones, um fica com o funcionário; se necessário é feita a interrupção da ligação (CAIS Clemente Ferreira, Lins – SP).

Os pacientes acrescentaram que os familiares entram em contato com a unidade, por meio de ligação telefônica, para se comunicar com os pacientes e obter notícias, porém, as ligações não são repassadas aos pacientes. (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO)

48 Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM), Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE), Clínica São Francisco (São Luís – MA), Hospital Nina Rodrigues (São Luís – MA), Clínica La Ravardiere (São Luís – MA), Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG), Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa – PB), Instituto de Psiquiatria da Paraíba (João Pessoa/PB), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), Clínica Nosso Lar Adamantina (Adamantina – SP), Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP), Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP).

Ligações telefônicas só são permitidas nas quartas-feiras e nos domingos, fora isso é proibido qualquer tipo de contato com os familiares. Tanto quando os internos tentam ligar para fora, como também quando familiares tentam entrar em contato. O custeio das ligações são responsabilidade dos usuários/familiares. Há um orelhão na ala três, e todas as alas possuem um celular para receber ligações de familiares, uma vez por semana, mas essas são monitoradas pelo viva voz pelo técnico presente no momento. (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP).

Em relação a comunicação telefônica, os internos não podem falar e se comunicar com seus familiares e amigos fora do hospital. Essa comunicação fica a cargo da Assistente Social da Unidade.(Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ)

No núcleo as visitas são livres, porém por quinze minutos, apenas. Há horário para receber ligações: duas vezes ao dia, entre 08h e 20h 30 min. Os usuários só podem fazer ligações depois de quarenta e oito horas no local e somente uma vez durante sua permanência ali. Alguns usuários entrevistados no Núcleo informaram que foram impedidos de fazer telefonemas para suas famílias. Uma delas havia chegado sedada no dia anterior ao local e não sabia o motivo de sua internação, não haviam lhe explicado o funcionamento do local ou as condutas em relação ao seu tratamento. Ela disse ter tentado falar com seus familiares para tentar entender o porquê estava ali, mas não permitiram (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

Segundo informado por trabalhadores do hospital, há um Grupo de Providências, momento em que uma técnica do serviço social liga pra família e o interno conversa com seus familiares na presença da profissional, ferindo novamente o direito à privacidade e intimidade da pessoa internada (Clínica de Repouso Nosso Lar, Adamantina – SP).

De acordo com uma funcionária, o contato telefônico tem dias e horários determinados e é intermediado por uma funcionária, assim como o contato pelo telefone público, que geralmente é monitorado para controle do conteúdo e tempo, o que foi confirmado por um usuário que referiu que a ligação dura cinco minutos. Outro usuário contou que quando há necessidade de falar com a família, solicita aos profissionais, mas raramente eles ligam, e quando ligam não o deixam falar diretamente com o familiar. Outra pessoa também mencionou que já reclamou para alguns funcionários sobre a dificuldade de comunicação com a família, mas até então não teve retorno. Além disso, foi relatado pelos usuários que dependendo da situação podem perder o direito a ligar ou receber visita dos familiares,

e mencionaram um caso que teria ocorrido dias antes em que uma chave de um dos quartos havia sumido e todos deste quarto sofreram tal punição (Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP).

Quanto aos telefonemas, os usuários com dependência química podem fazer ligações uma vez na semana, das 10 h às 11 h 30 min ou das 15 h às 16 h 30 min, na presença de funcionários e após o 15.º dia de internação. No caso de recebimento de telefonema, a conversa é assistida por funcionário, devido aos prejuízos apresentados pelo usuário. Não é permitido que permaneçam com aparelhos celulares, caso os tenham. (Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP).

Havia um telefone tipo “orelhão” que encontrava-se com defeito no dia da visita. Os usuários são proibidos de utilizar aparelhos celulares e as cartas podem ser enviadas por meio da assistente social, segundo a direção (Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ).

Durante entrevistas com profissionais e pacientes, verificamos que as pessoas em situação de privação de liberdade ao receberem ou efetuarem ligações telefônicas para seus familiares, permanecem ao lado dos profissionais do serviço social e da enfermagem. Não podem falar ao telefone sozinhas. Em muitos casos os pacientes aguardam dias para conseguirem autorização para as ligações: “Eu quero ligar, mas tem que ser assistente social, não sei o dia que ela vem” (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

As/os usuárias/os não têm acesso a ligações telefônicas e as cartas que podem escrever são direcionadas a apelos/desejos disponibilizados durante campanhas assistencialistas, como as cartas que encontramos na árvore de natal localizada na recepção do sanatório (Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA).

Em relação à convivência e vínculos familiares, verificou-se que os profissionais da unidade orientam para manutenção de laços (visitas familiares e amigos), e promovem contatos telefônicos supervisionados, uma vez por semana ou a cada quinze dias. Contudo, os técnicos não dispõem de telefone institucional e utilizam os seus pessoais (Hospital Nina Rodrigues, São Luís – MA).

Em alguns casos, foi relatado que eram realizados contatos telefônicos, por meio do serviço social, desde que fosse solicitado pelo interno. Houve uma época que havia um telefone público dentro do Hospital, mas foi desativado. Por fim, foi informado que não eram permitidas visitas íntimas (Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque, Arapiraca – AL).

Base do direito à comunicação, o direito à informação é preconizado no Artigo 5º, XIV, da Constituição. Ao mesmo tempo, aquele direito também exprime o exercício do direito à convivência familiar, inegavelmente o mais reivindicado nos relatos acima. Ademais, é da própria norma contida no Artigo 5º, XII, da Constituição, que se extrai o direito à comunicação, a partir do comando constitucional negativo: trata da inviolabilidade do “sigilo da correspondência e das comunicações telegráficas, de dados e das comunicações telefônicas”. A operação constitucional deriva da interpretação de que não se deve violar o sigilo dessas modalidades de comunicação. Vejamos os relatos:

Embora no documento “Fluxos Unidade de Internação Psiquiátrica”, em item “Contato com o exterior”, conste que “além das visitas, os pacientes têm acesso ao telefone para ligações externas e é garantida a inviolabilidade da correspondência”, houve informação de que, havendo correspondências, as mesmas são lidas pela equipe técnica antes de serem entregues aos destinatários (Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana, São Paulo – SP).

Os usuários podem escrever cartas. Todas as cartas são escritas na presença da terapeuta ocupacional, de forma que todas acabam sendo monitoradas (CAIS Clemente Ferreira, Lins – SP).

Em relação ao envio de correspondências, foi informado que os conteúdos das cartas são monitorados pelas funcionárias. Além disso, havia usuários que desconheciam a possibilidade de envio de correspondências (Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP).

Durante a visita de inspeção, observaram-se usuários da unidade de álcool e outras drogas (UDQ) escrevendo cartas. De acordo com as pessoas entrevistadas, o envio e recebimento de cartas também dependem de autorização médica. (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR)

Em entrevista, relatam que as cartas que entram são monitoradas pela equipe de psicologia e/ou assistência social, podendo censurá-las. Informam que entregam todas as cartas, mas as lêem antes, sob a justificativa de que surgem conteúdos que demandam um preparo do usuário para receber a carta, tais como cobrança de dívida, término de casamento, falecimento de pessoa próxima, etc. (Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP).

Vimos que a realização do controle da comunicação das pessoas internadas com o mundo exterior se dá, também, pelos seguintes meios: impossibilidade de trocar cartas⁴⁹; escrita da carta condicionada à presença ou permissão de profissional do estabelecimento para envio⁵⁰; violação das correspondências que saem e entram na instituição⁵¹. A expressão do pensamento é direito previsto nos mais caros documentos nacionais e internacionais sobre direitos humanos, sendo materializado, a rigor e entre outros, no direito à correspondência e comunicação telefônica, bem como em seu correlato sigilo. Logo e não sendo legalmente relativizados em razão da deficiência ou transtorno mental —, restam violados em série. A censura no meio de comunicação implica, portanto, a violação a outros direitos fundamentais.

A CDPD prevê, no artigo n. 22, a proteção desse direito na medida em que proíbe que as pessoas com deficiência estejam sujeitas à “interferência arbitrária ou ilegal em sua privacidade, família, lar, **correspondência** ou outros tipos de comunicação ([...])” (grifo nosso). Ademais, vale também aqui mencionar que algumas das condutas apuradas configuram, em tese, o fato típico descrito no artigo 151 do Código Penal⁵²: “Devassar indevidamente o conteúdo de correspondência fechada, dirigida a outrem”.

Notório que a limitação do exercício do direito à comunicação e à informação implicam consequentes violações de direitos humanos, tendo em vista que aqueles são, ao mesmo tempo, direitos com fim em si mesmo e direitos-meio para acesso a outros.

Ademais, a comunicação com os familiares é um fator de proteção para a

49 Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC), Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA).

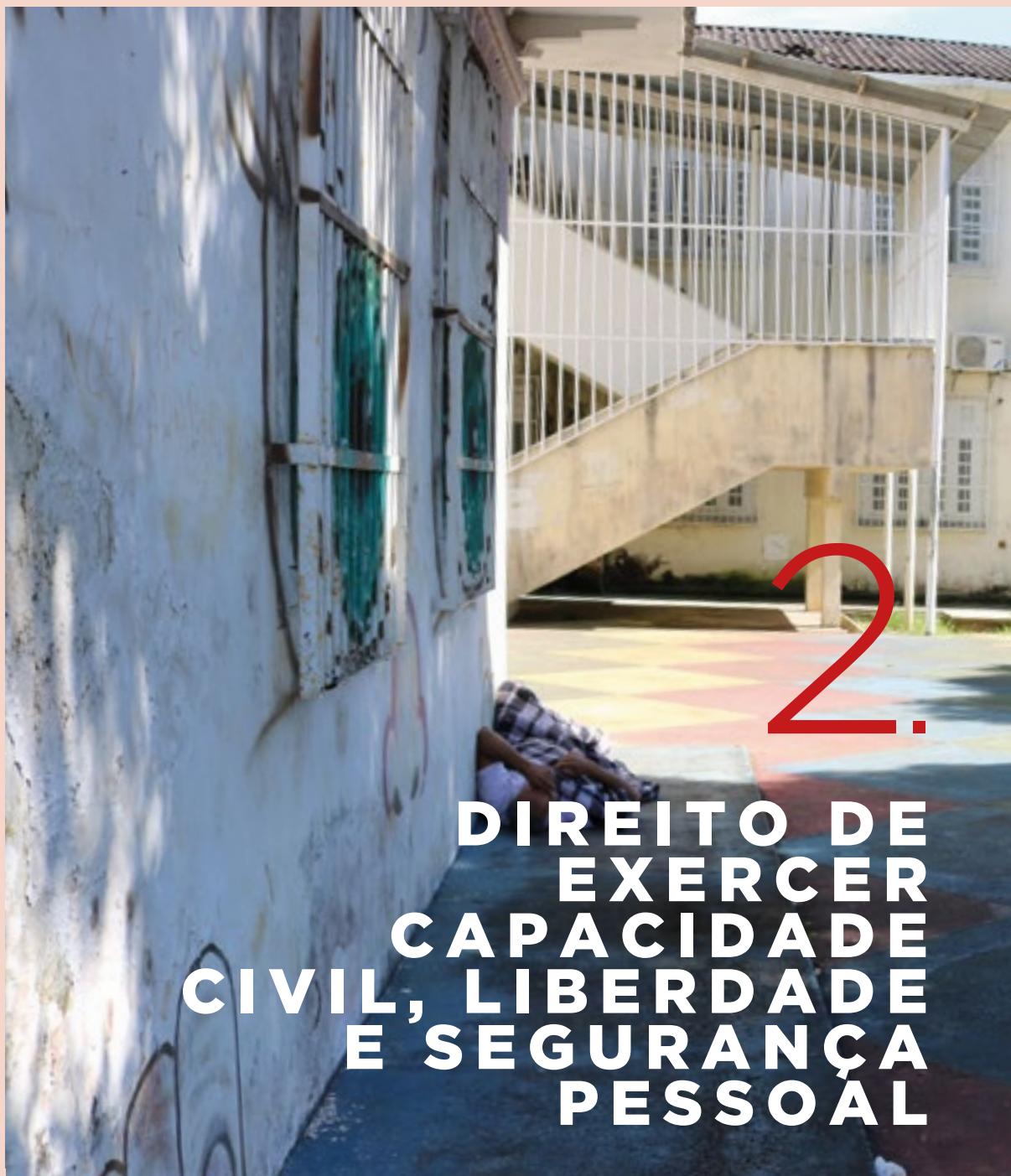
50 Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR), Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ), Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP).

51 Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG), CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT), Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP), Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP), CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP), Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP).

52 BRASIL. Decreto-lei n. 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Rio de Janeiro, DF: Presidência da República, [1940]. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 10 out. 2019.

prevenção de tratamento cruel, desumano e degradante. Considerando a inexistência de canais de denúncia independentes e imparciais acessíveis às pessoas internadas, nos hospitais visitados, o contato privativo com os familiares constitui direito fundamental para a externalização de denúncias sobre violações, para dimensionar o consentimento na internação, para assegurar a apropriação e participação no tratamento, sem falar da importância da manutenção e fortalecimento de vínculos para a reinserção social e comunitária. Destaca-se que a dimensão do contato das pessoas internadas com seus familiares por meio das visitas será apresentada e analisada mais adiante, no capítulo 3, deste Relatório.

Tendo em vista as bases legais apresentadas na Parte I deste relatório, somados às evidências relatadas ao longo desse capítulo, vários estabelecimentos concorrem para a prática de tratamento desumano e degradante tendo como causas a superpopulação, as más condições sanitárias e de higiene, a violações e censuras das correspondências, e proibição de acesso aos bens pessoais. Ademais, as pessoas internadas não dispõem de vestuário adequado, água potável, alimentação, aquecimento, roupas de cama decentes e privacidade. O ambiente social frequentemente não é melhor: é negada às pessoas a oportunidade de se comunicarem com o resto do mundo, a sua privacidade não é respeitada, sofrem de tédio e de negligência, como ainda há pouca ou nenhuma oferta de estímulos intelectuais, sociais, culturais e físicos.



DIREITO DE EXERCER CAPACIDADE CIVIL, LIBERDADE E SEGURANÇA PESSOAL



Fotografia 33: Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, Cariacica – ES. Vê-se a estrutura interna da instituição na foto abaixo. Há grades nas janelas e escadas. Três pacientes aparecem a distância. Um deles jaz no chão com a mão sobre o rosto, enrolado em um cobertor no chão.

Fonte: Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2018.

INTRODUÇÃO

A lógica do atendimento de pessoas com transtornos mentais, incluindo as que fazem uso de álcool e outras drogas, em instituições com características asilares — tais quais os hospitais psiquiátricos brasileiros — tem, em especial, um pressuposto e uma condicionante de funcionamento que exige uma ampla análise legal, qual seja: a privação de liberdade por meio da internação e o tratamento impositivo à revelia da vontade da pessoa. O pressuposto constitui o caráter asilar da instituição psiquiátrica; a condicionante, o caráter forçado da modalidade terapêutica de internação.

No campo da saúde mental, a incompatibilidade entre o marco regulatório dos direitos humanos e a privação de liberdade¹ ou o tratamento forçado convoca a uma análise profunda sobre os segmentos da sociedade civil e Estado, nas variadas instâncias federativas.

Nesse sentido, há de se destacar a importância em distinguir o que é uma estratégia de cuidado, na perspectiva de saúde pública, podendo ser a internação — principalmente a involuntária — uma medida extrema de cuidado, em um momento circunstancial na vida de uma pessoa, cuja finalidade é única e exclusivamente a de proteção à vida, daquilo que, com o falso manto do cuidado, é, na realidade, a privação de liberdade, cujo sentido se distancia por completo das diretrizes da saúde pública.

Há, segundo a lei n. 10.216/2001, três modalidades de internação, sendo elas: voluntária, involuntária e compulsória, que serão refletidas com maior profundidade adiante. Cabe destacar que duas das modalidades supracitadas, a involuntária e a compulsória, ocorrem à revelia da concordância da pessoa.

Ao que será constatado, a internação — independentemente de sua modalidade, mas, em especial, aquela que ocorre contra a vontade da pessoa — é prevista como uma medida excepcional, circunstancial, única e exclusivamente em situações de emergência², cuja finalidade deve estar centrada na proteção da vida e, como observaremos, deve ter como horizonte único a reinserção social.

1 Lembremos do conceito de privação de liberdade, o qual, conforme o artigo 3º, da lei n. 12.847/2013, abrange também a situação daquelas pessoas abrigadas em hospitais psiquiátricos.

2 Mais à frente, aprofundaremos a reflexão sobre o conceito de emergência em saúde, tomando como referência diretrizes do Ministério da Saúde.

Qualquer prática, ainda que leve o nome de internação psiquiátrica, que se apresente em oposição ao afirmado no parágrafo anterior, configura-se como privação de liberdade arbitrária ou ilegal, como será apresentado ao longo do texto.

2.1 CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - DIREITO INDIVIDUAL INSUBSTITUÍVEL

A Inspeção Nacional identificou que tanto os procedimentos de tratamento forçado quanto a própria internação psiquiátrica – mesmo quando voluntária – têm acontecido à revelia do consentimento livre e esclarecido da própria pessoa o que, de pronto, fere protocolos e normativos nacionais e internacionais sobre o tema, resultando em graves violações de direitos, incompatíveis com a perspectiva do direito à saúde.

Nesse sentido, antes de adentrar na realidade das instituições inspecionadas, é necessário apontar um amplo arcabouço normativo com o intuito de aprofundar a reflexão sobre o consentimento livre e esclarecido como componente central da pessoa que irá se tratar. Da mesma forma, aprofundaremos a reflexão sobre a excepcionalidade da internação, assim como sobre os direcionamentos constitutivos de um cuidado efetivo no que diz respeito à saúde mental.

A começar pela Constituição, em seu artigo 196, o texto define saúde como um direito. Como já prefaciado, a norma constitucional estabelece que, para que o titular desse direito o usufrua, é imprescindível que a ele, o sujeito de direito, seja garantido apreciar opções de tratamento e garantir a manifestação de sua concordância e escolha. É princípio do Estado Democrático de Direito, portanto, que o exercício de qualquer direito é inexoravelmente condicionado à expressão individual desejante. Por uma breve equação normativa, chegaremos a essa conclusão - a começar pelo direito à liberdade.

A perspectiva da segurança jurídica dos direitos de liberdade é vista ao longo do artigo. 5º da Constituição, cujo inciso LIV informa que “ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal”, razão pela qual – como já introduzido nas páginas iniciais deste relatório –, nos casos de internações psiquiátricas administrativas, as instituições com características asilares acabam por coadjuvar em conduta que viola o direito constitucional ao devido processo legal. Tal conclusão é reforçada pela leitura do inciso LV do mesmo artigo 5º, de acordo com o qual “aos litigantes, em processo judicial ou administrativo, e aos acusados em geral são assegurados o contraditório e ampla defesa, com os meios e recursos a ela inerentes”.

Isso posto, deduzimos que os procedimentos de internação forçada administrativamente – equivalente à privação de liberdade como já definido em legislação – deveriam garantir, segundo a norma constitucional, a oportunidade de defesa, com pessoas de apoio, inclusive advogados e defensores legitimados aos interesses da pessoa internada – mecanismo inexistente nas quarenta instituições psiquiátricas inspecionadas.

Afirma-se, portanto, que, sendo o acesso à saúde e a escolha do tratamento um direito garantido pela Constituição, interpretá-los como um dever de seus titulares – o que está claramente expresso nas internações forçadas sem risco de morte – é inconstitucional.

Essa perspectiva constitucional de que trata o texto permeia todo cuidado em saúde, o que inclui as questões de tratamento afetas àquelas pessoas em sofrimento psíquico profundo, sejam essas pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas ou não. Sendo assim, o consentimento é um aspecto fundamental para discussão do tratamento em saúde mental, entendimento que não se apoia única e exclusivamente na Constituição, mas também em um amplo acervo normativo nacional e internacional.

De maneira imperativa, a Carta do Direito dos Usuários do SUS, regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009,³ aponta:

Art. 5º Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, garantindo-lhe, entre outros: V – o consentimento livre, voluntário e esclarecido a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos

3 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.820, de 13 de agosto de 2009. In Portaria de Consolidação n. 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Título I. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html>. Acesso em: 10 out. 2019.

que acarretem risco à saúde pública,⁴ considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais; (...)

A dimensão do respeito, da oferta do melhor tratamento à saúde e da não discriminação quando de qualquer procedimento que vise ao cuidado da população com transtorno mental – incluindo aquelas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas – é expressamente afirmada pela Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, em seu artigo 25, a saber:

Os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiência têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde, incluindo os serviços de reabilitação, que levarão em conta as especificidades de gênero. Em especial, os Estados Partes:

d) Exigirão dos profissionais de saúde que dispensem às pessoas com deficiência a mesma qualidade de serviços dispensada às demais pessoas e, principalmente, **que obtenham o consentimento livre e esclarecido das pessoas com deficiência concernentes**. Para esse fim, os Estados Partes realizarão atividades de formação e definirão regras éticas para os setores de saúde público e privado, de modo a conscientizar os profissionais de saúde acerca dos direitos humanos, da dignidade, autonomia e das necessidades das pessoas com deficiência. (grifo nosso)

Registra-se, ainda, que não se trata apenas do consentimento com relação à internação, mas também sobre cada procedimento ou ação terapêutica, como a prescrição de medicamentos, o atendimento individual, o

4 Vale ressaltar que a exceção prevista na Carta dos Usuários do SUS sobre o consentimento livre e esclarecido, “nos casos que acarretem riscos à saúde pública”, parte de um conceito calcado nas situações de surtos de doenças infectocontagiosas ou epidemias, assim como em situações de desastres e desassistência à população. Riscos à saúde pública é um conceito expresso no Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde que, em sua página. 7, prescreve: “Uma emergência em saúde pública caracteriza-se como uma situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, de controle e de contenção de riscos, de danos e de agravos à saúde pública em situações que podem ser epidemiológicas (surtos e epidemias), de desastres, ou de desassistência à população.”

atendimento em grupo, a oficina, proposta a usuárias(os) do SUS — aspecto que será aprofundado no capítulo seguinte, sobre as dimensões relacionadas ao Projeto Técnico Institucional (PTI), ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) e ao cotidiano das instituições visitadas.

Por sua vez, a LBI é bastante evidente em relação a qualquer intervenção que ocorra à revelia do desejo da pessoa, a saber:

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

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

Resta a compreensão, portanto, de que o arcabouço normativo é harmônico no entendimento de que o tratamento é, em sua essência, um recurso a ser utilizado a partir do desejo claro de expresso do titular do direito. Como poderemos verificar abaixo, nem mesmo as pessoas em situação de curatela têm retiradas de si o direito de escolher e que não há ninguém autorizado pelo ordenamento jurídico brasileiro a cumprir essa função à revelia da vontade da própria pessoa.

2.1.1 Figura controversa do “responsável legal” e os limites da curatela: direito à recusa do tratamento

Destaca-se que a curatela é um procedimento extremo, definida legalmente a partir de uma série de critérios. Mesmo no caso das pessoas com deficiência em situação de curatela, é imprescindível que a própria pessoa consinta sobre o cuidado com seu corpo, já que, a partir da LBI, a curatela passa ter abrangência exclusivamente patrimonial e negocial, como constatado nos seguintes artigos da legislação supracitada, a saber:

Art. 85. A curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial.

§ 1º A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.

A curatela, portanto, é concebida como uma medida excepcional e, a partir da LBI – alterando o artigo 1.767 do Código Civil⁵, circunscreve-se somente a questões patrimoniais. Nesse sentido, o curador não está autorizado a tomar decisões relacionadas a direitos existenciais, como os relacionados às dimensões social, cultural, interpessoal, afetiva, laboral. Da mesma maneira, não há poder-dever do curador de regular o exercício do direito sobre o corpo do sujeito curatelado; não cabendo ao curador decidir, à revelia, sobre seu tratamento, principalmente quando isso impacta em internações forçadas.

Os limites do curador têm fundamental importância, uma vez que, popularmente, para deliberar sobre tratamento ou internação forçada, ou seja, em desconsideração ao consentimento livre e esclarecido da pessoa, é comum – geralmente por parte de profissionais da saúde, de proprietários e diretores de hospitais psiquiátricos – recorrer-se a uma figura inexistente no ordenamento jurídico brasileiro – pelo menos para pessoas maiores de dezoito anos – chamada de “responsável legal” ou tão somente “responsável”. Como podemos observar, segundo a LBI, para fins de tratamento, não existe a figura do responsável legal que tenha prerrogativa para definir, em nome do outro, sobre seu cuidado⁶ – mesmo que esse seja seu curador.

Ressalta-se que a figura do responsável legal não só é inexistente, como o Código Civil atual aboliu a função de substituição da vontade da pessoa com deficiência, em nome do apoio à tomada de decisão pela própria titular do direito. O instituto da tomada de decisão apoiada (artigo 1.783-A) concretiza a essência do paradigma autonomista oriundo da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência.

A recusa ao tratamento é direito consagrado tanto quanto o direito ao consentimento livre e esclarecido, dado que, a rigor, esse confere àquele um caráter espelhar. O direito à liberdade de escolha se realiza a partir de duas opções: do ato de consentir e de não consentir, denominado, aqui, como recusa. Não se concebe, juridicamente, um sem o outro. A afirmação do direito ao

5 BRASIL. lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, [2002]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm>. Acesso: em 10 out. 2019.

6 Enfatiza-se nesse ponto que não está sendo analisada a figura do responsável legal nos casos de crianças e adolescentes, mas tão somente se questiona a figura do responsável legal para pessoas adultas que, como sinalizou a LBI, ainda nos casos extremos de pessoas curateladas, circunscreve-se aos atos patrimoniais e negociais.

consentimento está condicionada à garantia do direito à recusa. Aceitar e negar são posições de mesmo valor na caracterização do direito à liberdade de escolha.

Nos trechos abaixo, que descrevem situações encontradas na Inspeção Nacional, surge a narrativa sobre o responsável legal, como forma de anular o desejo e o direito individual da pessoa com transtorno mental à escolha sobre seu tratamento, o que se coloca em oposição arbitrária ou ilegal:

Ao fim da visita, o Diretor Clínico informou que se a internação for voluntária e a pessoa estiver “em condições mínimas de sair”, é um direito do usuário interromper o tratamento, mas exige que um familiar responsável por ele vá à instituição e o acompanhe na saída. No caso de a pessoa ser moradora de rua, o município de origem que deve se responsabilizar pela saída da pessoa (Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal –SP).

Os fiscais observaram desrespeito à manifestação de querer ir embora, uma vez que mesmo pessoas internadas voluntariamente necessitam de “autorização” do familiar que assinou a internação (Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes - Presidente Prudente –SP).

Sobre os casos de internação voluntária, nos exemplos mencionados, é possível observar que a direção do hospital incorre na violação de direitos humanos ao não observar a determinação legal em dois momentos: I) não respeitar o desejo da interrupção do tratamento, direito ao consentimento e de liberdade de escolha sobre o tratamento do sujeito de direitos; e II) condicionar o exercício do direito de liberdade à atuação da figura do “responsável”, ferindo o direito à autonomia, à liberdade, à locomoção. Comunicar à família sobre a alta do paciente ou ao órgão que encaminhou a pessoa para internação é um procedimento possível e, se anuído pelo sujeito, recomendado, conforme trata a Política Nacional de Atenção Hospitalar, republicada pelo Ministério da Saúde na Portaria de Consolidação nº 2/2017,7 Anexo XXIV, a saber:

Art. 17. A alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, será realizada por meio de:

I - orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade

7 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html>>. Acesso em: 10 out. 2019.

do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;

II - articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica; e

III - implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS (destaque nosso)

Disso difere radicalmente a imposição, como condição para a liberdade, que a alta administrativa da pessoa esteja condicionada à presença de um responsável (legalmente inexistente para maiores de dezoito anos), dada a prescrição de alta médica. Orientação à família não significa responsabilização do familiar, e a articulação da continuidade do cuidado não pode ser condicionada à busca do sujeito pelo gestor local, uma vez que, caso isso ocorra, se presencia um claro flagrante de privação de liberdade ilegal, acobertado pelo falso manto do cuidado.

2.2 ADMINISTRAÇÃO DOS BENS DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE

A privação de liberdade de pessoas internadas em instituições com características asilares, pode – para além da desassistência em saúde – produzir desassistência de ordem financeira, sobretudo daquelas que possuem renda ou acesso à benefícios previdenciários. Via de regra, no período de privação de liberdade (o que em alguns casos duram anos, até mesmo décadas), às pessoas são negados o direito de administrar seus próprios recursos, o que tem impacto direto no atendimento de seus desejos e das suas necessidades.

Os indícios de apropriação indébita de recursos pessoais das pessoas com transtornos mentais é outro ponto notório encontrado na Inspeção Nacional em sete⁸ instituições, como poderá ser observado.

8 Clínica São Francisco (São Luís – MA), Hospital Nina Rodrigues (São Luís – MA), Clínica La Ravardiere (São Luís – MA), Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ), Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ), Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS), CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP).

2.2.1 Da administração de bens e valores pecuniários de sujeitos não curatelados

Alguns casos encontrados na Inspeção Nacional lançam luz sobre a não observância do direito ao reconhecimento da capacidade legal e, por consequência, sobre a violação dos direitos a ele inerentes, como autonomia e liberdade de escolha e decisão. Em muitos casos, há indícios de que houve violação no contexto patrimonial, uma vez que os relatos informam a administração de valores monetários por terceiros sem regulação judicial. Mais que isso, os benefícios sócio-assistenciais não chegavam, em espécie, integralmente às mãos dos beneficiários.

Conforme exposto abaixo, é possível notar a prática de administração de valores monetários de pessoas não curateladas por parte dos funcionários, diretores e responsáveis pela instituição, e até mesmos familiares, sem que houvesse consentimento dos próprios beneficiários ou ainda para custear a aquisição de materiais que deveriam ser disponibilizado pelo hospital, o que está em completo desacordo com todos normativos existentes. A saber:

Em conversa com a Assistente Social e atualmente coordenadora do Albergue, esta informou que os moradores que recebem o BPC e ainda não são interditados, recebem o dinheiro no banco, em companhia do técnico de referência. O dinheiro permanece guardado dentro dos seus respectivos prontuários individuais em um armário, no local onde era uma cozinha, cuja a chave fica com os técnicos. Na mesma pasta há um caderno com anotações de retirada de dinheiro e gastos. Insta salientar que alguns funcionários, os quais solicitaram não se identificar, relataram episódios de sumiço de grandes quantias de dinheiro dos moradores (Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói – RJ)

Foram feitas muitas demandas em relação à retirada de documentos e muitos dos internos, que recebem algum tipo de benefício, afirmaram não ter acesso direto ao seu dinheiro (o valor vai integralmente para a família ou fica sob responsabilidade da equipe do hospital). Os valores geralmente são gastos na cantina do hospital, onde possuem contas, e adquirem itens de higiene, cigarros e pequenos lanches (Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ).

Foram identificados relatos de insegurança em relação à questão patrimonial dos pacientes e acompanhantes. Considerando as peculiaridades da situação, a falta de transparência e segurança na administração desse recurso financeiro, recomenda-se a investigação (Clínica La Ravardiere, São Luís – MA)

Alguns declararam que um funcionário da unidade detinha o cartão de benefício previdenciário de vários pacientes/usuários, e que realiza os saques e não repassa o valor ao paciente nem aos familiares e nem compra material necessário para seu uso. Considerando as peculiaridades da situação, a falta de transparência e segurança na administração desse recurso financeiro, recomenda-se a investigação pela Promotoria de Justiça cujas atribuições estão afetas à questão patrimonial relativa aos pacientes internados, identificando-se quem figura como curador, ou quem figura como possuidor do cartão previdenciário, como aplica esse recurso, e se está havendo desassistência do paciente (Clínica São Francisco, São Luís – MA)

A presente inspeção não teve acesso a informações relativas ao recebimento e gestão dos Benefícios de Prestação Continuada (ou outros) dos quais parcela dos moradores é beneficiária. Houve relatos de que o benefício dos moradores é utilizado para compra de materiais e insumos que deveriam ser fornecidos pela instituição, por exemplo para compra de faixas de contenção. (Hospital Psiquiátrico São Pedro - Porto Alegre – RS)

2.2.2 Da administração de bens e valores de sujeitos curatelados

Como já observado anteriormente, a curatela, como medida excepcional, circunscreve-se somente às situações que envolvam procedimentos patrimoniais ou negociais, não autorizando, portanto, o curador a decidir sobre o corpo ou o tratamento em saúde. Mesmo nesses casos que envolvam questões patrimoniais e negociais, a legislação e o conjunto de normativos colocam critérios e limites para a atuação do curador.

Para aprofundar ainda mais questões que atravessam a curatela, vale destacar que essa é uma medida extraordinária e que a condição de curador não o torna, sob hipótese alguma, proprietário ou substituto nas decisões do sujeito curatelado no que se refere a seu patrimônio ou benefícios previdenciários. A escolha de curador por parte do judiciário, aliás, deve levar em consideração o interesse da própria pessoa, a indicar alguém a partir de seu vínculo, como apontam os artigos 84 e 85 da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, a saber:

Art. 84. A pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º Quando necessário, a pessoa com deficiência será submetida à curatela, conforme a lei.

§ 2º É facultado à pessoa com deficiência a adoção de processo de tomada de decisão apoiada.

§ 3º A definição de curatela de pessoa com deficiência constitui medida protetiva extraordinária, proporcional às necessidades e às circunstâncias de cada caso, e durará o menor tempo possível.

§ 4º Os curadores são obrigados a prestar, anualmente, contas de sua administração ao juiz, apresentando o balanço do respectivo ano.

Art. 85. A curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial.

§ 1º A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.

§ 2º A curatela constitui medida extraordinária, devendo constar da sentença as razões e motivações de sua definição, preservados os interesses do curatelado.

§ 3º No caso de pessoa em situação de institucionalização, ao nomear curador, o juiz deve dar preferência a pessoa que tenha vínculo de natureza familiar, afetiva ou comunitária com o curatelado.

Ao que poderá ser observado, a Inspeção Nacional encontrou situações que caminham na direção contrária das legislações vigentes. Abaixo, seguem os relatos de situações⁹ nas quais os curadores são diretores e responsáveis pela instituição, assim como funcionários, a saber:

Do total de 248 usuários, 174 são moradores da instituição custeados pelo SUS, sendo cerca de 50 a 60 com benefícios sociais, sendo parte administrada pela esposa do dono da Clínica, que seria curadora de alguns pacientes, e outra parte administrada pela própria família, que tem em um de seus integrantes a figura de curador. Foram identificados alguns moradores também nas alas particulares (Clínica Antônio Luiz Sayão - Araras – SP).

A equipe técnica atua como curadora e a direção administra; a movimentação da conta bancária não é feita pelo usuário. Houve relato de que há moradores precisando de produtos de vestuário, que estes recebem

⁹ Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis - RJ), Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo - RJ), Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras - SP), Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal - SP), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça - SP), Cais Clemente Ferreira (Lins - SP).

benefício, mas esses itens não são comprados. (...) Não foi possível consultar a prestação de contas da administração dos benefícios e se a mesma é aprovada pelos moradores. (CAIS Clemente Ferreira - Lins - SP).

Em relação a este item sobre os direitos das pessoas internadas, cabe ressaltar que foi entregue pela instituição relação constando o nome e CPF de 38 usuários que recebem benefícios, tendo como curador o diretor do hospital (Hospital Psiquiátrico André Luiz - Garça - SP).

Segundo a entrevistada, metade das pessoas chegou ao hospital sem histórico de outras instituições, sendo que a maioria está sob curatela do hospital (diretora) (Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal - SP).

Verificaram ainda, que dois seriam curatelados por profissionais de instituição, um pela diretora e outro pela Assistente Social (Clínica de Repouso Santa Lúcia - Nova Friburgo - RJ).

Os relatos acima, circunscritos à Região Sudeste, salientam preocupação sobre os direitos das pessoas internadas e sérios indícios de desrespeito aos termos do atual Código Civil e da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.

Outro exemplo encontrado se refere aos casos de pessoas curateladas por advogados escolhidos pelos juízes, em contextos de completa falta de vínculo entre o sujeito e o designado, o que faz constar da não observância, novamente, ao normativo exposto anteriormente pela LBI. Segue trecho do achado:

Os pacientes moradores do Hospital recebem Benefício de Prestação Continuada e têm curadores, nomeados pelos Juizes das Varas de Família, após processo de interdição ou instituição de curatela. Tais curadores, na maior parte, tendo em vista a ruptura dos vínculos familiares, são advogados escolhidos por tais juizes e são responsáveis pela gestão do benefício recebido pelo curatelado. Muitas vezes os residentes não conhecem seus curadores e a comunicação é feita diretamente entre hospital e curadores. Conforme relatado por profissionais, são efetuadas reuniões para discussão das necessidades dos residentes, mas alguns curadores não comparecem às reuniões (relatadas em livro ata) (Hospital Psiquiátrico Espirita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente - SP).

Além das questões relacionadas à administração dos recursos das pessoas curateladas ou não, ainda foram identificados casos em que há falta de informações e registros sobre os usuários que recebem qualquer benefício, bem como situações em que não se sabe se havia responsáveis legais para

administrar os recursos monetários a eles destinados, ou, ainda, indícios de negligência para regularização de documentação civil, conforme destacados nos relatos abaixo:

Segundo relato da funcionária, as moradoras recebem benefício social do governo, de modo que a fisioterapeuta (que não é funcionária do hospital) é contratada para atendê-las com o dinheiro deste benefício (...). Em relação aos benefícios sociais, um morador alegou possuir renda oriunda do benefício de prestação continuada – BPC, mas disse que de acordo com orientações de uma funcionária do hospital, caso ele seja desinternado, o benefício será cessado. Outro usuário disse que tem direito a benefício social, mas que a instituição não o leva para receber, sendo que o dinheiro permanece no banco e o cartão na administração do hospital (Instituto Bezerra de Menezes - Espírito Santo do Pinhal – SP).

Durante a conversa com a direção, a assistente social informou que existem treze ou quatorze pacientes em situação de total abandono, sendo ela própria curadora de alguns. No entanto, não soube informar quantos curatelados possui sob seus cuidados, e que não há controle pela instituição para saber quais pacientes são efetivamente curatelados. Foi relatado que muitos pacientes estão sem documentação e alguns têm certidão de nascimento, mas sem qualquer dado familiar (Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ).

O que há de se ressaltar nos casos mencionados, é que não se percebe a construção, junto com os beneficiários que estão internados, de estratégias de apoio para a expressão de suas necessidade e desejos. Muito além de ser única e exclusivamente uma perspectiva teórica sobre a terapêutica do apoio à expressão do desejo com vistas a atender a necessidades do sujeito, tal afirmação é um imperativo legal, conforme já observado.

Fazer chegar o recurso na mão das pessoas curateladas, por exemplo, deveria ser uma regra, não exceção, dos curadores-profissionais do hospital. Por consequência, a apropriação do recurso da pessoa internada levanta indícios de apropriação indevida de recursos financeiros das pessoas internadas, o que deve atrair maior atenção das respectivas autoridades locais.

2.3 INTERNAÇÃO: MEDIDA DE EXCEPCIONALIDADE

Ante o exposto, afirmar que a internação é uma medida excepcional pode soar como obviedade, e de fato assim deveria ser compreendida. Contudo, a partir da Inspeção Nacional, identificou-se que, para muitas empresas hospitalares, sejam elas privadas ou públicas, assim como para profissionais de diversas áreas da saúde, tal afirmação não se faz tão clara.

Nesse sentido, a fim de contribuir com a compreensão que motiva a afirmação deste item, se faz necessário refletir sobre algumas nuances normativas e conceituais.

É imprescindível, como ponto de partida, retomar a reflexão sobre a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira.

É importante observar que a Lei nº 10.216/2001 incorpora e ordena a transformação do modelo de atenção à saúde das pessoas com transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Ela estabelece um arranjo de direitos e define critérios importantes sobre o processo de internação voluntária, involuntária e compulsória,¹⁰ como pode ser observado, a saber:

Art. 6º, a legislação estabelece três modalidades de internação, sendo elas:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça, de acordo com a legislação vigente e considerando as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Ainda, no mesmo artigo 6, finaliza-se informando que *“a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos”*. Ou seja: mesmo nos casos de internação voluntária, é necessária uma avaliação clínica e o médico responsável deve fazer um laudo

¹⁰ Destaca-se que a lei n. 10.216/2001 não regulamenta em si a internação compulsória, como será observado ainda nesse capítulo.

circunstanciado que justifique a necessidade desse procedimento. Mais uma vez a legislação estabelece critérios específicos que reforçam a excepcionalidade da internação – tal como é para qualquer outra questão clínica que não esteja relacionada única e exclusivamente à saúde mental.

Destaca-se que foi identificado, na Inspeção Nacional, que trinta¹¹ hospitais psiquiátricos visitados trabalham com as três modalidades de internação e, ao que foi constatado, uma série de violações decorrem desses procedimentos.

Em seu artigo 4º, a Lei nº 10.216/2001 prevê que a internação, em qualquer de suas modalidades, só deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, e afirma que a internação deve ter *“como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio”*. Prevê, também, que *“o regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros”*, garantindo que, durante a permanência nessa medida extrema e circunstancial, a pessoa seja assistida em sua integralidade.

A fim de trazer mais dados da realidade encontrada nos hospitais psiquiátricos brasileiros, destacam-se mais alguns registros, a saber:

11 Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC), Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca – AL), Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM), Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA), Hospital Especializado Lopes Rodrigues (Feira de Santana – BA), Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA), Hospital Especializado Mário Leal (Salvador – BA), Hospital de Saúde Mental de Messejana (Fortaleza/CE), Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo (Anápolis – GO), Casa de Eurípedes (Goiânia – GO), Hospital Nina Rodrigues (São Luís – MA), Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG), CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT), Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa – PB), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR), Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ), Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ), Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS), Instituto de Psiquiatria (São José – SC), Clínica Nosso Lar Adamantina (Adamantina – SP), Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP), Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP), Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP), CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP), Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP) e Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP).

Uma observação importante é que documentos cedidos pelo hospital na visita, acerca dos encaminhamentos para o CAISM, denotam que internações não ocorreram após esgotamento de possibilidades de atendimento em equipamentos extra-hospitalares. Os casos eram encaminhamentos do pronto-socorro e da Santa Casa. Não havia encaminhamentos feitos por serviços extra-hospitalares. Não havia registro de tratamento anterior em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou outros serviços de base territorial e comunitária. As pessoas são encaminhadas diretamente para internação, não sendo esta um último recurso (Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana, São Paulo – SP).

(...) uma mulher de 43 anos informou ter sido internada a força, que não se recordava como chegou ao hospital, pois disse ter sido sedada. Alegou não ter sido informada sobre seu quadro, tampouco sobre seu Projeto Terapêutico Singular. Falou sobre as saudades dos filhos, e que já pediu para falar com a família por telefone, entretanto, teve o pedido negado (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

Como é possível observar, a internação, diferentemente do que define a legislação, é realizada como primeira opção, não como último ou excepcional recurso. Além disso, observa-se o desrespeito à legislação no que se refere à ausência do respeito à singularidade, assim como à ausência de informações sobre o quadro clínico da pessoa internada.

A partir do exposto, aprofundaremos mais detalhadamente a reflexão sobre as nuances, primeiramente, das internações involuntárias, depois das voluntárias e, na sequência, sobre as compulsórias.

2.3.1 Internação involuntária: somente em situações de risco iminente de morte

Ao compreender o ordenamento jurídico sobre a necessidade de se garantir e respeitar o consentimento livre e esclarecido para qualquer tratamento em saúde, neste tópico será abordado em quais situações extremas e particulares na vida de alguém o seu consentimento livre e esclarecido pode ser flexibilizado. Dessa forma, será lançada luz sobre diversos conceitos legais, assim como do SUS, imprescindíveis para a compreensão e análise.

A regra é obtenção do consentimento da pessoa para a realização ou interrupção de internação, direito garantido no artigo 12 da LBI. Já a exceção, prevista no art. 13 da mesma lei, deve obedecer o critério de risco de morte de si ou de terceiro, a saber:

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

Vale destacar que situações de emergência são definidas em normas do Ministério da Saúde e estão relacionadas a condições de saúde que exigem atendimento médico imediato, tão somente quando a vida do sujeito está sob risco, conforme apontado:

Emergência: Constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.¹²

O desdobramento do conceito de emergência, próprio do ambiente hospitalar, enseja a existência de classificação de risco, “protocolo pré-estabelecido, com a finalidade de dar agilidade ao atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada”.¹³

É procedimento protocolar a submissão de qualquer caso de urgência ou emergência a estratificação do risco para a garantia do princípio da equidade.

Há de se destacar, ainda, que, conforme consta no texto que define o que são situações de emergência, são necessárias compreensão e interpretação de mais um conceito importante, qual seja: o agravo em saúde.¹⁴ Segundo a Portaria GM/MS nº 104/2011,¹⁵ agravo em saúde significa “qualquer dano à integridade

12 Portaria nº 354, de 10 de março de 2014.

13 Política Nacional de Atenção Hospitalar: Portaria de Consolidação nº 2, de 28/07/2017, Anexo XXIV

14 A análise desse conceito se faz necessária para evitar que, em nome dele, qualquer outra interpretação – que não seja aquela com o objetivo de preservar a vida do sujeito – possa ser usada para internação involuntária de alguém.

15 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 104 de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 10 out. 2019.

física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas” (Artigo 1º, II).

Nesse sentido, na definição de agravo em saúde, não estão contempladas crises psicóticas ou sofrimento psíquico, de modo que o dano à integridade física e mental, a que se refere o conceito, está condicionado e, necessariamente, associado à provocação de circunstâncias nocivas decorrentes de acidentes, intoxicações, abuso de drogas e auto ou hetero-agressão, situações específicas que podem desencadear a morte de alguém.

Por esse ângulo, confirma-se a tese segundo a qual o consentimento livre e esclarecido pode ser suprimido em favor da ação emergencial de internação (involuntária), condicionada à suspeita de risco de morte, uma vez que não se fala no conceito sobre qualquer acidente, intoxicação ou abuso de drogas, mas, sim, de situações como essas que são graves e extremas, nas quais a vida da pessoa está em risco. Ressalta-se que nem toda pessoa que sofre um acidente, que intoxicou-se ou fez o uso abusivo de drogas necessita, necessariamente, de internação, pois outras estratégias e manejos clínicos, quando não há risco de morte, podem ser utilizadas para acolher a situação.

Portanto, conforme as normas citadas acima, a internação a fim de salvar vidas é um procedimento extremo, pois a necessidade de assistência médica imediata é aquela que se faz sem demora, sem tempo de espera, no momento que o sujeito ou pessoa no entorno encontra-se, de modo inescapável, em risco de morte.

Destaca-se, também, que nem toda crise em saúde mental está associada à risco de morte, o que torna, nesses casos, esse procedimento de internação forçada não somente dispensável, como arbitrária.

Ademais, a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) n. 1995, de 9 de agosto de 2012,¹⁶ estabelece, por meio do conceito de diretivas antecipadas de vontade, a importância do adiantamento da comunicação dos anseios pelo próprio sujeito, mesmo quando se encontra limitado em manifestar o seu desejo: *“conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade”* (artigo

16 BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução n. 1995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

1º). Dentre as ponderações médicas sobre a contundência das diretivas antecipadas, elas “*prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares*” (artigo 2º, parágrafo 3º), e devem ser anotadas no prontuário médico (artigo 2º, parágrafo 4º).

Trata-se, logo, de estratégias que reduzem danos oriundos de decisões em eventual dissonância com os desejos do sujeito. Visa à construção prévia das escolhas de cuidado que se deseja ter para situações de urgência ou emergência, em cujo contexto existam dificuldades na comunicação. Logo, para além do prontuário médico, deve constar do Projeto Terapêutico Singular, tema que trata o capítulo 3.

Entre os quarenta hospitais psiquiátricos inspecionados, apenas os relatórios da Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS) e do Lar Bussocaba (Osasco – SP) não apresentavam informações sobre a utilização de internações involuntárias, ou seja, todos os demais apresentavam esta modalidade de internação.

Visto isso, é possível avançar para as situações relatadas, que afrontam as orientações e mandamentos legais acima expostos, a saber:

Nos prontuários da Ala 3 foram observados diversos laudos para internação com a mesma justificativa: “insônia, inapetência, desajuste social, transtorno de conduta” (sic), alguns não possuíam data (Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP).

“Parei aqui por acaso. Passei mal em casa durante uma ladainha, pegando na imagem de Nossa Senhora comecei a chorar e meu tio disse ela não está bem, então resolveram me internar. Não vivi o luto da mãe, da avó, pai... o que contribuiu para surtar (...)” (Clínica São Francisco, São Luís – MA).

Os exemplos mencionados acima reforçam a suspeita de que os critérios utilizados para essas internações em hospitais psiquiátricos estão em descompasso com os parâmetros da previsão legal mencionados anteriormente.

Analisar a tipologia das internações e as medidas tomadas frente às situações de recusa ao tratamento, bem como as dimensões que envolvam a negativa de permanência dos usuários em internações psiquiátricas fora de situações de emergência em saúde, é fundamental para avaliar o quanto os estabelecimentos legitimam e asseguram (ou não) os direitos das pessoas com transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em igualdade de condições com qualquer outro cidadão.

Há de se ressaltar, ainda, que, não raro, a escolha pela internação forçada de pessoas em instituições com características asilares é realizada por motivos alheios à necessidade de atenção à saúde. Exemplo dessas inusitadas situações são as internações motivadas pelo desejo de se apropriar de valores pecuniários da pessoa a ser internada, como demonstra a situação abaixo:

Em entrevista com uma usuária, disse estar internada porque a filha lhe tomou a casa e o dinheiro, e a acusaram de ficar agressiva por isso, e ela pondera “quem não ficaria agressiva numa situação dessas” (Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP).

Internações que ocorrem em desacordo com as diretrizes de saúde e de normas nacionais e internacionais sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais - entre elas, as pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para além de sua inconstitucionalidade, levantam indícios de crime de sequestro e cárcere privado.

O artigo 148 do Código Penal define como sequestro ou cárcere privado qualquer privação de liberdade não assimilada pela legislação nacional. Ademais, o tipo penal é mais rigoroso nos casos em que “o crime é praticado mediante internação da vítima em casa de saúde ou hospital”.

É imperativo retomar a afirmação já realizada acima, sobre a fundamental importância em distinguir internação psiquiátrica (aquela que, segundo o normativo, pode acontecer única e exclusivamente em situações de emergência com a finalidade de proteção à vida) da prática de privação de liberdade arbitrária e ilegal, que em nada tem a ver com cuidado ou tratamento em saúde. Da mesma forma, evidencia-se a compreensão de que a dimensão de qualquer tratamento deve, imperativamente, respeitar o desejo do sujeito, uma vez que, como já enfatizado, o acesso à saúde é um direito, não um dever.

2.3.2 Descumprimento legal nas internações involuntárias: comunicação ao Ministério Público

No que se refere às internações involuntárias, vale chamar a atenção para a obrigação legal de se comunicar ao Ministério Público Estadual todo procedimento administrativo dessa natureza. Segundo a lei n. 10.216/2001, toda internação involuntária deve ser comunicada, no prazo de 72 horas, ao Ministério Público, conforme seu artigo 8º, parágrafo primeiro, que prescreve: “parágrafo 1o A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta”.

Entre os hospitais psiquiátricos inspecionados que fazem internações involuntárias, nove relatórios¹⁷ indicaram que estas não eram comunicadas ao Ministério Público. Destacam-se relatos de infração a essa norma a partir do observado na Inspeção Nacional, e também mais detalhes sobre a qualidade das comunicações, quando acontecem:

As internações não são informadas ao Ministério Público porque o sistema é “confuso” (Casa de Saúde Santa Mônica - Petrópolis - RJ).

A equipe de inspeção identificou através de narrativas que pessoas internadas manifestaram a vontade de ir embora ou de ir para casa. No entanto, observou-se a naturalização dos profissionais em relação ao fato de que toda a clínica necessitava ficar completamente trancada para impedir a fuga dos usuários. Nesse caso, pode-se configurar que uma quantidade considerável das internações na instituição é involuntária. Identificou-se que não há informações ao Ministério Público sobre as internações involuntárias de acordo como prevê a Lei nº 10.216/2001 (Pax Clínica Psiquiátrica - Aparecida de Goiânia - GO).

Apesar disso, o hospital apresentou cópias de cinco Comunicações de Internação Psiquiátrica Involuntária encaminhadas ao Ministério Público Estadual, de agosto a outubro de 2018, cujos nomes dos usuários não

17 Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus - AM), Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia - GO), Clínica São Francisco (São Luís - MA), Hospital Nina Rodrigues (São Luís - MA), Clínica La Ravardiere (São Luís - MA), Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros/PE) Casa de Saúde Cananéia (Vassouras - RJ), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis - RJ) e Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios - RJ).

constam na listagem de pessoas internadas no momento da visita. Não foi possível compreender as justificativas da involuntariedade, as quais eram manuscritas (Instituto Bezerra de Menezes - Espírito Santo do Pinhal – SP).

Quanto à modalidade de internação; a maioria dos pacientes sofreu internação involuntária, no entanto, não foi encontrado nos prontuários registro das comunicações destas internações junto ao Ministério Público (...). (Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos - Barreiros/PE)

A Clínica encaminhou para análise 46 cópias de notificação ao Ministério Público a respeito das internações involuntárias, de abril a dezembro de 2018, sendo a maior parte assinada pelo mesmo médico. No entanto, os campos indicados para informações a respeito da internação, tais como motivo, justificativa, motivo da discordância do paciente, antecedentes, tempo estimado da internação, dentre outros itens, não são preenchidos. O documento apresenta apenas dados gerais do usuário, assinatura do familiar responsável (algumas notificações sem a identificação do familiar), assinatura e identificação do médico responsável (algumas também sem identificação do médico). [...], entende-se que tal tipo de notificação apresenta falhas relevantes, ao não permitir que se verifique se a internação involuntária ocorreu como último recurso terapêutico, quando não elucida os motivos desta (Clínica Antônio Luiz Sayão - Araras – SP).

Foram constatadas internações involuntárias de longa permanência. Na unidade Esplanada, por exemplo, foi encontrada uma paciente com histórico de 15 anos de internação, sendo que sua última internação no Bairral ocorrera no início de janeiro de 2017, motivada pelo psiquiatra pela existência de “risco de exposição social” e “recusa de tratamento”, renovada e paga todos os meses por plano particular de saúde basicamente com a mesma justificativa como a de outubro de 2018: “paciente apresenta síndrome psicótica crônica, com quadro caracterizado por: episódios de agitação psicomotora, prejuízo no juízo de realidade, delírios erotomaníacos, delírios persecutórios, aumento da impulsividade, comportamento desorganizado e pobre crítica sobre seu estado de morbidez. Tem quadro grave, refratário e de difícil manejo. Faz uso de Clozapina com controle hematológico mensal. Sem condições de alta médica devido ao comportamento de risco em virtude dos sintomas”. Assim, os sintomas da própria loucura são tidos como motivo da internação, que não contém quadro de risco iminente de vida. No documento de comunicação de internação psiquiátrica involuntária a ser destinado ao Ministério Público, no campo do “motivo da discordância do paciente quanto à internação” o médico escreveu “ausência de crítica”, o que é a

visão do médico e não do paciente, cuja discordância não aparece sequer no campo em tese destinado a sua fala. Segundo o médico psiquiatra, era uma paciente com vulnerabilidade social, cujo pai, separado desde sua tenra idade da mãe, era ausente. Requisitados os documentos do prontuário da paciente, identificou-se que o plano segue pagando as mensalidades com base em laudos atuais que sua família é presente e participativa no tratamento, o que pareceu contrariar a fala do médico (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria - Itapira – SP).

A clínica recebe pessoas de forma voluntária, involuntária e compulsoriamente. No entanto, os funcionários não souberam responder se o hospital comunica ao Ministério Público Estadual, o fato de receber novos pacientes na instituição e quais as internações que se sucederam involuntariamente (Clínica de Repouso Santa Lúcia - Nova Friburgo – RJ)

Para tal, presta o serviço de internação psiquiátrica voluntária, involuntária e compulsória. Segundo a direção da instituição, nos casos de internação involuntária, a casa de saúde não comunica oficialmente ao Ministério Público. (Casa de Saúde Cananéia - Vassouras – RJ).

Verificou-se que não há cumprimento da obrigação de comunicação das internações involuntárias ao Ministério Público (Clínica São Francisco - São Luís – MA)

A unidade atende a todas as modalidades de internação involuntária e compulsória, após regulação pelo Hospital Nina Rodrigues. Todavia, o estabelecimento não garante a comunicação, ao Ministério Público, de todas as internações involuntárias, [...], nem apresentou as ações promovidas ou a instalação de Comitê para a desinstitucionalização dos pacientes (Clínica La Ravardiere - São Luís – MA)

A direção do hospital pareceu confusa ao informar sobre o tipo de internação que realizam na instituição, inicialmente informando não haver internação involuntária e em outro momento dizendo que não há comunicação ao Ministério Público das internações involuntárias. No decorrer da Inspeção nota-se que há os três tipos de internação: voluntária, involuntária e compulsória. (CAIS Clemente Ferreira - Lins – SP).

Acerca da internação involuntária vale destacar, ainda, a Portaria n. 2391/GM/MS, de 26 de dezembro de 2002,¹⁸ que “Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2012, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS”. Nela está previsto que o gestor estadual do SUS, de cada unidade federativa, crie uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias.

Segundo o artigo 10 da referida Portaria, a Comissão Revisora deve ser constituída da seguinte forma:

Art.10. Estabelecer que o gestor estadual do SUS constituirá uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, com a participação de integrante designado pelo Ministério Público Estadual, que fará o acompanhamento dessas internações, no prazo de setenta e duas horas após o recebimento da comunicação pertinente.

§ 1º A Comissão deverá ser multiprofissional, sendo integrantes dela, no mínimo, um psiquiatra ou clínico geral com habilitação em Psiquiatria, e um profissional de nível superior da área de saúde mental, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação, além de representante do Ministério Público Estadual. É relevante e desejável que dela também façam parte representantes de associações de direitos humanos ou de usuários de serviços de saúde mental e familiares.

§ 2º Se necessário, poderão ser constituídas Comissões Revisoras das Internações Psiquiátricas Involuntárias, em âmbito microrregional, municipal ou por regiões administrativas de municípios de grande porte.

Outra dimensão importante da Portaria nº 2391/GM/MS, de 2002, é sobre o papel do Ministério Público, no que diz respeito ao pedido de informação sobre pessoas internadas involuntariamente, assim como a realização de entrevistas com essas pessoas. O art. 11 da referida Portaria, diz:

Art. 11. Definir que o Ministério Público poderá solicitar informações complementares ao autor do laudo e à direção do estabelecimento, bem como realizar entrevistas com o internado, seus

18 BRASIL. Ministério da Saúde. In Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 10 out. 2019.

familiares ou quem mais julgar conveniente, podendo autorizar outros especialistas a examinar o internado, com vistas a oferecerem parecer escrito.

A situação encontrada na Inspeção Nacional, portanto, revela um cenário de completo desrespeito com as pessoas que demandam cuidado em saúde, de modo que a privação de liberdade é uma característica de funcionamento de diversas dessas instituições, que ocorre de maneira inconstitucional.

2.3.3 Internação Voluntária

Como reiterado em diversos pontos do presente relatório, o consentimento livre e esclarecido do usuário ao tratamento – quando há uma demanda clínica – deve ser observado em regra. Mesmo nos casos de internação voluntária, a necessidade clínica deve ser um fator determinante e, nesses casos, se a pessoa deseja ser internada sem que não exista a constatação de necessidade clínica, formulada por um laudo médico circunstanciado, ela não deve ocorrer. Isso porque – tomando como referência qualquer outro problema em saúde que não esteja associado à saúde mental – não basta que uma pessoa chegue a um hospital e manifeste seu desejo de ser internada para que ela alcance seu pleito. Uma pessoa, em qualquer condição de saúde, só é internada se houver justificativa clínica.

Nesse sentido, preocupante o que se observou na Inspeção Nacional, tendo sido identificadas várias internações voluntárias transformadas posteriormente em internações involuntárias, o que viola, na prática, o direito de a pessoa interromper seu tratamento. A questão que resta, merecendo maior aprofundamento e investigação, é se a justificativa clínica que sustenta a conversão da internação voluntária em involuntária circunscreve-se às situações de emergência (única possibilidade de internação contra a vontade do sujeito).

Abaixo o relato de algumas das situações encontradas:

Em vários prontuários verificamos um termo de Consentimento Livre e Esclarecido em anexo. Entretanto, percebe-se que é rotineiro casos de pessoas que são inseridas na internação de forma voluntária e logo pedem para sair do hospital, tendo sua internação automaticamente convertida para involuntária, sendo que tal mudança de modalidade de internação se dá por meio de decisão médica [...]. (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

Em conversa com usuários da ala SUS era comum o relato de que tinham sido internados voluntariamente e manifestavam desejo de interromper a internação, mas não eram permitidos pelo Hospital. A partir daí, foi solicitada ao hospital a lista dos pacientes internados voluntariamente, o que foi fornecido após certa demora. Foi então identificado que a maior parte dos pacientes é internada voluntariamente (549 pacientes). A partir de entrevistas e questionamentos com funcionários e com o Superintendente do Hospital, ficou revelado que o Hospital não acata a decisão do paciente internado voluntariamente de interromper o tratamento, mas a condicionada ilegalmente a uma avaliação médica e/ou autorização de familiar, [...] Após a constatação da ilegalidade, foi realizada uma reunião com representante do hospital, minutado um compromisso escrito no ato para que fosse permitida a saída dos pacientes voluntários que assim desejassem e solicitado novo acesso aos pacientes voluntários para entrevista reservada sobre a vontade de seguir ou interromper o tratamento, mas isso foi negado. A assinatura do compromisso foi ao final recusada [...] Ao final, o advogado chamado após o impasse fez comparação com a cadeia para relativizar a decisão dos pacientes voluntários que manifestam desejo de sair, usando como paralelo: “se você entrar numa cadeia, todos se declararam inocentes e dirão que querem sair” (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

Verificou-se que as internações voluntárias, por vezes, não são assinadas pelos próprios usuários, mas sim por familiares. Os fiscais observaram desrespeito à manifestação de querer ir embora, uma vez que mesmo pessoas internadas voluntariamente necessitam de “autorização” do familiar que assinou a internação (Clínica Nosso Lar Adamantina, Adamantina – SP).

Verifica-se também que as internações voluntárias, por vezes, não são assinadas pelos próprios usuários, mas sim por familiares. E, além disso, observa-se em registros de prontuário e de intercorrência, o desrespeito à manifestação de querer ir embora, que, geralmente, se segue de contenção física, química ou transferência de unidade (Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP).

O HOSMAC realiza internações nas modalidades voluntária, involuntária e compulsória. Quanto a essas modalidades de internação, há que se registrar a confusão terminológica feita pela equipe técnica com relação à diferença entre internações voluntárias e involuntárias e, conseqüentemente, sobre as providências legais a serem tomadas. A equipe considerava “voluntárias” as internações autorizadas por pessoas da família, mesmo que à contragosto do paciente. Sabe-se, no entanto, que

a voluntariedade se refere à própria pessoa do paciente, de se comportar segundo seus próprios desejos. Toda “autorização” formalizada por terceira pessoa que não o próprio usuário caracteriza a involuntariedade para esse fim. Sendo assim, algumas das internações classificadas como voluntárias pela equipe da unidade são, em verdade, involuntárias. Nesse sentido, os membros do Ministério Público recomendaram a adequação de entendimento registrando-se como “involuntárias” todas as internações provenientes de “autorização” de terceiros pessoas e, por consequência, fazendo a devida comunicação ao MP nesses casos (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC).

Em relação ao período das internações e às demandas dos usuários pelo retorno à vida cotidiana, em privação de liberdade, apresentam-se alguns relatos: “Não me foi concedido o direito de solicitar de próprio punho a minha alta” (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

Um usuário analfabeto ao ser questionado sobre o contrato de voluntariado, em que assinou com sua impressão digital, alegou que se recordava de ter colocado a digital, mas que ninguém o orientou sobre o que estava escrito no contrato. (Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP).

No que tange às internações voluntárias, essa informação contraria os relatos de usuáries/os que afirmaram não estar na instituição espontaneamente. As/os entrevistadas/os contaram sobre o desejo de não estar ali, fizeram referência ao modelo de tratamento que receberam nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município como possibilidade de cuidado, diferente do isolamento do Nossa Senhora de Fátima (Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA).

A dimensão do consentimento sobre o tratamento pareceu-nos abordada formalmente pelo profissional médico do serviço, no momento de admissão da internação. A documentação apresentada pelo hospital não faz menção às diretrizes e às medidas previstas nas situações de recusa ao tratamento. Houve relatos de diversas pessoas internadas afirmando o “desejo de ir embora” e as dificuldades para dimensionar as perspectivas de alta (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR).

Uma pessoa internada na unidade informou que não se lembrava de ter assinado nenhuma autorização para estar lá e não entendia muito bem porque estava ali (Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana, São Paulo – SP).

2.3.4 Internação Compulsória

Faz-se necessário, a partir daqui, retomar e aprofundar as questões e as nuances que atravessam a internação compulsória expressa na lei n. 10.216/2001.

Ao oposto do que comumente é interpretado, recorrentemente pelo senso comum e por alguns segmentos do sistema de justiça, embora a lei mencione a internação compulsória como uma modalidade, ela, não autoriza, tampouco regulamenta tal prática. Em seu artigo 6º, a lei apenas menciona a origem institucional de sua ordem e execução, em que afirma: “*III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça*”.

Em segundo plano, a lei menciona a origem normativa de sua realização. Diferentemente da modalidade de internação voluntária e involuntária, na qual a legislação diz sobre como e quais são os critérios que devem ser respeitados quando elas ocorrerem, no caso da modalidade compulsória a lei remete à necessidade de observar à legislação vigente para sua aplicação.

Em seu artigo 9º, a Lei 10.216/2001 define que: “*a internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários*”.

No ordenamento jurídico brasileiro, a única legislação vigente que faculta ao Poder Judiciário a decisão sobre as situações de internação compulsória é o Código Penal brasileiro, em apenas uma situação: nos casos em que o sujeito tenha cometido um crime e tenha sido considerado inimputável. Em seu artigo 26, a lei penal aduz 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, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento*”.

Em outras palavras: a premissa para que alguém seja considerado inimputável é a prática de um crime. Para esses sujeitos, a pena é substituída por uma medida compulsória de tratamento, denominada medida de segurança, mencionadas no artigo 96, como pode ser observado:

Art. 96. As medidas de segurança são:

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II - sujeição a tratamento ambulatorial.

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.

O texto do estatuto penal deixa claro, portanto, que ao juiz, único responsável pela internação compulsória, está facultado internar alguém contra sua vontade em uma única situação: quando a pessoa tenha cometido um crime e, sob essas circunstâncias, for considerada inimputável. Não há outra previsão no ordenamento jurídico brasileiro para que o Judiciário promova a internação forçada de uma pessoa. Tampouco cabe ao Judiciário determinar o modelo e o método de tratamento, bem como o momento de alta.

Como já enfatizado no início deste item, tomando como base a Constituição Federal brasileira, o acesso à saúde é um direito do cidadão, não uma obrigação. Sendo assim, a internação judicial destinada a pessoas com transtornos mentais ou pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, que não tenham cometido crime, é um ato não respaldado no ordenamento jurídico pátrio.

Vale destacar, ainda nesse ponto, que mesmo a internação compulsória, quando respaldada pela legislação vigente, é uma medida extrema e excepcional, como aponta a própria legislação em seus artigos 96 e 97: “Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (artigo 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial”.

Mesmo que não seja objeto desse documento o aprofundamento sobre a internação de pessoas em medida de segurança,¹⁹ vale provocar a problematização em razão do debate posto no campo normativo, a envolver o sistema de justiça no que se refere a ilegalidade da internação compulsória. Isso porque as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei também estão amparadas por todas legislações que visam garantir direitos no campo da saúde mental, a exemplo da lei n. 10.216/2001, da CDPD e da LBI, além de todo arranjo normativo internacional que versa sobre a matéria. Como já observado, esse acervo normativo traz diretrizes contrárias ou residuais à internação, circunscrevendo-as como medidas extremas e excepcionais em casos de emergências.

19 A título de informação, em seis hospitais inspecionados foi feita menção a pessoas internadas em por decisão judicial, seja cumprindo medida de segurança, execução de sentença ou mesmo apenados, são eles: Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca – AL), Hospital Nina Rodrigues (São Luís – MA), Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa – PB), Instituto de Psiquiatria (São José – SC), Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP) e Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP).

Vale mencionar um documento de referência no tema, produzido pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF), o *Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico*²⁰, no qual, imperativamente, a instituição ministerial federal manifesta-se contrariamente à existência de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e a maneira como as medidas de segurança são aplicadas no País. Nas considerações finais do documento, o texto a posiciona: “Diante de todo o exposto verifica-se que o atual sistema de execução da medida de segurança no Brasil configura uma das maiores violações aos direitos humanos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei”.

A realidade encontrada na Inspeção Nacional, no que se refere à internação compulsória, é preocupante e requer atenção minuciosa, principalmente do sistema de justiça brasileiro, uma vez que essa modalidade de privação de liberdade tem sido praticada à revelia da legislação, de modo que está sendo banalizada por parte do Poder judiciário. Destacam-se alguns trechos dos relatórios estaduais sobre o que foi observado na Inspeção Nacional, a saber:

Havia internações determinadas judicialmente para casos de uso abusivo de álcool e outras drogas, em especial pelo uso de crack (Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ)

As equipes informaram acreditar haver um uso abusivo da internação por ordem judicial, com características higienistas, direcionados a grupos e pessoas que incomodam aqueles que têm mais poder no local. Destacaram ainda, que casos de tentativa de suicídio e mulheres em situação de rua grávidas frequentemente são internadas por ordem judicial (Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ)

[...] a grande dificuldade é em relação a medida compulsória que muitas vezes o judiciário não acata a alta da equipe (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP)

A grande maioria dos entrevistados estava com internação involuntária por ordem judicial, o que pareceu ser a resposta padrão ao uso abusivo de drogas (Casa de Saúde Santa Mônica - Petrópolis – RJ).

20 BRASIL. Ministério Público Federal – Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/o-mpf/sobre-o-mpf/atualizacao/procuradoria-federal-dos-direitos-do-cidadao>>. Acesso em: 10 out. 2019.

Profissionais entrevistados informaram que há pessoas que cometeram crimes e foram internadas no hospital, por não haver vaga em hospital de custódia, não sendo autorizadas a sair. Contaram que um usuário internado há onze anos “é preservado”, mas o juiz não o autoriza a sair. Que outro rapaz está internado há dois anos também por determinação judicial, que a equipe já solicitou sua desospitalização, mas o juiz determinou que permaneça por mais dois anos em hospital de custódia; como não há vaga, ele está aguardando no Bairral (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria - Itapira – SP).

Na ala onde ficam os pacientes presos de justiça foi relatado que existem casos de pacientes que já haviam cumprido a pena e que não precisam mais estar nesse local (Hospital Nina Rodrigues, São Luís – MA)

“Olha, eu queria ir embora, por que eu sinto muito a falta lá de casa. É um juiz, né, o juiz não assinou ainda a carta do médico” (paciente de alta desde 19/11/18. Inspeção realizada em 04/12/18) (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

A partir dessa análise, torna-se evidente a interação conflituosa estabelecida entre o Poder Judiciário e as instituições psiquiátricas, de modo que o resultado desse conflito tem como consequência a violação de direitos da pessoa internada.

Ressalta-se que a atuação do sistema de justiça – Defensorias Públicas, Ministérios Públicos e Judiciário – é imprescindível para garantir o exercício dos direitos das pessoas com sofrimento mental quando da violação de sua promoção por parte dos órgãos administrativos. Nesse sentido, é urgente que o sistema de justiça brasileiro aprofunde sua interação com a legislação que versa sobre os direitos dessa população, de modo que orientem sua atuação para fazer valer e expressar todo arranjo normativo nacional e internacional na vida dessas pessoas que, sob o falso manto da necessidade de cuidado, são violadas nos direitos fundamentais mais sagrados.

3.

DIREITO A USUFRUIR DE PADRÃO MAIS ELEVADO DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

Fotografia 34: Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá - PR. Crianças brincam no pátio na presença de um funcionário da instituição.

INTRODUÇÃO

Apresentamos neste capítulo questões importantes sobre a organização dos processos de cuidado nos hospitais psiquiátricos inspecionados, que será dividido em duas partes.

Na primeira, o foco será a discussão da organização do cuidado no contexto hospitalar, lembrando que os hospitais psiquiátricos estão contextualizados no âmbito do direito à saúde e, para tanto, têm a responsabilidade social e legal de garantir a produção de cuidado de acordo com os princípios e diretrizes envolvidos nesse contexto. Assim, serão tratados os seguintes temas: *Projeto Técnico Institucional (PTI); Prontuários; Projeto Terapêutico Singular (PTS); Atenção às pessoas internadas em decorrência do uso de álcool e outras drogas; Castigos, Isolamento e outros Espaços Restritivos como forma de tratamento; Condições Físicas e Mecânicas; e Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde.*

A segunda parte tem o objetivo refletir sobre os potenciais efeitos deletérios dos hospitais psiquiátricos no tocante ao exercício da singularidade e da sociabilidade das pessoas internadas (direitos à *Convivência familiar e Comunitária, aos Direitos Sexuais e ao Direito a Não ser Discriminada*).

3.1 PARTE I - ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR

Fotografia 35: Casa de Saúde Santa Mônica LTDA, Petrópolis – RJ. Na foto abaixo, destaca-se uma senhora cadeirante, de cabeça muito baixa e isolada, na área do refeitório da instituição. Ao fundo, duas pacientes estão sentadas em mesas separadas, aparentemente também quietas e sem sinais de interação.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

Conforme a Constituição Federal, a saúde é um direito de todos e cabe ao Estado garantir esse direito através de políticas sociais e econômicas. É atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS) oferecer *“assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”* (Lei nº 8.080/1990). Desse preâmbulo extraem-se dois princípios: universalidade do acesso aos serviços de saúde e integralidade da assistência.

Tendo em vista as especificidades das pessoas com deficiência, a CDPD reafirma os direitos da população geral e aponta para a necessidade da construção de ações específicas para lhes assegurar os direitos relativos à saúde em igualdade de condições com as demais pessoas, saber:

Art. 25. Os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiência têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde, incluindo os serviços de reabilitação, que levarão em conta as especificidades de gênero.

Em caráter regulamentar e com fim de especialidade, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI) reafirma o papel do SUS quanto ao atendimento integral à saúde das pessoas com deficiência, respectivamente no artigo 18, a saber: “É assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário”.

E destaca, ainda, que é direito da pessoa com deficiência, para seu cuidado em saúde, os processos de habilitação e reabilitação:

Art. 14, parágrafo único. O processo de habilitação e de reabilitação tem por objetivo o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas.

Assim, é líquido e certo o direito de as pessoas com deficiência serem atendidas por uma rede de saúde integrada e que esteja preparada para responder às suas necessidades da melhor maneira, desde atenção básica até os serviços de maior complexidade (artigo 9º, LBI).

No SUS, conforme a Lei nº 8.080/1990, as ações e serviços de saúde devem ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (artigo 8º). Sendo assim, a atenção hospitalar, conforme a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP),¹ é considerada de maior complexidade dentro da organização do sistema de saúde.

De acordo com a Lei nº 10.216/2001, artigo 2º, parágrafo único, inciso I, é direito da pessoa em sofrimento psíquico, decorrente ou não do uso de álcool e outras drogas, entre outros, “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”.

Ademais, a Carta de Direitos e Deveres dos Usuários do SUS reforça a importância da organização do cuidado em níveis de complexidade, destacando a necessidade da proximidade dos serviços à residência das(os) usuárias(os):

Art. 2º Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.

§ 1º O acesso será preferencialmente nos serviços de Atenção Básica integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos de sua casa.

Igualmente, a Lei nº 10.216/2001 reforça tais conceitos para o âmbito do cuidado em saúde mental, ao prescrever que:

Art. 4º. A atenção em regime hospitalar somente será indicada quando a rede extra-hospitalar se mostrar insuficiente, e deve estar organizada para oferecer assistência integral e articulada com os serviços da rede comunitária, que são os responsáveis pelo cuidado longitudinal das pessoas com transtornos mentais (artigo 4º, parágrafo 2º).

Nesse sentido, pode-se afirmar que o cuidado em saúde mental deve se dar prioritariamente nos serviços de atenção territorial e comunitária, sendo que a atenção hospitalar deve funcionar como retaguarda para o cuidado em saúde mental, nas situações de agravamento do sofrimento psíquico e de necessidades clínicas que exijam internações, em articulação com os

1 Cf. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 e setembro de 2017, capítulo II, anexo XXIV.

CAPS² e os demais serviços da rede de saúde e intersetorial. Para tanto, a proximidade geográfica do componente de atenção hospitalar ao local de residência e cuidado é fundamental.

Aqui, vale destacar que, ao longos dos anos, foram-se ampliando as estratégias de cuidado em saúde mental com vistas a oferecer os cuidados necessários para as pessoas que sofrem em decorrência de transtorno mental e/ou do uso de álcool e outra drogas, baseados nos princípios e diretrizes do SUS e dos tratados internacionais de proteção e defesa dos direitos humanos. Em 2011, a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS),³ no contexto da criação das Rede de Atenção à Saúde (RAS), pelo Ministério da Saúde, ratifica este compromisso de reorganização dos serviços de saúde. Desta forma, a RAPS possui vários serviços que tem função de oferecer atenção contínua para as situações agravamento do sofrimento, são elas os CAPS vinte e quatro horas, os leitos de saúde mental em hospital geral e os serviços de urgência e emergência.

A organização do cuidado hospitalar pressupõe o cumprimento das normas e diretrizes que determinam seu modo de funcionamento, tendo a planificação das estratégias como elemento fundamental para a construção de um cuidado em saúde verdadeiramente emancipador e garantista de direitos.

No entanto, veremos ao longo deste capítulo que os estabelecimentos inspecionados possuem organização *sui generis* e não consideram os pressupostos acima descritos, incorrendo, assim, na vedação do parágrafo 3o, do artigo 4º, da Lei nº 10.216/2011.

2 Conforme define a da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 e setembro de 2017, capítulo I, anexo V, Artigo 10.

3 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 10 out. 2019.

3.1.1 Projeto Técnico Institucional (PTI)

Fotografia 36: Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, Cariacica – ES. Na foto abaixo, destaca-se uma pequena televisão colocada em nível bem elevado. Em um banco de madeira sem encostos, dois pacientes assistem desconfortavelmente a televisão, enquanto um paciente permanece deitado no chão de concreto sem quaisquer tipos de confortos.

Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.



O Projeto Técnico de um serviço é o instrumento que revela os princípios, os objetivos e a forma de organização assistencial. Conforme o Anexo XXV da Portaria de Consolidação nº 5, 03 de outubro de 2017, define-se 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 (Anexo, 2.3).

Sua existência é fundamental para possibilitar a organização institucional. Conforme já demonstrados acima, tal organização não pode se dar de qualquer maneira, mas, sim, deve ser pautada em pressupostos bastantes claros de proteção e defesa das pessoas e dos seus direitos. Neste sentido, sua ausência já demonstra predisposição para uma organização institucional violadora de direitos. Sendo a principal objetivo do cuidado em saúde a recuperação e a inserção social, é fundamental que tais projetos definam objetivos claros nesse sentido.

Dos quarenta hospitais psiquiátricos inspecionados, treze⁴ não possuem Projeto Técnico Institucional (PTI), o que contraria o preconizado nas Normas para Assistência Hospitalar em Psiquiatria, estabelecidas pelo Ministério da Saúde, conforme exemplificado nos fragmentos abaixo:

[...] não foi apresentado nenhum documento referente ao Projeto Técnico Institucional – PTI; também em nenhum momento durante a

4 Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo (Anápolis/ GO); Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa – PB); Instituto de Psiquiatria da Paraíba (João Pessoa/ PB); Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros – PE); Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP); Lar Bussocaba (Osasco – SP); Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC); Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM); Hospital Adauto Botelho (Cariacica – ES); Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ); Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS); Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS); Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (São José – SC).

visita realizada foi informado pelos profissionais questões referentes a este projeto institucional. Portanto, não foi possível verificar as propostas e atividades previamente estabelecidas (Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE).

O PTI foi uma das documentações solicitadas à instituição, sendo apresentado em formato de Regimento Interno com ações e manejos indicados para cada setor. O documento não apresenta estratégias de capilaridade de cuidado, sem diálogo interdisciplinar e interinstitucional para o compartilhamento de cuidado (Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo, Anápolis – GO).

Os trabalhadores relataram que a norma que regula o dia a dia de trabalho é um Procedimento Operacional Padrão (POP), normas de rotina estabelecidas pelos próprios trabalhadores e o regimento interno da unidade. Desconhecem se há um Projeto Técnico Institucional no HOSMAC (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC).

O Hospital Psiquiátrico não possui Projeto Técnico Institucional (PTI). Na Unidade de Curta Permanência às pessoas internadas relatam uma rotina padronizada, com horários definidos: são acordadas, encaminhadas ao banho e administrada medicação, até as 8 horas da manhã, quando é servido o café da manhã; após os portões das alas são abertos e as pessoas podem transitar pelos corredores e no pátio externo; onze horas é servido almoço no refeitório; após o almoço, até às 14 horas as pessoas internadas ficam em seus quartos; às 14 h 30 min é servido lanche e depois podem novamente ficar no pátio; às 17 h 30 min às pessoas internadas devem se recolher, realizar higiene pessoal, é servido jantar e as pessoas ficam restritas a suas enfermarias; às vinte horas é servido lanche, em seguida todas se recolhem para dormir. As pessoas internadas reclamaram da rotina com horários fixos, principalmente para dormir e sobre não poder alterar horários das refeições. (Hospital Adauto Messejana, Cariacica – ES)

Em entrevista realizada com o diretor administrativo da Clínica Professor Paulo Guedes não foi averiguada a existência de Projeto Técnico Institucional. Identificou-se que apenas nas Unidades Abertas Feminina e Masculina e na Unidade Aberta Masculina para Usuários de Alcool e Drogas os usuários têm uma rotina (Clínica Professor Paulo Guedes, Caxias do Sul – RS)

Dos vinte e quatro estabelecimentos que informaram existir e apresentaram PTI, verificou-se que, em onze⁵ deles o projeto escrito não corresponde à prática institucional, o que demonstra que o documento, para esses hospitais, não é um norteador do cuidado, mas somente um mero documento burocrático, conforme demonstram os exemplos abaixo:

Apesar da direção afirmar que a casa possui um projeto técnico institucional, foi entregue a equipe da inspeção o projeto terapêutico da casa (datado do ano de 2018) e o Regimento Interno (datado de 2017). Cabe ressaltar que os funcionários da casa entrevistados desconheciam estas normativas. Na verdade, observa-se que às normas e protocolos não estão claras e nem acessíveis para todos, seja nos diversos níveis hierárquicos da equipe da unidade, seja para os internos. (Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ).

Quando questionado aos profissionais do serviço sobre o Projeto Técnico Institucional, grande parcela não soube dizer do que se trata, denotando desconhecimento, alguns chegaram a confundir com Projeto Terapêutico Singular (PTS), outros disseram saber, mas não especificam quais as ações desenvolvidas para assistência dos usuários (Hospital de Saúde Mental de Messejana, Fortaleza – CE).

Notamos que o Plano de Ação não é um documento concreto, especialmente no que tange o objetivo de “promover a proteção da saúde dos pacientes com transtorno mental, diminuindo os riscos expostos conforme as normas estabelecidas pela Vigilância Sanitária” [...] O documento sinaliza que após alta as(os) usuárias(os) são encaminhadas(os) para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade, o que não foi trazido pelos profissionais, em algumas conversas foi dito que as(os) usuárias(os) procuram os CAPS de modo autônomo, sem encaminhamentos que atendam a perspectiva de referência e contra referência (Sanatório Nossa Senhora de Fátima- Juazeiro – BA)

5 Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG); CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT); Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR); Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ); Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ); Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP); Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP).

Uma das documentações solicitadas, pela inspeção, foi o Projeto Terapêutico Institucional (PTI), apresentado pela instituição como Regimento Interno, o qual não foi compatível com ações realizadas na instituição (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO)

Os três estabelecimentos inspecionados no Maranhão não apresentaram qualquer informação acerca de Projeto Terapêutico Institucional.

Igualmente, verificaram-se projetos com diretrizes assistenciais que se contrapõem aos normativos que regulam a atenção em saúde das pessoas com deficiência no SUS:

- a. Em oito⁶ relatórios estaduais foram destacados trechos dos PTI que indicam a não-promoção da integralidade do cuidado, e menos ainda de atendimento multiprofissional/transdisciplinar das pessoas (clínica ampliada):⁷

De modo geral, quando se pensa em clínica, imagina-se um médico prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese de determinada doença. No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isso. Eixos da Clínica Ampliada: a) compreensão ampliada do processo saúde doença; b) construção ampliadas dos diagnósticos e das terapêuticas; c) ampliação do “objeto” de trabalho; transformação dos meios ou “instrumentos” de trabalho; d) suporte para os profissionais de saúde (p. 11).

Uma vez que trazem mais informações sobre cronograma de atividades do que discussão sobre o objetivo e o papel institucional. Segue mais exemplos da realidade encontrada:

De acordo com o Projeto Institucional, a admissão hospitalar é realizada pelo médico plantonista, responsável pela anamnese, exame físico, formulação diagnóstica e prescrição medicamentosa inicial. A enfermagem realiza banho de aspersão, tricotomia facial, aferição de dados

6 Além dos três destacados nos trechos transcritos, os demais são: Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca – AL); Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA); Clínica São Francisco (São Luís – MA); Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR); Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ).

7 BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica Ampliada e Compartilhada: o que é Clínica Ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

vitais, revista pessoal,⁸ entrega de pertences para familiares ou revista e identificação dos pertences. O serviço social identifica o contexto de vinculação familiar e social e realiza orientação familiar. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

Não foi identificado Projeto Terapêutico Institucional ou Singular adequado para as necessidades dos pacientes, visto que foi observado o Regimento Interno da Instituição. Não foi percebido plano de ações e atividades a serem operacionalizadas para melhorias das condições de atendimento nos serviços, com estratégias de humanização e registros em prontuários colha avaliações de médio, longo e curto prazo. (Casa de Eurípedes, Goiânia – GO)

A direção do hospital entregou cópia do PTI, composto por sessenta e cinco páginas, porém, informou que está desatualizado e que passará por atualização. O documento descreve a equipe de profissionais e suas atuações nas diferentes alas do hospital, informando sobre rotinas e procedimentos. A partir da análise deste documento em relação aos relatos de usuários, profissionais e também da observação deste dia pode-se perceber que as atividades diárias são pouco variadas, com poucas opções, com uma rotina repetitiva, que não busca estimular a autonomia o que estimula a institucionalização e cronificação. A rotina e os horários são bastante engessados, não apresentam critérios de escolha respeitando a singularidade de cada pessoa, mas sim uma forma mais confortável para a equipe do hospital atuar. (Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente – SP)

- b. Dois relatórios destacaram que a manutenção da ordem é o principal objetivo da organização, desconsiderando as reais necessidades das pessoas internadas, conforme exemplo abaixo:

A saída da EC (Enfermaria Clínica) e acolhimento nos quartos das unidades de internação pressupõe avaliação e autorização médica, bem como orientação quanto às normas e rotinas pela equipe técnica. As pessoas entrevistadas relataram permanecer, em média, três a cinco dias na enfermaria das suas alas e se queixaram de serem bastante medicados nesse período e da restrição imposta, visto não poderem comer no refeitório, serem as camas hospitalares muito próximas umas das outras e o espaço

⁸ Neste trabalho considera-se a revista de pessoas internadas e seus familiares atos violentos, o que é especificamente tratado no capítulo 4.

reduzido para “verosol”. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

A Unidade de Observação Feminina e a Unidade de Observação Masculina têm o funcionamento mais ocluso em todo o hospital: não há possibilidade de circulação irrestrita no pátio, o acesso à alimentação ocorre no local. (Clínica Professor Paulo Guedes, Caxias do Sul – RS).

- c. Outros dois relatórios destacaram que o PTI possui ações para coibir o contato entre as pessoas internadas de maneira padronizada, sem considerar os vínculos afetivos entre elas, conforme demonstram os dois exemplos abaixo:

Foi verificado que os pacientes assinam um “contrato terapêutico”. [...] Há alguns pontos que ferem os direitos dessas pessoas, como a proibição de qualquer contato físico ou sexual com outro paciente, abraços, beijos ou trocas de cartas, troca ou empréstimo de objetos pessoais, bem como impõe a participação nas atividades desenvolvidas pela equipe (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

Também não são permitidas relações afetivas e sexuais. A título de exemplo, uma manifestação afetiva foi registrada no Livro de Intercorrência de usuários particulares, em 16/05/18, constando “(Nome da usuária) beijou (nome do usuário) no rosto. Feita orientação.” (Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP).

Com isso, verificou-se que apesar de a maioria das instituições informarem a existência de Projeto Técnico Institucional, o cotejo de seu conteúdo com o cotidiano das instituições demonstrou que não é o PTI que organiza o cuidado institucional da maioria delas. Tal constatação, contraria expressamente a PT nº 251/2002⁹ e, por consequência, o artigo 2º da Lei nº 10.216/2002, já que a falta de um projeto objetivo e claro sobre como são realizadas a entrada das pessoas na instituição, a forma de tratamento e as estratégias para alta, faz com que o itinerário de tratamento das pessoas fique mais vinculado ao que os trabalhadores presentes no plantão definem, tornando a instituição muito mais suscetível a violações de direitos.

9 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 251, de 2002. In Portaria de Consolidação nº 5, 03 de outubro de 2017, Anexo XXV. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 24/11/2019

3.1.2 Prontuários: registros e evoluções

O prontuário é um documento obrigatório para o registro metódico de todas as ações planejadas e realizadas relativas ao cuidado em saúde. Através dele é possível avaliar a evolução das condições de saúde das pessoas e redirecionar as ações de cuidado proposta.

Dada a importância deste documento, existem diferentes atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde que reforçam seu papel e definem os requisitos mínimos que deve conter:

1. A Portaria 251/2002 a qual estabelece que para o funcionamento de todo hospital psiquiátrico “deve haver registro adequado, em prontuário único, dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos nos pacientes”.
2. A Carta de Direito dos Usuários do SUS,¹⁰ que em seu artigo 3º determina que:

Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde.

Parágrafo único. É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, e para isso deve ser assegurado: segundo princípio reforça o direito da(os) usuários em ter um prontuário único e também estabelece as informações que deve conter:

[...]

IV – registro atualizado e legível no prontuário das seguintes informações: a) motivo do atendimento e/ou internação; b) dados de observação e da evolução clínica; c) prescrição terapêutica; d) avaliações dos profissionais da equipe; e) procedimentos e cuidados de enfermagem; f) quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológicos; g) a quantidade de sangue recebida e dados que garantam a qualidade do sangue, como origem, sorologias efetuadas e prazo de validade; h) identificação do responsável pelas anotações; i) outras informações que se fizerem necessárias.

10 Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 22 out. 2019.

3. A Resolução de Diretoria Colegiada nº 63/2011 (RDC), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que aprova o Regulamento Técnico que estabelece os Requisitos de Boas Práticas para Funcionamento de Serviços de Saúde e que possui uma seção, dentro do Capítulo II, especialmente dedicada a como devem ser preenchidos os prontuários:

Seção IV - Do Prontuário do Paciente.

Art. 24 A responsabilidade pelo registro em prontuário cabe aos profissionais de saúde que prestam o atendimento.

Art. 26 O serviço de saúde deve garantir que o prontuário contenha registros relativos à identificação e a todos os procedimentos prestados ao paciente.

Art. 27 O serviço de saúde deve garantir que o prontuário seja preenchido de forma legível por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente, com aposição de assinatura e carimbo em caso de prontuário em meio físico.

Art. 28 Os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis aos mesmos ou aos seus representantes legais e à autoridade sanitária quando necessário. (grifo nosso)

Considerando as normas citadas, a Inspeção Nacional pôde verificar que asuma série de irregularidades com relação ao prontuários das pessoas internadas.

Sete relatórios destacaram que a qualidade dos registros nos prontuários das instituições inspecionadas apresentam problemas, tais como informações registradas de maneira padronizada, repetitiva, sem pré-avaliação da(o) usuária(o). Abaixo destacamos um trecho de cada um desses relatórios:

Na enfermaria de autismo, os prontuários observados mostravam texto padrão tal como: “Sugere atividades de autonomia, autocuidado e saídas terapêuticas”. Não havia descrição do PTS. Não havia registro de se houve saídas terapêuticas anteriores. Também se observou que havia repetição de informações e alteração de datas (Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana, São Paulo – SP).

As evoluções observadas nos prontuários apresentam o mesmo padrão de anotações, sejam médicas ou de enfermagem, com evoluções sintéticas, sem detalhes sobre a condução do caso sem relatar os resultados (Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ).

As evoluções de todos os profissionais de nível superior são precárias, estereotipadas, sem conter qualquer informação relevante sobre os pacientes, descrições burocráticas. (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

Prontuários desorganizados, nos quais foram identificadas prescrições pós-datadas, com indicação de data posterior à data da inspeção. “como os enfermeiros e os técnicos acompanham os pacientes com mais frequência, nós nos baseamos na evolução destes profissionais para fazermos as nossas” (entrevista com profissionais) (Clínica La Ravardiere, São Luís – MA)

Existe prontuário individual onde a evolução é realizada periodicamente pelo médico. Porém, foi relatado que a evolução é feita sem cumprir os requisitos necessários dos exames físico e psicológico, sendo realizada automaticamente a partir da última avaliação realizada, repetindo se sucessivamente e sem critérios clínicos (Clínica São Francisco, São Luís – MA).

Sobre os prontuários, por amostragem, observaram prontuários com o mesmo padrão de anotações Médicas e de Enfermagem, com evoluções sintéticas, sem particularidades sobre a condução do caso e respostas dos pacientes (Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ)

Também nos foi relatado que a evolução dos prontuários é feita rotineiramente, mas não necessariamente essa evolução significa que houve atendimento individual aos pacientes, pois muitas vezes é realizada apenas para cumprir determinações legais. [...] sendo a avaliação psicológica dos pacientes realizada via evolução de prontuário médico, não havendo, muitas vezes, a avaliação presencial do paciente. Foi relatado pelo setor de Psicologia que os prontuários são evoluídos a partir das informações escritas pela equipe médica, pois não seria possível realizar atendimento individualizado a todos os pacientes (desproporção entre o número de profissionais e o número de pacientes) (Clínica São Francisco, São Luís – MA).

Dezessete¹¹ relatórios destacaram que os prontuário não apresentavam anotações diárias sobre os cuidados promovidos pela equipe multiprofissional:

Foi constatada também inadequação dos registros relativos à assistência de Enfermagem, uma vez que não registram as ações de enfermagem desenvolvidas com o paciente em prontuário de imediato, registram, porém, no livro de intercorrência, resultando em uma violação do direito da pessoa atendida em ter em seu prontuário as informações completas sobre os atendimentos em saúde (Clínica Nosso Lar Adamantina, Adamantina – SP).

Muitos prontuários não tinham registro das atividades realizadas, ou registros precários, não seguindo normas e resoluções dos respectivos conselhos de fiscalização profissional e a estrutura adequada de acordo com normativas do SUS. (Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo, Anápolis – GO).

Quanto aos registros feitos nos prontuários pelos médicos pontua-se que estes aconteciam de forma irregular; com atendimentos esporádicos. Os prontuários não possuíam projeto terapêutico individual nem o termo de consentimento esclarecido¹² do tratamento ou termo referente à internação involuntária. Também não foi verificado nenhum registro de discussões e/ou decisões tomadas em equipe. (Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE).

Acessado o prontuário de paciente que estava na unidade Narciso, ficou revelado que não havia qualquer anotação desde 25/11/18, ou seja, cerca de dez dias sem anotação, não havendo anotação sobre o motivo do envio para a unidade de intercorrência, que é uma unidade mais asilar [...] ao analisar os registros de prontuário, verifica-se que em algumas unidades não há registros de atendimentos com profissionais de áreas específicas (Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP).

11 Além dos sete hospitais destacados nos trechos, os demais são: Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca – AL); Casa de Eurípedes (Goiânia – GO); Hospital Psiquiátrico Espirita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP); Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE); Clínica São Francisco (São Luís – MA); Hospital Nina Rodrigues (São Luís – MA); Clínica La Ravardiere (São Luís – MA); Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG); Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ); CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT).

12 A discussão sobre consentimento é de suma importância para este Relatório e será tratada com mais detalhes no capítulo 2.

Ao analisar os prontuários observou-se que em nenhum deles consta qualquer tipo de avaliação e que as evoluções são as mesmas para a maioria [...] Durante a inspeção a equipe observou que nem todas as atividades obrigatórias constavam nos prontuários, como registros e acompanhamentos de contenção física. (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP)

Em um período de quinze dias, não houve registro para nenhum usuário de participação em qualquer oficina, grupo terapêutico ou qualquer outra intervenção terapêutica multidisciplinar, sendo registradas basicamente as observações e intervenções de enfermagem em sua maioria. (Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana).

Alguns profissionais relataram que com o grande número de usuários é difícil evoluir cotidianamente (Hospital de Saúde Mental de Messejana, Fortaleza – CE)

Dentre esses, destacamos três trechos de relatórios que apontam para a existência de prontuários com informações incompletas:

Nos chamou a atenção, que nos prontuários avaliados, foram encontradas tanto a anamnese do paciente, quanto o projeto terapêutico singular em branco, somente com plano de atendimento da enfermagem preenchido (Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ).

Na sala da enfermagem foram observados alguns prontuários, aparentemente incompletos, sem Projetos Terapêuticos Singulares (Clínica Nosso Lar Adamantina, Adamantina – SP).

As anotações de enfermagem são incompletas, não especificam horário de início e término da contenção, profissionais envolvidos, avaliação da perfusão periférica durante o período de contenção (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP).

Outra irregularidade encontrada em oito¹³ estabelecimentos visitados foi a não garantia de acesso dos usuários aos seus prontuários:

13 Além dos cinco estabelecimentos destacados nos trechos, os demais são: Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP); Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP); Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ).

O acesso da pessoa internada ao seu prontuário depende de autorização do médico, que dará as informações sobre o prontuário, para evitar problemas de identificação do que está descrito no documento (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

Os pacientes possuem prontuário individualizado, porém, conforme informações colhidas, por ordem da direção, os pacientes não podem acessar seus próprios prontuários (Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ).

O instituto possui prontuário único para cada pessoa em internação, sendo possível o acesso destes arquivos através do familiar, mediante solicitação pelo responsável legal (Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira, João Pessoa – PB)

O acesso da pessoa internada ao seu prontuário depende de autorização do médico, que dará as informações sobre o prontuário, para evitar problemas de identificação do que está descrito no documento. (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC)

As pessoas internadas na unidade destinada às pessoas com transtornos mentais queixaram-se de não ter acesso às informações do seu prontuário, havendo recusa pelos profissionais quando solicitado (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR)

O prontuário deve ser único, singularizante e de caráter terapêutico, o que pressupõe natureza contratual, isto é, com cláusulas elaboradas conjuntamente entre a pessoa internada, familiares e referências técnicas do estabelecimento. Sendo um documento de construção coletiva, também deve ser garantido aos internos oportunidade de modificações e de acesso, bem como a extração de cópias (Lei nº 10.216/2001 e RDC 63/2011). Do mesmo modo, todas as informações devem ser subscritas pelos profissionais de referência (Anexo XXV da Portaria de Consolidação nº 5, 03 de outubro de 2017.), nos termos de suas atribuições éticas e disciplinares, o que impõe transparência, diálogo com os envolvidos e anuência da pessoa internada.

Ao mesmo tempo, as informações constantes do prontuário devem ser mantidas em confidencialidade ordenada pela pessoa internada.

As irregularidades encontradas em relação aos prontuários demonstram o quanto se trata mais de um instrumento administrativo do que de cuidado e corrobora a compreensão de que as instituições destacadas aqui promovem um tratamento violador de direitos.

3.1.3 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Fotografia 37: Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá - PR. Na foto abaixo, a ficha cadastral ostenta quadro clínico médico geral do paciente e atividades genéricas a serem realizadas durante o período de internação.

Não guiasar a patologia

Nome: Grato, Leticia, Capraço PA: 110 x 80 MMHG PC 84

Sexo: FEMININO

Idade: 41 anos

Profissão: trabalhadora, em casa, solteira, companheiro, PA: 110

Estado Civil: sem filhos

Religião: sem religião

Residência: Rio de Janeiro

Endereço: Marília

02/10/18

19205

1. HISTÓRICO:

Admissão: 02/10/18 em 130 08:29 13

() Conhecido () Risco Psico () Conhecido

Comorbidades: () DM () HAS () Dislip

4. TRATAMENTO PSICOLÓGICO

5. SERVIÇOS

6. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

7. TERAPIA OCUPACIONAL

Atividades: atividades expressivas e contêntivas

Atividades: Atividades físicas e recreativas

Fonte: Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2018.

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde na cartilha “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular” de 2007, o projeto terapêutico singular (PTS) é a estratégia para o planejamento do cuidado singular das pessoas internadas, em articulação com um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva do sujeito e a equipe multidisciplinar. Ainda, considera as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido.

A noção de singularidade advém da especificidade da situação na qual o PTS se aplica, relacionada não apenas aos indivíduos, mas ao sujeito em relação com família e comunidade.¹⁴ Logo, relacionado aos planos que o próprio sujeito idealiza, e não apenas à capacidade institucional e familiar envolvida.

Levando-se em conta que o PTS das pessoas internadas deve ser realizado em conjunto com o serviço de saúde de base territorial (atenção básica ou CAPS), nos termos do disposto pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁵ e normativo da Rede de Atenção Psicossocial, são esses serviços os organizadores das redes de saúde e de saúde mental, cujas equipes dos pontos de atenção fazem o acompanhamento longitudinal.

Dos quarenta estabelecimentos inspecionados, em dezenove¹⁶ foi identificado que as instituições não organizam o cuidado das pessoas internadas a

14 BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH). Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. 2007. 2. ed. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em: nov. 2018.

15 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 10 out. 2019.

16 Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM); Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA); Hospital Especializado Mário Leal (Salvador – BA); Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo (Anápolis – GO); Casa de Eurípedes (Goiânia – GO); Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO); Clínica São Francisco (São Luís – MA); Clínica La Ravardiere (São Luís – MA); CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT); Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros – PE); Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ); Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ); Clínica Nosso Lar Adamantina (Adamantina – SP); Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP); Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP); Hospital Especializado Lopes Rodrigues (Feira de Santana – BA); Hospital Adauto Botelho (Cariacica – ES); Instituto de Psiquiatria (São José – SC).

partir da construção de Projeto Terapêutico Singular. Já nas dezenove instituições que informaram possuir PTS, em todas elas foram verificadas irregularidades nesse documentos, as quais serão pormenorizadas em seguida. Sobre os demais hospitais não haviam informações sobre o PTS.

Em quatro relatórios estaduais há a informação de que os estabelecimentos não realizam PTS para toda(os) usuária(os):

Poucos prontuários apresentam o Projeto Terapêutico Singular. E os que apresentam, estão desatualizados. (Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente – SP)

No entanto, não há projeto terapêutico singular (PTS) para todas as pessoas internadas e, em verdade, transpareceu que essa conduta é excepcional, tanto assim que foram encaminhados apenas 2 PTS à equipe da inspeção (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC)

Na entrevista, o hospital informou que nem todos os usuários possuem um projeto terapêutico singular (PTS), alguns são orientados a ter, mas não entrou em detalhes acerca dessa informação. Ao questionar os moradores, estes informaram não terem conhecimento da existência de um documento do tipo. (Hospital Juliano Moreira, Salvador – BA).

Usam como critério dez dias após a internação para iniciarem o trabalho de confecção do PTS, uma vez que há rotatividade entre alguns internos [...] A direção corrobora com essas informações dizendo [...] que nem todos os internos possuem PTS [...]. Nos prontuários não foi possível identificar o PTS, um enfermeiro da equipe disse que desconhece esse instrumento. (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP)

Em treze,¹⁷ conforme as análises dos relatórios estaduais, fica claro que o PTS é um instrumento mais burocrático do que norteador do cuidado das pessoas privadas de liberdade, pois não estão atualizados, não são reavalia-

17 Além dos cinco destacados nos trechos os demais são: Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC); Hospital de Saúde Mental de Messejana (Fortaleza – CE); Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG); Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR); Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ); Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ); Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS); Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP); Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP); Lar Bussocaba (Osasco/SP).

dos, não permitem a participação das(os) usuárias(os) e se resumem a descrições de atividades, as quais já existem na instituição e não consideram a singularidade das pessoas. Abaixo, em entrevista com a direção, destacamos alguns trechos dos relatórios para ilustrar o afirmado:

Todas as pessoas internadas possuíam o projeto terapêutico singular, realizados através da equipe multidisciplinar, sendo a periodicidade de atualizações de modo semanal, variando do caso clínico. Dialogando com profissionais foi apresentado o instrumental de triagem, sendo nele que afirmam realizar o PTS. Contudo, as informações são restritivas, não há aprofundamentos sobre os procedimentos que devem ser traçados, não deixando evidente na definição de metas, nas propostas de curto, médio e longo prazo, que poderão ser negociadas com o usuário de cada PTS junto com membro da equipe com quem tiver um vínculo melhor. Também é insuficiente na divisão de responsabilidades, tendo em vista que é importante definir as tarefas de cada um (Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, Fortaleza – CE)

[...] as práticas de cuidado não são definidas individualmente, conforme subjetividade e singularidade de cada pessoa internada, o hospital possui ações pré-definidas, em que as pessoas internadas são inseridas, como as oficinas relatadas, que podem ser terapêuticas para algumas, mas não para todas (Hospital Adauto Messegana, Cariacica – ES)

A prática, contudo, segundo relatos de algumas(ns) funcionárias(os), resume-se às(aos) médicas(os) passarem rapidamente as informações, sendo que os prontuários podem ser acessados pelas(os) pacientes após a autorização da direção técnica. O PTS é elaborado, mas não se concretiza, segundo as profissionais entrevistadas (Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira, João Pessoa – PB)

Usuárias(os) referem não participarem da construção conjunta do PTS, tampouco podem opinar sobre o próprio tratamento, inclusive medicamentoso. As pessoas internadas afirmam a obrigatoriedade de participação em todos os grupos terapêuticos oferecidos, podendo a recusa ser compreendida com o intercorrência pela equipe técnica. A ausência ou não participação nas atividades só podem ocorrer com justificativa médica (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR)

A participação ativa das(os) usuárias(os) e familiares na construção do PTS é, além de obrigatória,¹⁸ conforme a CDPD, primordial para a garantia dos pressupostos de cuidado preconizados pelo SUS. No entanto, em dez¹⁹ relatórios estaduais há informação de que os PTS das instituições visitadas não garantem a participação das(os) usuárias(os) e familiares. Os fragmentos abaixo demonstram algumas das situações encontradas pelas equipes:

Não foi possível identificar, por meio das entrevistas com as(os) usuárias(os), a participação destes na formulação de PTS. Estes informaram realizar consultas regulares com psicóloga(o) e psiquiatra, mas não relataram haver participado do planejamento de um projeto específico de cuidado (Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói – RJ).

Não há a participação nem dos usuários, nem de pessoas de sua confiança, na produção do PTS. Como já dito anteriormente, foi encontrado nos prontuários das(os) internas(os) uma área destinada a produção do projeto terapêutico singular. Em alguns prontuários essa área estava em branco, contando apenas com o plano de atendimento da enfermagem preenchido (Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ).

Na unidade de internação para autismo, profissional da equipe afirmou elaborar o PTS mensalmente: Não há qualquer indício de participação dos usuários e familiares na sua construção, parecendo ser um instrumento de uso exclusivo da equipe para que apresente seus objetivos para o tratamento. A aparência do documento leva a parecer um cumprimento de exigência formal, não havendo elementos que apontem para uma importância dada pela instituição para o instrumento como base para as intervenções (Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana, São Paulo – SP).

Os projetos existentes são elaborados por uma equipe multiprofissional quando da internação do paciente e não são reavaliados no decorrer do tempo. Não há participação do internado e nem dos seus familiares. (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC)

Usuários referem não participarem da construção conjunta do PTS,

18 Conforme a discussão sobre consentimento no capítulo 2.

19 Além dos cinco estabelecimentos destacados, os demais são: Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM); Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR); Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP); Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP); Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP).

tampouco podem opinar sobre o próprio tratamento, inclusive medicamentoso. As pessoas internadas afirmam a obrigatoriedade de participação em todos os grupos terapêuticos oferecidos, podendo a recusa ser compreendida com o intercorrência pela equipe técnica. A ausência ou não participação nas atividades só podem ocorrer com justificativa médica. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR)

Chamou atenção que dez relatórios estaduais destacaram que os PTS tratavam-se de informações padronizadas, sem espaço para a expressão da singularidade das pessoas, conforme demonstram os fragmentos abaixo:

O Plano Terapêutico está centrado em atividades obrigatórias e padronizadas para todos. Solicitados cinco PTS à instituição, identificou-se que todos os planos compartilhados previam a participação em grupos com os profissionais da equipe, sejam diários ou semanais, sem apresentar as necessidades de saúde do usuário, os objetivos das ações, a proposição de estratégias em articulação com outros atores sociais ou serviços, e a temporalidade prevista, conforme ilustrado abaixo (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

O Projeto Terapêutico Singular utilizado pela equipe do hospital trata-se de formulário impresso com campos definidos para cada profissional e com alternativas de ações. Por exemplo, no campo Psicologia, podem-se encontrar as seguintes alternativas para serem assinaladas pelo profissional: preservar contato com a realidade; conscientizar o paciente de sua problemática; atender em grupo operativo; atender individualmente; resgatar a auto-estima; trabalhar a socialização; avaliar o estado emocional do paciente; atendimentos familiares; auxiliar o paciente a reestruturar planos coerentes para sua ressocialização (Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente – SP).

Foi entregue, conforme solicitado, a cópia de alguns documentos de registro de PTS. Observou-se que tratava-se de formulário padronizado, mas cujo preenchimento era incompleto, e priorizava as informações sobre o motivo da internação, diagnóstico, medicação utilizada, especialistas que fizeram o acompanhamento e sua frequência (em geral apenas médica(o), psicóloga(o) e assistente social). (Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói – RJ).

No Projeto Técnico Institucional (PTI) do hospital consta a elaboração do Projeto Terapêutico Singular para todos os usuários de forma a personalizar o atendimento. Porém, na visita de inspeção observou-se que as ações que constam nos PTS, em sua grande parte, não contemplam a

individualidade de cada usuário e suas necessidades de saúde. Todos os PTS eles são muito parecidos e alguns até mesmo idênticos, sendo que a própria estrutura de funcionamento da Unidade justifique tal fato. (CAIS Clemente Ferreira, Lins – SP).

O documento PTS parece seguir uma lógica padronizada, não singular, havendo muita semelhança entre os PTS de todos os moradores e não havendo indícios de singularidade tanto no processo de construção do mesmo quanto no conteúdo. (Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana, São Paulo – SP).

Foram entregues cinco cópias de Projetos Terapêuticos Individuais de pacientes recém internados. Nota-se que todos os PTIs contêm as mesmas informações escritas – estimulação da linguagem e autocuidado, acompanhamentos psicológico e psiquiátrico, terapia ocupacional – podendo inferir que as(os) profissionais responsáveis não estão levando em consideração as idiossincrasias de cada paciente ao escrever o Plano Terapêutico Individual (Hospital Juliano Moreira, Salvador – BA).

A fragmentação dos Projeto Terapêutico por área profissional apenas expôs a dificuldade de diálogo e trabalho em conjunto entre os diferentes setores, também identificada nas entrevistas realizadas (Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque, Arapiraca – AL).

A realização de reuniões periódicas para discussão dos PTS, com a finalidade de discutir os casos novos e antigos, acompanhar as evoluções, revisar as ações e condutas propostas, além definir novos rumos, deve estar entre as ações estratégicas das instituições de saúde que possuem como objetivo primordial o cuidado em saúde.

No entanto, a Inspeção Nacional demonstrou que em quatorze²⁰ instituições não são realizadas qualquer tipo de reunião, sendo que dos vinte e dois estabelecimentos que realizam, em dez há informação que a periodicidade é no mínimo semanal, um informa que é quinzenal, um informa que varia

20 Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM); Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA); Casa de Eurípedes (Goiânia – GO); Clínica São Francisco (São Luís – MA); Clínica La Ravardiere (São Luís – MA); Instituto de Psiquiatria da Paraíba (João Pessoa – PB); Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros – PE); Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ); Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ); Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ); Clínica Nosso Lar Adamantina (Adamantina – SP); Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP); Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP).

conforme a unidade de internação, podendo ser semanal ou quinzenal, dois informam ser mensal, em três a cada bimestre ou trimestre e cinco não informaram periodicidade. Esses dados corroboram a compreensão de que tais reuniões não possuem a finalidade de discutir os PTS de maneira singular e de todas as pessoas internadas, uma vez que.

Conforme descrito acima, pode-se afirmar que a Inspeção Nacional não constatou nenhuma instituição que possuísse Projeto Terapêutico Singular como norteador do cuidado, baseado nas diretrizes do Ministério da Saúde, da Convenção sobre as Pessoas com Deficiência e na lei Brasileira de Inclusão.

Essa realidade é preocupante, já que afeta diretamente a qualidade da assistência prestada, promovendo um local de segregação e de sistemáticas violações de direitos das pessoas internadas.

Dois relatórios estaduais destacaram as “fugas” de pessoas internadas como algo frequente nas instituições. Tais situações devem ser analisadas à luz da discussão acerca de consentimento já realizado neste relatório, destacando que a ausência de compreensão e, por consequência, de sentido sobre o tratamento proposto para a pessoa internada, são os gatilhos para o desejo de a pessoa internada deixar a instituição.

Nesse sentido, é responsabilidade da instituição construir ações com a rede de suporte social das(os) usuárias(os) e a rede de serviços extras hospitalares com a finalidade de garantir a continuidade do cuidado de maneira comunitária, não em privação de liberdade. Ademais, destaca-se que o termo “fuga” aqui empregado, é uma contradição em si, pois – segundo os parâmetros legais – uma pessoa internada tem o direito de interromper seu tratamento e ir embora sem que sua vontade seja obstruída o que, portanto, não pode ser considerada como fuga.

Abaixo destacamos os fragmentos dos relatórios que destacam essas situações:

Em relação às fugas, há bastante tentativas e algumas delas acabam bem sucedidas. Adolescentes alegam que como não há nada a ser feito no local, quase nenhuma atividade é oferecida, e ainda não podem sair dali para algum passeio nem mesmo em outros espaços do hospital, muitas vezes alguns fogem apenas para dar uma volta e já retornam ao hospital (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP).

Foi realizada conversa com um dos usuários, que cumprimentou a todos, autônomo, que segundo a equipe é articulado e independente, original de Araras, sendo citado por funcionário que “ele escala tudo para fugir.” (Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP).

Um dos relatórios estaduais destacou que a organização institucional tem mais caráter de disciplinarização e ações voltadas exclusivamente para remissão de sintomas:

A equipe de disciplina é descrita no Projeto Técnico Institucional como aquela que atua a todo tempo com os pacientes seja nos momentos de atividades com outros profissionais seja no contexto da rotina diária, sendo referência de organização, boa postura, adequação às regras e estímulo à participação e autonomia, em prol da ordem e da disciplina. Em todas as unidades de internação ocorrem grupos semanais com o disciplinador, para reforçar normas e combinados, bem como mediar possíveis atritos de convivência (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

Trinta e três²¹ relatórios estaduais destacaram que os estabelecimentos inspecionados possuem ausência de atividades terapêuticas, individuais, coletiva e de lazer, promovendo um cotidiano repetitivo, no qual as pessoas passam a maior parte do tempo sem ter o que fazer. Abaixo destacamos trechos de sete relatórios para ilustrar tal afirmação:

21 Além dos sete destacados nos trechos os demais são: Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM); Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA); Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA); Hospital Especializado Lopes Rodrigues (Feira de Santana – BA); Hospital de Saúde Mental de Messejana (Fortaleza – CE); Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo (Anápolis – GO); Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO); Clínica São Francisco (São Luís – MA); Hospital Nina Rodrigues (São Luís – MA); Clínica La Ravardiere (São Luís – MA); Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG); CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT); Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa – PB); Instituto de Psiquiatria da Paraíba (João Pessoa – PB); Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR); Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR); Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ); Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ); Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ); Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ); Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (São José – SC); Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP); Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP); Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP); Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP); Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP).

Apenas nas unidades abertas fem e AD há rotina com grade horária estruturada. Nas demais unidades, identificou-se que os pacientes ficam ociosos grande parte do dia. (Clínica Professor Paulo Guedes, Caxias do Sul – RS)

Foi relatado e verificou-se, que os pacientes ficam a maior parte do tempo sem atividades e com poucas(os) profissionais para realizar as intervenções necessárias. Na unidade infanto-juvenil, foi observado, os adolescentes estavam sem nenhuma atividade a não ser assistir televisão ou algum entretenimento proposto pelas técnicas de enfermagem. (Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre – RS)

Em detrimento com o apresentado pela direção e algumas(ns) profissionais, a partir de alguns relatos ficou aparente a ausência de projeto terapêutico conforme previsto na política de saúde mental, tendo poucas atividades no local, deixando os pacientes bem ociosos (Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, Fortaleza – CE).

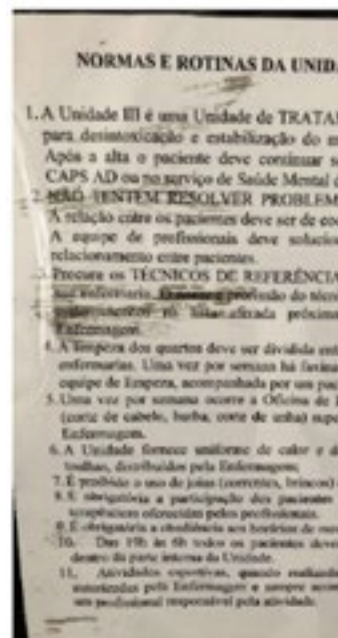
A enfermaria especial feminina possui uma parte externa coberta, onde há uma TV e uma mesa usada para desenhar, uma parte externa descoberta, um consultório e a enfermaria onde ficam as camas. As únicas atividades realizadas pelas pessoas internadas são desenhar e ver TV. Não há projetos de acompanhamento que prevejam atividades diversificadas e o tratamento é basicamente medicamentoso. (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria-Itapira – SP)

[...] uma(um) das(os) usuárias(os) relatou que as atividades no hospital são ver TV e Tablet (adquirido com dinheiro do benefício que recebe [...]) As(Os) usuárias(os) desta unidade praticamente não possuem atividades disponíveis e não possuem acesso às áreas de lazer externas. (CAIS Clemente Ferreira, Lins – SP)

Embora tenha sido apresentado um Projeto Terapêutico, o que foi constatado na inspeção foi a ociosidade dos internos, que ficam circulando pelo pátio ou deitados nas enfermarias. (Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque, Arapiraca – AL).

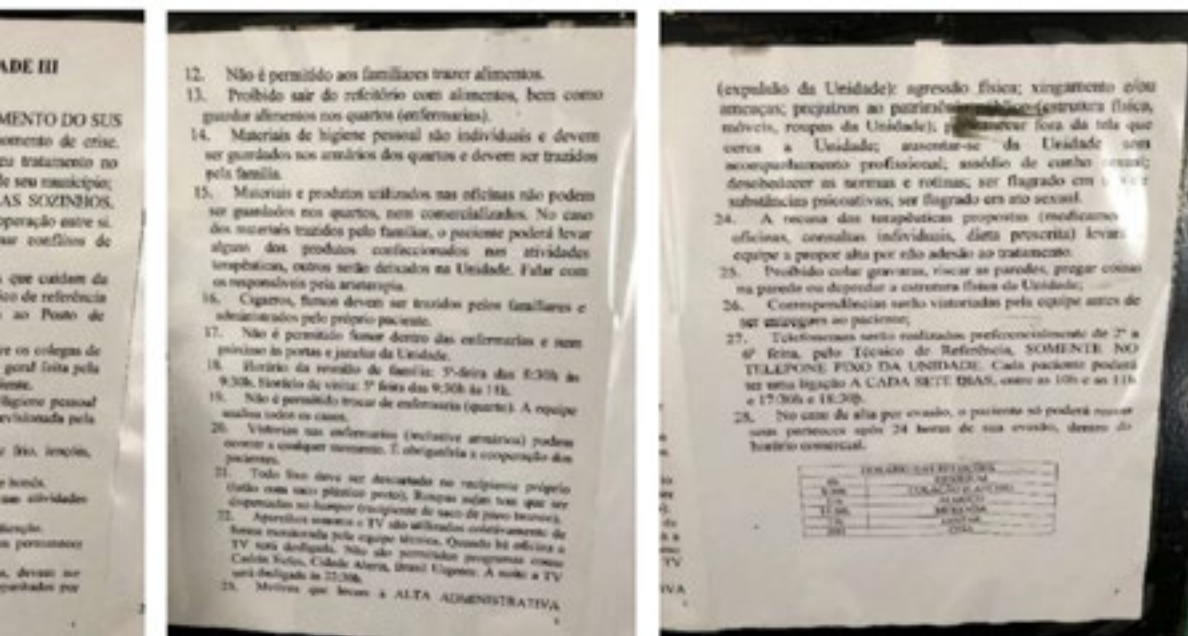
As(Os) pacientes ficavam sem atividades, sem atendimentos, restando um ou outro atendimento médico ou atendimentos pontuais que pareciam não ter nenhuma conexão com o PTS, visto que esse não foi identificado (Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE).

Pelos relatos acima, vê-se que na maior parte das instituições visitadas não há uma proposta objetiva e clara de tratamento, mas apenas uma lógica de segregação.



3.1.4 Atenção à pessoas internadas em decorrência do uso de álcool e outras drogas

Fotografia 38: Hospital Adauto Messejana, Cuiabá – MT. Registro fotográfico das Normas e Rotinas da Unidade III, destinada às pessoas internadas por necessidades decorrente do uso de álcool e outras drogas no CIAPS.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

A atenção dispensada ao público internado em decorrência do uso de álcool e outras drogas não pode deixar de merecer destaque, particularmente em razão da sua conexão com outras temáticas extremamente sensíveis e marcadas por sérias divergências de abordagens, como as políticas criminal e de segurança pública.

A questão do uso de álcool e outras drogas e do tratamento do sofrimento decorrente de seu uso apresenta-se como um grande desafio social e legal e possui diferentes formas de abordagem. O Ministério da Saúde por meio do *Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas* faz um breve retrospecto:

As políticas públicas no Brasil direcionadas a pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas surgem no início século XX, influenciadas pelas convenções internacionais das Organizações das Nações Unidas (ONU): a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961; a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971; e a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988. Esse cenário resultou em formas distintas de abordagens, marcadas pela criminalização e exclusão dos usuários de drogas, e intervenções repressivas, sem distinção entre uso e tráfico.²²

No âmbito criminal, é notória a escalada do Brasil na produção de políticas que ampliam a abrangência punitiva em torno do uso e comércio de substâncias ilícitas. Subscritor da Convenção Internacional do Ópio de Haia em 1912 – primeiro tratado internacional sobre o tema das drogas –, o Brasil internaliza a referida norma com o Decreto nº 14.969/1921, que “aprova o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicômanos”,²³ primeira figura

22 BRASIL. Ministério da Saúde. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD. 2015. p. 13. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrategico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de-álcool-e-Outras-Drogas-Guia-AD-.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2019.

23 BRASIL. Decreto nº 14.969, de 03 de setembro de 1921. Aprova o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicômanos. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14969-3-setembro-1921-498564-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 10 out. 2019.

(toxicômano) usuária de drogas em geral, estipulada em lei. É decreto pioneiro a expressar a preocupação oficial com a circulação e consumo de drogas. Contextos que mobilizam, também nessa mesma norma, os temas sociais (sanatórios) e criminais (penalidades). A partir daí, o Brasil se enfileira entre os países signatários dos principais documentos internacionais, capitaneados pela tríade Convenção Única sobre Narcóticos de 1961, Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971 e Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Narcóticos e Substâncias Psicotrópicas de 1988, todas no âmbito das Nações Unidas, organização que, atualmente, passou a reconhecer que a “guerra às drogas” - vocalizada pelos Estados Unidos - nunca prosperou ao nível do investimento e dos danos sociais inerentes.²⁴

No campo social, seja com as políticas de atenção às pessoas com DST/AIDS, seja com as de atenção psicossocial, foi o Sistema Único de Saúde que liderou programas de produção de cuidado às(aos) usuárias(os) de drogas, independentemente de sua condição jurídico-criminal.

A lógica da institucionalização de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas está inserida na mesma esteira histórica das pessoas com transtornos mentais. Sob a mesma justificativa do cuidado moral e ocupando o mesmo papel que a loucura ocupou (e ainda ocupa) historicamente, as pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas são submetidas à privação de liberdade, também, sob o falso manto do cuidado.

Do ponto de vista do Estado, a prática de internação involuntária e compulsória (ilegal para finalidade de tratamento como vimos no capítulo anterior) têm se tornado, para algumas unidades da federação, uma ferramenta de promoção de higienização das ruas, nas quais a população em situação de rua tem se tornado alvo de ações truculentas e que em nada podem ser

24 Cf. UNITED NATIONS ON DRUGS AND CRIME. Escritório de Ligação e Parceria no Brasil. ONU lança diretrizes internacionais para políticas de drogas baseadas em direitos humanos. Disponível em: <<https://www.unodc.org/lpo-brasil/pt/frontpage/2019/03/onu-lana-diretrizes-internacionais-para-politicas-de-drogas-baseadas-em-direitos-humanos.html>>. Acesso em: 10 out. 2019.

NAÇÕES UNIDAS, BRASIL. Guerra às drogas: novas soluções anunciam fim da repressão ao consumo no Ocidente, destaca ONU. Direitos Humanos. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/guerra-as-drogas-novas-solucoes-anunciam-fim-da-repressao-ao-consumo-no-ocidente-destaca-onu/>>. Acesso em: 10 out. 2019.

comparadas com cuidado em saúde. Comunidades terapêuticas²⁵ e hospitais psiquiátricos são os cenários comuns à essa população, pois, em nome da saúde, essas pessoas são apagadas dos tecidos sociais.

Mas se é verdade que as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas e as pessoas com transtornos mentais têm elos de conexões históricas sobre a percepção social e encontram na ação do Estado, por vezes, situações desfavoráveis para lidar com seus problemas, a exemplo da violência e da privação de liberdade, é verdade também que ambas populações são conectadas pelo mesmo arcabouço normativo nacional e internacional. Isso significa dizer, e é dessa premissa que se parte a avaliação sobre as garantias legais, de que as pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas encontram nas legislações de saúde mental as mesmas garantias de direitos em que estão inseridas as pessoas com transtornos mentais.

Dessa forma, a garantia do consentimento livre e esclarecido sobre seu tratamento, o direito à recusa de se tratar, a perspectiva de cuidado em liberdade, de maneira comunitária, a ilegalidade da internação compulsória para fins de tratamento e a possibilidade de internação involuntária somente à situações de emergência, são dimensões de garantias que devem ser observadas às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas no Brasil.

25 Sobre as comunidades terapêuticas, vale destacar o Relatório Nacional de Inspeção em Comunidades Terapêuticas realizado pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, pelo Ministério Público Federal por meio da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (MPF/PFDC) e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), que retrata a sistemática violação de direitos humanos em instituição dessa natureza. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2019.

Em vinte e sete²⁶ dos estabelecimentos inspecionados verificou-se a presença de leitos específicos para internação de pessoas em sofrimento decorrente do uso de álcool e outras drogas, sendo que em quatorze deles não havia informação a esse respeito. Verificou-se que em algumas instituições, contudo, os projetos de cuidado das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas possuíam alguns aspectos específicos :

- a. O tratamento pré-definido, a despeito das reais necessidades das pessoas:

A inspeção identificou que o cuidado terapêutico desta Instituição às pessoas em sofrimento mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas não atende aos requisitos propostos pela Política de Saúde Mental. A instituição não apresentou Projeto Terapêutico Institucional e Projeto Terapêutico Singular que realmente construam possibilidades de atenção integral à pacientes e familiares, promovendo a cidadania, reintegração social e cuidado no território. Não há a efetivação de trabalho articulado com as Redes de Atenção à Saúde e RAPS, violando os direitos garantidos pela Constituição e a Lei nº 10216. (PAX Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO).

Uma fala em especial vindo da equipe técnica nos preocupou: ao indagarmos sobre usuários que estavam na unidade por uso problemático de drogas, foi relatado o caso do usuário que é alcoolista e que já havia estado antes na unidade, mas que dessa vez, segundo palavras da técnica, “vai ficar um bom tempo, porque como ele arranja problema fora

26 São eles: Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca – AL), Hospital de Saúde Mental de Messejana (Fortaleza – CE), Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE), Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo (Anápolis – GO), Casa de Eurípedes (Goiânia – GO), Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO), Clínica São Francisco (São Luís – MA), Clínica La Ravardiere (São Luís – MA), CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT), Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa – PB), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR), Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ), Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ), Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ), Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS), Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (São José – SC), Clínica Nosso Lar Adamantina (Adamantina – SP), Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP), Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP), Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP), Cais Clemente Ferreira (Lins – SP), Hospital Psiquiátrico Espirita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP).

a psiquiatra não vai deixar sair tão cedo”. A grande maioria dos entrevistados estava com internação involuntária por ordem judicial, o que pareceu ser a resposta padrão ao uso abusivo de drogas [...] Já existiu a ocorrência de caso em que um funcionário fornece drogas para pacientes, esse funcionário foi demitido, entretanto, o caso não foi anotado no livro de ocorrências. (Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ).

A maioria das internações é de longa permanência, com mais de um ano de internação ininterrupta, as mais antigas datando do ano de 2008. Havia internações determinadas judicialmente para casos de uso abusivo de álcool e outras drogas, em especial pelo uso de crack. (Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ).

Uma usuária da ala destinada às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas expressou o desejo de que a família participasse mais do tratamento. “Sinto falta da minha família, às vezes fico triste, quando acordo de tarde depois do almoço”. (Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, Salvador – BA).

Cinco usuários referiram que estavam internados voluntariamente encaminhados pelo CRATOD, mas estavam sendo impedidos de ter alta. Um deles havia acabado de sair de uma consulta e relatou que em atendimento pediu a alta e questionou sobre a medicação que estaria tomando. Segundo ele, o profissional teria afirmado que ele não precisava saber a medicação, que a alta dependia somente do médico, e teria dito em tom de ironia que se ele quisesse, naquele dia, poderia recorrer à equipe que estava fiscalizando o hospital. De acordo com os usuários entrevistados, há profissional que usa a medicação para conter os usuários “que são mais articulados”, ou seja, aqueles que se destacavam como liderança nas reivindicações dos usuários. Referiram também abuso de poder por parte de um profissional que em consulta disse algumas vezes: “Vocês acham que vocês têm poder? Quem tem poder é a minha caneta!”. Também reclamaram que colocam as pessoas com transtornos mentais junto às(aos) usuárias(os) de álcool e outras drogas. Disseram ainda que dias antes um usuário teria sofrido retaliação por ter discutido com uma funcionária, e acabou sendo levado para o isolamento. Referiram que foram punidos e foram impedidos de receber visita ou fazer ligação para os familiares, dias atrás, devido uma chave que sumiu e reforçaram que provavelmente sofreriam retaliação, por estarem conversando com os fiscais e pelo fato de alguns funcionários terem visto a movimentação de que iriam reclamar. Todos concordaram que havia duas formas mais comuns de retaliação: administração de medicação antipsicótica

em usuários sem sintomas psicóticos (mencionaram o haldol, a fim do usuário ter sinais de impregnação), e o encaminhamento para a ala de cuidado intensivo, onde são amarrados e sedados. Alguns dos presentes que passaram por essa ala referiram que presenciaram agressões físicas por parte de um funcionário. Todos afirmaram querer sair da instituição, não importando se teriam locomoção, ou não, para seguirem para seus destinos. (Associação Espírita Vicente de Paulo / Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP).

Na ala SUS foram identificadas mulheres grávidas, internadas por problemas com drogas, e um dos funcionários disse que não gostava de fazer isso, mas que levava essas mulheres para dar à luz e elas voltavam sem a criança [...] Pacientes relataram que na no Núcleo a carga de remédio é alta/aumentada, e que misturam todos os perfis, ao contrário das demais unidades [...] Um paciente internado por uso abusivo de drogas afirmou que “misturam com quem grita muito”, e que se angustiava com os gritos dos pacientes mais comprometidos [...] Em outro momento da entrevista o usuário fez solicitação para que o Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas (CRATOD): “Venha me buscar aqui e me levar para a minha família, quero passar o Natal e Ano Novo com eles, pois estou aqui e do nada me internaram e não sei o motivo e de forma incompreensível estou aqui.” (Instituto Americo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

- b. A participação nas atividades consideradas terapêuticas tem tom de obrigatoriedade e sua ausência implica em adiamento de alta médica, a despeito da evolução do caso:

Pacientes da ala de dependência química SUS relataram serem obrigados a participar das atividades propostas pela equipe, sob o risco de perderem pontos e retrocederem na escala de cores utilizada para representar o quadro de evolução de cada caso. Por conta dessa metodologia utilizada no tratamento, mencionaram que algumas pessoas se encontram internadas há quatro e até seis meses (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

- c. A obrigatoriedade de assinatura de termo de ciência ao adentrar na instituição, com fins de responsabilização:

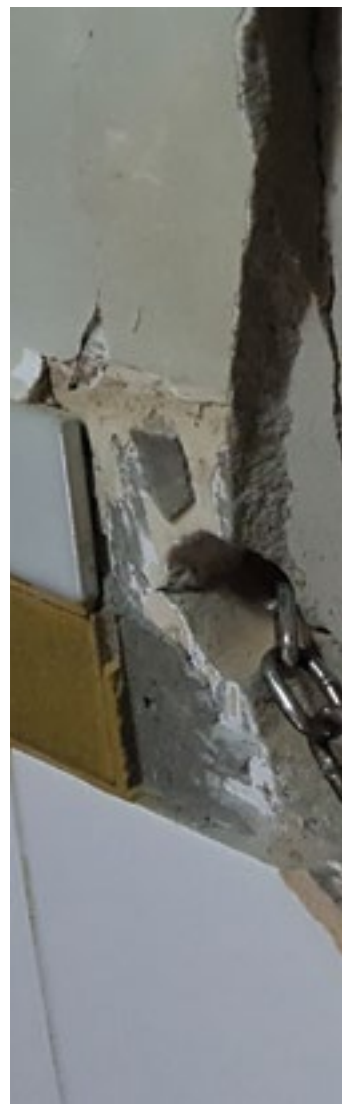
No entanto, quando se trata de usuário de outras drogas que não o álcool, o mesmo assina também um termo de ciência com teor policial-coercitivo e punitivo, contrariando as diretrizes do próprio Projeto Terapêutico Global da unidade (CIAPS Hospital Adauto Messejana, Cuiabá – MT).

Pelos relatos acima é possível verificar algumas situações que sinalizam diversas violações de direitos humanos. Sobre a pré-fixação do tratamento, há que se ponderar que o discurso de brevidade da internação – acompanhado pelo princípio da excepcionalidade – não deve se confundir, nem determinar – a fixação do tempo de tratamento. A previsão precisa do período necessário evoca outros modos de produção de cuidado que não o tipicamente baseado no modelo social, cuja temporalidade obedece a subjetividades e desejos que nem sempre serão respondidos do mesmo modo pelas equipes de saúde. Sentido não há em se determinar quantidade de dias de internação, sob pena de se violar os mais básicos direitos de natureza terapêutica, como os previstos no artigo 2º da lei 10.216/2001.

Quanto aos desafios disciplinares, como participação de atividades propostas pela equipe para a antecipação da alta, por motivos óbvios vê-se que eles são impertinentes, na medida em que a brevidade deve ser respaldada por motivações técnicas de cunho terapêutico. Assim, a barganha entre a alta clínica e a assiduidade em determinadas atividades configura um desvio da finalidade da assistência e, logo, infração à norma contida na mesma lei: artigo 2º, parágrafo único, II: “São direitos da pessoa portadora de transtorno mental [...] ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde”. Viola-se, com isso, o próprio direito à saúde em sua dimensão da qualidade.

Quanto à ciência ao paciente sobre as consequências penais do uso de substâncias ilícitas, vê-se flagrante violação aos direitos à privacidade (perante as informações de caráter penal), ao respeito (perante sua escolha em se tratar no âmbito da saúde) e à dignidade (perante a inserção de conteúdo constrangedor no acolhimento em serviço de saúde).

Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.



3.1.5 Castigos, Isolamento e outros espaços restritivos como forma de tratamento

Fotografia 39: Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC. Na foto abaixo, através de uma pequena janela de uma porta trancada com grossa corrente e cadeado, vê-se um paciente deitado em uma cama.



Inicialmente, é necessário constatar que a privação de liberdade, tendo como justificativa a existência de transtornos mentais e comportamentais, se opõe às diretrizes e normativos que dizem respeito ao atual modelo de cuidado em saúde, assim como aos direitos estabelecidos pela legislação vigente. Não bastasse o apertamento social dessa população, foi observado nas inspeções que, em determinadas instituições, os castigos, o isolamento e a restrição de comunicação externa aparecem como estratégias institucionais para o manejo das situações de crise. No entanto, tais estratégias não são consideradas como de cuidado, tampouco podem acontecer dentro de estabelecimentos de saúde, e são um dos exemplos mais flagrantes de tratamento desumano, cruel e degradante. Anexo XXV da Portaria de Consolidação nº 5, 03 de outubro de 2017, do Ministério da Saúde, é imperativo ao afirmar que é “proibida a existência de espaços restritivos” dentro dos hospitais psiquiátricos, a exemplo de celas fortes, nas quais as pessoas ficam trancadas, em locais específicos dentro da instituição.

Há de se destacar que qualquer sinal de resistência ao tratamento, como negação da internação, questionamento de alguma medicação ou não aceitação de participação em atividades, não é considerado como possibilidade pelas instituições, nem mesmo para compreensão da singularidade do sujeito, tampouco como oportunidade de usar de estratégias para readequação das propostas “terapêuticas” que mais fazem sentido àquela(e) usuária(o). Ao contrário: comumente resistências a tratamentos são consideradas inaceitáveis pelo método institucional, sendo necessário “corrigir” tal comportamento por meio de castigos, que incluem o isolamento, as diversas formas de contenção, às vezes a proibição de participação de poucas e raras atividades existentes nas instituições, de sair para o pátio ou de receber de visitas e ligações de pessoas afetivamente mais próximas a essas pessoas.

A Declaração da ONU para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental de 1991,²⁷ ao discutir o consentimento do usuário para o tratamento em saúde mental, também limita o emprego de restrição física ou isolamento.

Portanto, nesse Princípio, fica estabelecido que:

27 NAÇÕES UNIDAS. A Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental, de 17 de dezembro de 1991. Disponível em: <<http://www.dh-net.org.br/direitos/sip/onu/saude/smental.htm>>. Acesso em: 10 out. 2019.

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

Oposto ao que preconizam as regras internacionais de qualidade da assistência psiquiátrica ou do aparato normativo nacional, cotidianamente os usuários internados em hospitais psiquiátricos são submetidos a situações de violência operadas pela equipe de profissionais da instituição, que – ao contrário do que ocorre –, deveriam possuir como dever ético assegurar assistência livre de danos, de imperícia, de negligência ou imprudência.

Sob o falso paradigma da segurança da(o) paciente e das(os) trabalhadoras(es), as(os) usuárias(os) são submetidas(os) à medicação excessiva, à contenção mecânica diárias e ao isolamento em quartos sem nenhum suporte (contenção espacial). Não foi incomum a descrição de enfermarias nas quais as(os) usuárias(os) passam a maior parte do tempo trancados, sem a presença de nenhuma(um) profissional de saúde, sob responsabilidade delas(es) próprias(os) a mediação dos conflitos.

Nesta Inspeção Nacional verificou-se a existência espaços de isolamento – Cella forte em dezessete²⁸ estabelecimentos inspecionados, fato de extrema gravidade. Abaixo destacamos alguns trechos:

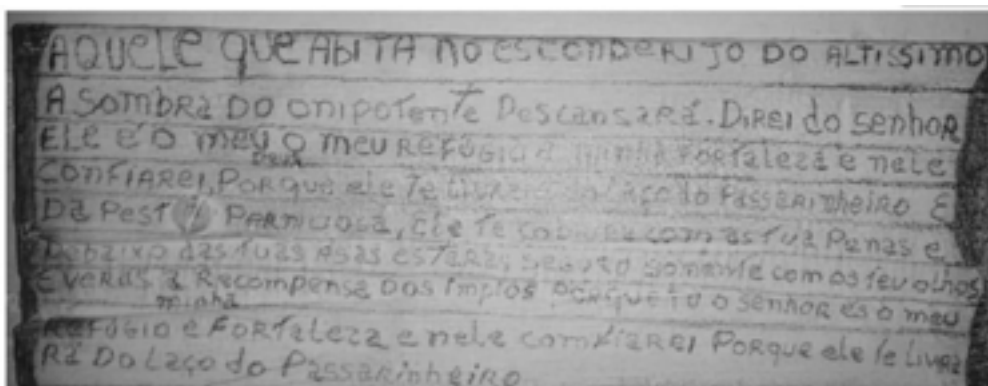
28 Além dos destacados, os demais são: Casa de Eurípedes (Goiânia – GO); Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG); Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa – PB); Instituto de Psiquiatria da Paraíba (João Pessoa – PB); Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros – PE); Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ); Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ); Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS); Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS); Clínica Nosso Lar Adamantina (Adamantina – SP); Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP); Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP); Instituto Americo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP).

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

A equipe de inspeção verificou na Unidade Intensiva a existência de um quarto de isolamento/contenção com porta de ferro com pequena abertura e tranca externa, janela alta com grade e sem cortinas, com duas camas de metal sem colchões (Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente – SP).

Tanto na ala masculina, quanto na feminina, existe sala destinada ao isolamento, com porta e cadeado, utilizada para usuário em contenção mecânica. A equipe informou que o isolamento dos usuários é evitado e só realizado quando o usuário não responde aos comandos e mantém-se agitado ou agressivo, de forma a colocar em risco sua integridade, dos outros(os) usuáries(os) e dos trabalhadores. (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC).

Fotografia 40: Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente – SP: Inscrição religiosa feita na parede na sala de contenção/isolamento.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

Alguns usuários também relataram a existência de um quarto de isolamento, referindo-se ao “quarto das cordas”, em alusão ao local onde são realizadas as contenções mecânicas [...] A maioria dos quartos (Ala de Transtornos Mentais, masculina) possui fechadura com tranca nas portas, inclusive o quarto individual, o que chamou a atenção da equipe de visita, considerando a possibilidade de práticas de isolamento. Houve relatos de pessoas internadas indicando situações de isolamento nesta ala, marcada pelo confinamento de usuários trancados nos quartos, ainda que geralmente os quartos permaneçam destrancados à noite para livre circulação dos usuários. (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR).

Voltando as sanções disciplinares, a direção afirma que não existem espaços de confinamento, isolamento e castigo na unidade. Mas, apesar disso, foram encontrados, nas enfermarias, quartos com apenas um leito. Ao questionar o funcionário que estava acompanhado a equipe se aquele espaço seria um espaço de isolamento, o mesmo afirma que era um local para contenção dos internos mais graves e agressivos, ou para algum paciente que estivesse com alguma doença infecto contagiosa (Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ).

A prática segregativa e discriminatória não encontra ressonância nem nas diretrizes formuladas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nem na legislação específica dos direitos dessa população. Mesmo em casos extremos, como os de privação de liberdade em penitenciária, ficam proibidas restrições ou sanções que impliquem em confinamento, uso de instrumentos de imobilização e perda de contato familiar, conforme a regra 43 das Regras de Mandela, que são voltadas para o tratamento mínimo das Nações Unidas a ser dispensado à população carcerária, a saber:

1. Em nenhuma hipótese devem as restrições ou sanções disciplinares implicar em tortura ou outra forma de tratamento ou sanções cruéis, desumanos ou degradantes. As seguintes práticas, em particular, devem ser proibidas:
 - (a) Confinamento solitário indefinido;
 - (b) Confinamento solitário prolongado;
 - (c) Encarceramento em cela escura ou constantemente iluminada;
 - (d) Castigos corporais ou redução da dieta ou água potável do preso;
 - (e) Castigos coletivos.
2. Instrumentos de imobilização jamais devem ser utilizados como sanção a infrações disciplinares.

3. Sanções disciplinares ou medidas restritivas não devem incluir a proibição de contato com a família. O contato familiar só pode ser restringido por um prazo limitado e quando for estritamente necessário para a manutenção da segurança e da ordem.

Se no regime mais rigoroso - quando a privação de liberdade tem como origem a prática de um crime e a pessoa é direcionada ao sistema prisional – é vedado o isolamento, o confinamento solitário das pessoas e a prática de castigo, torna-se impensável que um equipamento de saúde exerça tais práticas e, ao exercê-las, use como justificativa o cuidado ou que isso seja terapêutico. Entretanto, os fragmentos abaixo demonstram que tais práticas não apenas estão presentes nas dez instituições destacadas, como fazem parte de uma organização cotidiana, não se tratando, portanto, de casos isolados.

Houve relatos de sanções disciplinares, tendo as pacientes relatado que são ameaçadas de serem algemadas, que são humilhadas e que se fazem algo errado, não permitido, ficam quinze dias de castigo, fora das atividades. (Hospital Nina Rodrigues, São Luís – MA).

Dois usuários entrevistados relataram tentativa de fuga. Um deles relatou que, como consequência, perdeu o direito de ir à cantina. (Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói – RJ)

Em conversa com homens internados na enfermaria especial SUS, foi referido que a ala especial é classificada como a “ala dos castigos”. Trata-se de um espaço isolado, no térreo do prédio onde estão internadas pessoas via SUS, com capacidade para oito pessoas, para tratamento por tempo limitado à adequação do usuário. Todo o espaço denominado pátio é coberto por telas – semelhante ao pátio de penitenciária para banhos de sol. É separado das demais dependências do hospital por uma porta que leva ao consultório, que só é acessado quando o médico chama os usuários. É considerado castigo para os que apresentam comportamentos considerados inadequados. É um espaço de confinamento/isolamento coletivo em que as pessoas lá permanecem até que sejam consideradas aptas a “subir” para as alas. São encaminhados para esse espaço pessoas que tentam fuga, que brigam entre si ou com funcionários, ou que descumprem as regras da instituição. Segundo os usuários, os funcionários do hospital ameaçam encaminhar para este local os pacientes que apresentam alguma resistência, questionamentos ou brigas. Todos os pacientes entrevistados relataram ser um local de castigo. Não podem sair, ficando confinados naquele espaço sem possibilidade de transitar para os demais espaços de convivência do hospital. As visitas de parentes são reduzidas a quinze minutos dentro

desse espaço (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

Rotineiramente, como forma de sanção, os usuários são encaminhados para seus quartos, sendo que muitos destes possuem portinhola vazada que impede a passagem, sob a justificativa de serem observados no caso de qualquer intercorrência. São também encaminhados à unidade de intercorrência (Narciso Gomes) com frequência, onde podem permanecer por vários dias, devendo este encaminhamento ser justificado por intercorrência psiquiátrica. No entanto, percebe-se que a transferência de unidade é frequentemente usada como medida disciplinar. A fim de ilustração, verificam-se os seguintes registros em livro de intercorrência do SUS “(Nome da usuária) – proibido entregar a garrafa com água e flores, pact (paciente) pegando flores e colocando dentro da garrafa, Dr. ... orientou retirar a garrafa e orientar que se ela não aceitar, descerá para o Narciso”. Em outro registro consta “(Nome da usuária) desceu do Arceu para o Narciso, devido estar chorando, gritando, solicitando a mãe, e querendo ir embora, permanecerá até segunda-feira (registro feito em uma quinta-feira), onde será reavaliada, medicada conforme ordem via fone do Dr. ... com um comprimido de Neozine 50 mg”. (Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP).

Pacientes dessa enfermaria narraram que há um quarto de castigo na parte masculina, designado por quarto nº 24, onde os internos seriam “enforcados”, mantidos amarrados e onde sofreriam agressões de enfermeiros nos casos em que tivessem crise ou nos casos em que “dessem muito trabalho”. No que se refere a “dar trabalho”, os pacientes exemplificaram casos em que há brigas entre pacientes, e desobediência aos funcionários, momentos em que pacientes estão gritando ou outros motivos que aborreçam os enfermeiros ou técnicos de enfermagem (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO).

Houve um relato verbal de uma funcionária sobre castigo para um interno que tem comportamentos agressivos e que em alguns momentos feriu outros residentes e que quando têm essas atitudes fica sem acesso a suas camisas que é algo que ele tem grande estima (o uso de camisas sociais) e lhe é dado somente camisetas esportivas (algo que não lhe agrada) como consequência de sua atitude agressiva (Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente – SP).

Também foi observado que no ato de qualquer ação que saia da rotina ou que a equipe entenda que foi um “mau comportamento”, há alguns “castigos”, que variam dependendo do grau, como não descer para o pátio, não participar de alguma atividade, ou até mesmo ser contido e medicado (Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, Fortaleza – CE).

Porém, segundo o relato de um interno que estava sozinho na ala masculina, enquanto os demais estavam no pátio, ele estava de castigo porque foi pego pulando o muro para entrar no hospital após ter saído para fumar cigarro, porque é proibido fumar no HP. Segundo ele, o castigo geralmente é o mesmo para qualquer “infração” e/ou agudização dos sintomas de agitação/agressividade, a saber, uma injeção para contenção, contenção física no leito e uma semana sem sair da ala. Essa informação foi confirmada pelo relato de outra interna (Clínica Nosso Lar Adamantina, Adamantina – SP).

O descumprimento de regras por parte dos usuários da unidade Jelinek é compreendido como intercorrência e pode acarretar castigos, tal como o “duplo”. O duplo é quando a pessoa internada é obrigada a ficar sentada em cadeira no pátio durante quatro horas, “cuidando” do pátio. Normalmente os usuários desta ala já possuem uma escala para o revezamento desta função no pátio, com duração de duas horas. Nas situações de “intercorrência” o tempo é duplicado para quatro horas. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR)

Há relato de que “de brincadeira” alguns profissionais ameaçam levar os pacientes “para as cordas”, ou seja, para contenção mecânica. (Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ)

Foi possível registrar também que o próprio questionamento do tratamento (um direito dos pacientes) é motivo de castigos, conforme relato da visita ao Instituto Américo Bairral de Psiquiatria:

Além da punição diante da recusa em participar das atividades, os pacientes contaram que também são penalizados quando fazem qualquer tipo de questionamento, sendo contidos mecânica e quimicamente nessas ocasiões, por meio de injeções do medicamento Haldol, sob a justificativa de que estariam exaltados. Conduta semelhante foi informada com relação às queixas que fazem para seus familiares sobre o local, pois nessas ocasiões a equipe tentaria justificar a reclamação a partir do próprio quadro de saúde do paciente, informando que ocorria em função do grau de agitação e ansiedade que seriam esperados no período de desintoxicação. (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

A justificativa, adotada por algumas instituições, de que o isolamento, a contenção e o castigo são as únicas medidas a serem tomadas não encontra qualquer fundamento legal, tampouco terapêutico, e é, por si só, a admissão da prática de tratamento cruel, desumano e degradante.

Nos termos dos Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental (Princípio 11, item 11),²⁹ os castigos e o isolamento devem ser prática abolidas imediatamente das instituições psiquiátricas, sob pena de punição dos responsáveis, tendo em vista os direitos das pessoas internadas.

29 ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. A Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental, 1991. Princípio 11.11: Não deverá se empregar a restrição física ou o isolamento involuntário de um usuário, exceto de acordo com os procedimentos oficialmente aprovados, adotados pelo estabelecimento de saúde mental, e apenas quando for o único meio disponível de prevenir dano imediato ou iminente ao usuário e a outros. Mesmo assim, não deverá se prolongar além do período estritamente necessário a esse propósito. Todos os casos de restrição física ou isolamento involuntário, suas razões, sua natureza e extensão, deverão ser registrados no prontuário médico do usuário. O usuário que estiver restringido ou isolado deverá ser mantido em condições humanas e estar sob cuidados e supervisão imediata e regular dos membros qualificados da equipe. Em qualquer caso de restrição física ou isolamento involuntário relevante, o representante pessoal do usuário deverá ser prontamente notificado.

3.1.6 Contenções físicas e mecânicas

Fotografia 41: Instituto Americo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP. Sob uma prateleira, encontram-se numerosos dispositivos usados para fazer contenção mecânica de pacientes.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

A Inspeção Nacional verificou que a prática da contenção mecânica é corriqueira no cotidiano nas instituições visitadas. Em trinta e uma instituições foi possível averiguar tal prática, seja com o flagrante de pessoas contidas no dia da inspeção, seja através dos registros nos prontuários ou relatos de usuários e trabalhadores. Chamou atenção que, em muitos momentos, a contenção mecânica foi utilizada como estratégia de castigo, disciplinarização e retaliação, o que fere tanto os princípios da atenção à saúde quanto os direitos humanos das pessoas privadas de liberdade.

É fundamental nos debruçarmos sobre a prática da contenção mecânica, dada sua natureza de impedir um sujeito de se movimentar, seja através do emprego da força física de outros sujeitos, da força contensora dos objetos ou, em boa parte das vezes, da força química advinda do uso da medicação. Por esse motivo, a contenção mecânica é um ato que, por um lado, coloca em risco a integridade física dos sujeitos; por outro, para além do risco, pode produzir danos à integridade mental, visto o estado de imobilização e de perda de possibilidade de autodefesa.

Apoiamos aqui a análise à luz das considerações feitas sobre o Consentimento, que foi amplamente debatido ao longo do capítulo 2 deste relatório. As contenções mecânicas, provavelmente se inserem no contexto das ações que são realizadas sem o prévio consentimento da(os) usuária(os), isso quando são realizadas como estratégia de atuação nas situações de crise, entretanto não é justificável nem como primeiro método de escolha para intervenção nessas situações, menos como ação que pode ser realizada de maneira rotineira. Tratando-se a contenção mecânica de uma medida de restrição de liberdade, tal procedimento deve circunscrever-se única e exclusivamente nas situações de emergência, ou seja: quando a finalidade seja proteção à vida, tão somente.

Em quinze³⁰ relatórios foram destacadas situações de graves irregularidades/abuso, tais como pessoas que ficam constantemente contidas, uso

30 São eles: Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco/AC); Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus/AM); Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA); Hospital de Saúde Mental de Messejana (Fortaleza/CE); Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza/CE); Clínica São Francisco (São Luís/MA); Clínica La Ravardiere (São Luís/MA); Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara/PR); Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá/PR); Casa de Saúde Cananéia (Vassouras/RJ); Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis/RJ); Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre/RS); Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras/SP); Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal/SP); Instituto Americo Bairral de Psiquiatria (Itapira/SP)

da contenção como castigo decorrente de um comportamento não tolerado pela equipe de plantão, contenção de maneira inadequada, ausência de prescrição médica, pessoas contidas sujas de fezes/urina. Abaixo descrevemos as situações:

A contenção mecânica, aliada à química, é uma conduta bastante recorrente no acolhimento das crises. Vários relatos expressam com naturalidade a ocorrência desta medida caso fiquem agressivos, ou até inquietos (“andando muito, tirando a roupa”), ou diante do não cumprimento de regras mais sérias (“danações”). Foi observado também, que quando identificado casos de contenção mecânica, a prescrição encontrava-se desatualizada, mas de data pretérita: “Na primeira enfermaria, havia uma paciente contida e sem prescrição médica daquele dia que se referisse ao procedimento (Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, Fortaleza – CE).

Há um dispositivo que se assemelha a uma “camisa-de-força de leito”. Trata-se de um grande tecido com alças para amarração no leito, que “veste” a pessoa contida, deixando expostos somente a cabeça, os membros inferiores e superiores. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

Na ocasião da visita foram flagrados dois usuários em contenção mecânica, realizadas, respectivamente, no Posto 1 e no Posto 2 da ala masculina destinada às pessoas com transtornos mentais. O usuário contido no Posto 2 encontrava-se com diversos ferimentos no corpo, cujo aspecto denotava tratar-se de lesões recentes. Havia poça de sangue no lençol. Conforme relatado por ele, e confirmado por outros usuários que testemunharam o episódio, a situação de conflito foi deflagrada após recusa do usuário em utilizar um sabonete usado para tomar banho, alegando receio de pegar micose. A equipe de enfermagem haveria negado o pedido de entrega de um sabonete novo. Diante da agitação do usuário, alguns profissionais de enfermagem entraram em conflito corporal, o agrediram no pátio e o derrubaram no chão para imobilizá-lo, causando os machucados. Representantes da equipe de visita acompanharam o caso até a reavaliação médica e liberação da contenção mecânica. Cabe informar que a equipe de enfermagem afirmou que somente solicitaria reavaliação médica após transcorrida uma hora da contenção mecânica, ainda que o usuário estivesse consciente, calmo e estabelecesse um bom contato interpessoal, respondendo a todas as perguntas da equipe de visita de maneira clara e coerente. A conduta adotada pela enfermagem contraria os critérios de indicação da contenção mecânica estabelecidos no protocolo do próprio hospital, bem como pelas normativas que regulamentam o uso do procedimento pelos profissionais médicos e de enfermagem, os quais reconhecem

a contenção como medida restritiva a ser utilizada em situações de excepcionalidade. (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR).

Durante a visita a equipe fiscalizadora constatou que haviam duas idosas na enfermaria feminina em contenção mecânica abdominal, realizada com pequeno retalho de cobertor velho preso na cama e na região abdominal. Foi explicado pela equipe técnica que essa prática é comum na instituição, visto o grande número de pacientes idosas (Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ).

Fotografia 42: Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ. Na foto abaixo, paciente aparentemente idosa encontra-se contida com um farrapo de pano improvisado. Por debaixo do vestido levantado, nota-se que a paciente está vestida descompostamente e faz uso de fraldas.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

Verificou-se uma paciente contida mecanicamente durante todo o período que a equipe de visita esteve presente no Hospital. A justificativa da equipe para tal conduta é o “quadro neurológico” No período vespertino quando a equipe de visita voltou a Enfermaria Clínica, verificou sinais de garroteamento de membros superiores e inferiores[...] A contenção da referida usuária está em desacordo também com o Procedimento Operacional Padrão do estabelecimento. (Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre – RS)

Revelou que no dia em que chegou, já teria ido direto ao setor de isolamento pelo fato de estar agressivo e ter dado socos no vidro de uma janela. Disse que mesmo amarrado, conseguiu soltar as mãos e por este motivo foi amarrado novamente, assim como amarraram também suas pernas. Afirmou que passou a noite amarrado e o soltaram por volta das 11 h da manhã do dia seguinte (Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP).

Foi relatado que há um paciente com recomendação médica para ficar amarrado diariamente, por risco de queda e suicídio. (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP)

Segundo relatos, é frequente. Segundo relatos da direção e dos funcionários, não é oferecido treinamento para o uso da contenção nos pacientes. Os funcionários, segundo eles, “aprendem na prática”. Ainda segundo o relato do Diretor Técnico quando o interno está agitado ou agressivo, os técnicos e a enfermagem fazem a contenção mecânica, após o uso de medicação SOS, e de acordo com a resposta do paciente retiram a contenção. Em outro momento da inspeção, outra interna relata que ao ficar mais de um dia amarrada no quarto, “chorava e gritava”. A interna conta ainda que: “Agora não fico mais não (amarrada); tô aprendendo”. (Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ)

Relato: Diante do panorama apresentado enfatizamos a situação de uma usuária diagnóstica com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), que segundo relatos da equipe, não pode ser tirada da contenção em decorrência de possíveis atos autolesivos. (Hospital de Saúde Mental de Messejana, Fortaleza – CE)

[...] pelos relatos dos trabalhadores e de alguns usuários, foi possível constatar que as contenções mecânicas são realizadas amarrando-se os braços dos usuários para cima, com graves riscos de agravos à saúde da pessoa contida (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC).

Não há obediência aos protocolos de atendimento médico/psiquiátrico,

pois viu-se que a contenção mecânica é realizada de forma inadequada: atadura ou tecido em posição desconfortável (braço elevado e outro abaixado ou em flexão dos membros inferiores). Foi flagrada, ainda, paciente contida mecanicamente sem prescrição de contenção mecânica em prontuário médico (Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, Manaus – AM).

Quando chegamos ao COCI feminino, havia duas usuárias em contenção física sem que o procedimento tenha sido indicado pelo médico em prontuário e, quando questionado às enfermeiras, percebemos que as mesmas haviam sido contidas para “facilitar” o trabalho da enfermagem, uma vez que as mesmas “agitavam” o ambiente, não “parando quietas”. No COCI masculino, no momento de nossa chegada, também foi encontrado um usuário em contenção mecânica sem que houvesse prescrição da contenção em prontuário. As contenções mecânicas não atendiam à Resolução CFM nº 2057/2013 e Resolução COFEN nº 427/2012 (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

A OMS, com conjunto de ferramentas da “Direito é Qualidade” coloca como uma das diretrizes para avaliação da qualidade de funcionamento dos serviços de saúde mental a construção de alternativas para a contenção.

No contexto brasileiro, tal prática é regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), sob a Resolução nº 427/2012,³¹ que normatiza os procedimentos de enfermagem no emprego da contenção mecânica, e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), sob a Resolução nº 2057/2013,³² que consolida as diversas resoluções da área de psiquiatria, incluindo a prescrição da contenção mecânica.

31 BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 427/2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4272012_9146.html>. Acesso em: 10 out. 2019.

32 BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.057, de 12 de novembro de 2013. Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2057_2013.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

Uma fragilidade no campo é que, embora necessários e fundamentais a existência das resoluções que tratam sobre o tema, ambos atos regulatórios do exercício dos profissionais médico e de enfermagem são genéricos em alguns termos, o que pode trazer diversas possibilidades de interpretação e consequentemente intervenção.

A existência de protocolos para orientar a contenção mecânica é algo considerado estratégico para se evitar tanto o abuso, quanto para parametrizar as situações em que tal ação pode ser indicada, no entanto, somente a existência de protocolos não pode ser considerada como suficiente para regular o uso da contenção mecânica. Abaixo destacamos oito exemplos de fragmentos que descrevem tanto a ausência de protocolos, quanto, no caso de existir, sua falta de aplicabilidade por parte das instituições. A ver:

Sobre os protocolos deste método de intervenção, apesar de ser entregue, posteriormente a equipe da inspeção, os funcionários desconhecem os mesmos. Sobre a contenção química os funcionários relatam apenas que ministram medicação SOS prescrita pelos médicos, quando os internos estão “muito agitados”. O protocolo de contenção entregue a equipe, bem como o registro das contenções nos documentos enviados à equipe da inspeção, registram o tempo máximo de sessenta minutos. Alguns pacientes entrevistados relataram que ficaram de um a quatro dias contidos e que chegam a fazer as suas necessidades fisiológicas nas roupas, durante o procedimento. Durante a vitória, um paciente se aproximou, informou a equipe de inspeção que estava a quatro dias amarrado na cama, com as nádegas e costas perfuradas pelas injeções. Inclusive mostrou um ferimento aberto, próximo ao pulso, que disse ter sido feito pelas amarras. (Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ).

Em relação às contenções químicas e/ou mecânicas não foram mostrados protocolos ou quaisquer documentos que prevê tais condutas. Segundo alguns profissionais e também internos entrevistados, esses procedimentos acontecem em casos de agitação em situação de crise, diante de pacientes internos, se misturando a rotina diária da instituição (Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira, João Pessoa – PB).

No ponto, importa destacar que, nada obstante o HOSMAC haver encaminhado posteriormente um “protocolo” de contenção de paciente nominado “Grupo de oito”, percebe-se que tal “protocolo” não é adotado na prática. Com todo efeito, durante a inspeção, inclusive na entrevista com a direção ao final, foi informado que não havia protocolos na unidade para a realização da contenção mecânica. Ademais, insistentemente os trabalhadores de saúde, ao serem questionados durante a inspeção, revelaram que não

sabiam da existência desse documento. Por sua vez, o “protocolo” “Grupo de oito”, datado de novembro de 2007, dispõe no item quinze que o treinamento deve ocorrer semanalmente, o que se comprovou ao contrário pelos relatos sobreditos (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC).

Com relação às contenções, não foi encontrado procedimento operacional padrão para realizar contenção mecânica, assim como também não foi encontrado prescrição médica para a sua realização. Aparentemente, as idosas permaneciam contidas por um período longo. Ainda no prontuário das idosas contidas, verificou-se que não havia nenhuma informação sobre a contenção mecânica da equipe de enfermagem, quanto da equipe médica (Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ).

Embora haja protocolo de contenção física enviado pela clínica e folha específica para registro desta conforme anexo V, não foi observado na ocasião da inspeção nenhum formulário “Registro de Contenção Física” preenchido nos prontuários, mesmo daqueles usuários que foram vistos contidos nas cadeiras durante a refeição. Tampouco foram observadas prescrições médicas para tal conduta em outra parte do prontuário. (Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP).

O tempo máximo de contenção é de quatro horas, segundo o protocolo, mas, de acordo com relato de usuários esse tempo pode ser maior que o previsto. De acordo com relatos: Ainda afirma que ao chegar no Hospital ficou “amarrada por várias horas”, sem beber água e sem alimentar-se. Refere que permaneceu nessa condição por cerca de oito horas. Depois, relata que não conseguia dormir, ficando “amarrada na cama por oito dias. Há registro de que paciente é mantida constantemente em contenção mecânica para “evitar quedas”. O registro inicial para a contenção é iniciado no dia 05/12/2018 às 13 horas e segue com registro até o dia 07/12/2018. Hospital de Saúde Mental de Messejana, Fortaleza – CE).

Um paciente internado do Núcleo relatou que ficou amarrado a noite toda porque não quis tomar medicação (ficou com medo desta interagir com a medicação que já estava tomando). (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

No que pertine à prática de contenção mecânica, verificou-se que alguns pacientes apresentavam ferimentos em braços e pernas, o que conduz à conclusão de que se trata de uma prática recorrente da Clínica em questão e possivelmente realizada em desconformidade com os protocolos em vigência (Clínica La Ravardiere, São Luís – MA).

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

Fotografia 43: Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre – RS. A foto abaixo mostra a mão de paciente amarrada à cama. Aparentemente, há inchaço.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

Fotografia 44: Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre – RS. A foto abaixo mostra a mão de paciente amarrada à cama. Aparentemente, há inchaço.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

Fotografia 45: Clínica São Francisco, São Luís – MA. Na foto da esquerda, uma cadeira parece ser de uso próprio para contenção de pacientes. Na foto da direita, uma faixa de contenção é mostrada.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

Além das irregularidades descritas acima, chama atenção, que a contenção mecânica, por vezes é utilizada, como castigo ou retaliação por algum comportamento das(os) usuárias(os) considerado inadequado pelos profissionais na instituição. Abaixo destacamos três fragmentos de relatórios que descreveram falas de usuária(os) que afirmam a utilização da contenção como sanção:

Um jovem enfatizou aos fiscais que “vocês precisam tirar a gente daqui, é muito ruim, amarram nossos pulsos, pernas e a região da barriga para contenção” e que “sem motivo já é caso para amarrar” . [...] Pacientes confirmaram as práticas de contenção química e física nos casos de desobediência às normas, agressividade ou crises, efetuadas de forma violenta. (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

Os relatos das(os) usuárias(os) indicam que a realização de contenção mecânica acontece de forma arbitrária e cotidianamente, sem qualquer tipo de diálogo ou de característica terapêutica, apenas de modo punitivo. (Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA)

Quanto aos relatos na Ala Masculina, muitas queixas de punição, de contenção física e muitos mostram hematomas no corpo. Os pacientes informaram que quando estão mais agitados são “amarrados e tomam injeção” (contenção química). (Clínica São Francisco, São Luís – MA).

Em suma, foi possível constatar, a partir das análises dos Relatórios estaduais que a contenção mecânica é utilizada de maneira irregular em quinze³³ estabelecimentos inspecionados, indiscriminada, muita das vezes como o primeiro e único recurso para lidar com as situações de crise ou mesmo evitá-la e sobretudo, utilizada como punição por algum comportamento considerado inadequado e sem prescrição médica. A execução desse procedimento também conta com desproteção das partes do corpo em que o procedimento é realizado, gerando lesões, sendo que, em diversas situa-

33 São eles: Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC); Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM); Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA); Hospital de Saúde Mental de Messejana (Fortaleza – CE); Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE); Clínica São Francisco (São Luís – MA); Clínica La Ravardiere (São Luís – MA); Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR); Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR); Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ); Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ); Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS); Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP); Hospital Psiquiátrico Espirita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP); Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP).

ções, os usuários passam horas contidos na mesma posição sem poder ir ao banheiro ou se alimentar.

A realidade encontrada nos estabelecimentos visitados, de escassez e por vezes ausência de profissionais de saúde, restrição e, em alguns casos, ausência de equipe multiprofissional e de propostas terapêuticas, fazendo com que usuáries(os) ficassem desassistidos, sem alternativas e possibilidades de cuidado, parece contribuir para que a prática da contenção mecânica e/ou química sejam as únicas estratégias de intervenção.

3.1.7 Medicação e contenção química como forma de imposição da disciplina

Na Declaração para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental - Organização das Nações Unidas de 1991, no 10º Princípio, é nítido que a medicação deve atender ao propósito terapêutico de acordo com as necessidades em saúde do usuário. É vetado seu uso como punição ou por conveniência de outra pessoa, uma vez que somente devem administrar medicamentos e tratamentos com eficácia conhecida e demonstrada. Ademais, a família deve ser comunicada da conduta adotada. Destaca-se que somente profissional de saúde autorizado por lei pode prescrever medicamentos, e com o devido registro no prontuário do usuário.

Nas inspeções realizadas foi constatado que o uso excessivo de medicamento ganha sentido e uma função especial para o funcionamento institucional, qual seja: o de controlar as pessoas internadas que desorganizam ou atrapalham a rotina da instituição e se rebelam em face da violência institucional. Em dezesseis³⁴ estabelecimentos destacou-se irregularidades em relação ao uso de medicamentos.

34 São eles: Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA); Casa de Eurípedes (Goiânia – GO); Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO); Clínica São Francisco (São Luís – MA); Clínica La Ravardiere (São Luís – MA); Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG); CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT); Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros – PE); Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR); Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR); Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ); Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS); Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP); Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP); Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP); Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP)

Entre as irregularidades eles verificou-se situações de pessoas com sinais e/ou queixas de hipermedicação. A ver:

A observação, coleta de relatos e análise das condições inspecionadas na instituição nos permitem afirmar a existência de práticas de administração de medicamentos de forma generalizada, bem como a constatação de pessoas com grau elevado de sedação e controle medicamentoso. O uso da força física e química como meios para lidar com situações de crise e de conflito e/ou agitação psicomotora parecem rotineiros no hospital. Houve relatos de pessoas internadas, tanto nas alas destinadas ao SUS quanto na ala particular, afirmando terem sido sedadas no momento da internação, tendo contato com os profissionais médico, psicólogo e assistente social, somente após transcorridos dias ou até uma semana de internação. (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR).

No setor de moradores, de uma forma geral, o aspecto dos usuários era de sonolência, a maioria estava deitada no chão, ou sobre um colchonetes, ou sobre o banco de concreto [...] Todos concordaram que havia duas formas mais comuns de retaliação: administração de medicação antipsicótica em usuários sem sintomas psicóticos (mencionaram o haldol, a fim do usuário ter sinais de impregnação), e o encaminhamento para a ala de cuidado intensivo, onde são amarrados e sedados. (Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP).

Alguns dos usuários não conseguiram permanecer na entrevista por estarem fortemente medicados; um dos usuários não sabia que estava em unidade hospitalar e relatou “estou aqui de passagem e só não me falaram quanto tempo vou ficar aqui” (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

De acordo com um dos funcionários, há reiteração ao fato de que o uso de medicamentos ainda é excessivo e não há um plano para a redução (Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ).

A maioria das pessoas internas com quem os membros da equipe de visita tiveram contato, apresentavam muita dificuldade de fala e lentidão na marcha. Outros tantos ainda estavam dormindo em suas camas, tanto no meio da manhã, quanto no meio da tarde, indicando excesso de medicalização, além da ausência de atividades. Foi presenciada por membros da Equipe de Inspeção a abordagem de profissionais de saúde da clínica a uma paciente, que foi conduzida de forma coercitiva/abusiva para tomar medicação injetável, sob a justificativa de que a

mesma estava agitada e agressiva, o que não foi percebido pela Equipe de Inspeção. (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO).

Na abordagem aos pacientes, a equipe de inspeção muito pouco obteve de dados, uma vez que estes apresentavam dificuldade em se comunicar, pouco sabiam dizer sobre o seu tratamento, aparentando estarem muito medicados, com reflexos comprometidos, pois era frequente verificar que ficavam se levantando para falar com a equipe, mas, deitando-se logo após, abandonando a entrevista (CIAPS Hospital Adaauto Messejana, Cuiabá – MT).

Quanto à contenção química, foi possível fazer o registro de pacientes sujeitos à utilização da técnica, deitados nas camas, em horário incompatível com o período de repouso e sem condições de comunicação (Clínica La Ravardiere, São Luís – MA).

Ao longo deste relatório foi possível perceber que o consentimento é algo constantemente violado no contexto das internações psiquiátricas, uma vez que dentro dos hospitais psiquiátricos o contraditório não é bem vindo ou acolhido. O questionamento à ordem vigente e às formas de “cuidado”, a discordância com o tratamento, o nervosismo ocorrido em determinados contextos e até mesmo uma simples reivindicação podem ser colocada na conta da “loucura”, cuja correção se distancia do manejo clínico (no sentido terapêutico) e passa a ser objeto de repressão, sendo o medicamento uma forma mais sutil para anular qualquer manifestação de vontade. Ressalta-se que, outra irregularidade com relação ao uso de medicamentos, é negado ao sujeito o direito da recusa de usar determinada medicação. Os relatos abaixo demonstram alguns exemplos do que foi encontrado nos estabelecimentos visitados:

No protocolo de contenção entregue pelo CAISM, menciona-se, na definição de “contenção química”, que, “caso não concorde em ser medicado, deverá ser submetido à contenção mecânica e receber medicação a seguir”. Nesse sentido, em tese, o usuário, ao manifestar não querer receber medicação, passa a ser contido mecanicamente e, após essa primeira contenção, é submetido à contenção química (sem autorização, conforme manifestado anteriormente pelo usuário) (Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana).

Quanto à contenção e medicação, informou que em caso de recusa “recebemos ameaças e amarram pernas, braços, prendem a barriga e dão injeção nas coxas”. Referiu ainda que “se eu recuso e fico nervoso a reação é pior, pois te dopam mais” e “quanto mais grave, vem de três a quatro pessoas e às vezes machucam”. É melhor ficar assim dopado para não ver muita coisa”. “Temos horário para dormir, não pode ver televisão e pode

ficar sentado na cama no escuro, e se não dorme e o profissional vê, este ainda reclama” (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

Além disso, foram vistos mais de um registro nos livros de intercorrência relatando situações em que o usuário nega a medicação por via oral, caso em que é prescrita a administração dos medicamentos via injeção intramuscular. Tais medidas desrespeitam o direito do usuário dos serviços de saúde à recusa de procedimentos relativos ao tratamento, conforme preconiza a Portaria MS nº 1820/2009 (Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP).

Outra faceta do desrespeito ao consentimento verificado durante a inspeção foi a ausência de compreensão, por parte da(os) usuária(os), do tipo de medicação em uso e dos seus efeitos. Em alguns estabelecimentos visitados os usuários expressaram de maneira bastante clara tal situação. Abaixo seguem dois exemplos de situações encontradas:

Outras pessoas ainda alegaram que não receberam informações e desconhecem os próprios medicamentos, pelo fato de eles serem diluídos em água. Segundo relato de um usuário, há muita medicação que deixa “cabeça pesada e corpo moído” e por isso as pessoas dormem no chão do pátio, também referiu que o calor por não haver ventilador/ar condicionado também os leva a deitar no chão (Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP).

Apontou que a maioria não sabe o medicamento que toma, pois diluem na água e “se perguntar para o médico ele fala que é remédio bom e me deixa dopado e com sono. (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

Ademais, conforme já discutido acima, a ausência de projeto de tratamento adequado, bem como de equipe em quantidade e qualidade adequadas fazem com que em algumas situações a contenção (química e/ou física) sejam o principal e até único a ser utilizado. Abaixo destacamos alguns exemplos que descrevem situações encontradas:

É comum o uso de medicamentos para aquietar os usuários quando expressam insatisfações ou necessidades. A título de exemplo, foi registrado no livro de intercorrência do SUS em 12 de maio: “(Nome da paciente) – cliente inquieta, fica na porta do posto de enfermagem pedindo ligação p/ mãe, comunicado plantonista que prescreveu dois comp. de Clonazepan 2 mg.” (Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP).

Para além do exposto, o uso recorrente da contenção química (medicação SOS) pelos profissionais de enfermagem sugere a forte medicalização e restrição das oficinas terapêuticas pela equipe multiprofissional do hospital. (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO)

Essa prática resta evidente na análise de alguns prontuários recolhidos pela equipe de visita onde o uso da medicação parece não ter a finalidade exclusiva de beneficiar à saúde, senão de exercer o controle das pessoas. Além do número elevado de combinações medicamentosas, às vezes em alta dosagem, e a utilização do recurso da medicação S.O.S. é constante em alguns prontuários. Em outras palavras: a alta dosagem de medicamentos funcionaria como uma espécie de camisa de força em formato de comprimidos (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO).

Referente à contenção mecânica, os profissionais relataram que não costumava acontecer, pois quando havia algum problema os pacientes, normalmente, eram logo medicados. Estes medicamentos eram previamente prescritos para serem usados exatamente nestas situações. Evidencia-se, portanto, o uso inapropriado das medicações com único objetivo de manter os pacientes e o ambiente sobre controle (Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE).

No que se refere ao uso da contenção química, percebemos que é uma prática rotineira na instituição: os remédios muitas vezes já estão prescritos pelos médicos para serem utilizados pela enfermagem em determinadas situações, o que costuma-se denominar de “se necessário”. A unidade não possui um protocolo específico ao que se refere a contenção química, tendo somente os registros realizados em prontuário (Instituto de Psiquiatria da Paraíba, João Pessoa – PB).

Por fim, com relação ao uso inadequado dos medicamentos, durante a inspeção nacional foi possível verificar situações em que estes são objetos de castigo voltados aquelas pessoas que atrapalham a ordem instituída, abaixo apresentamos três exemplos de relatos que ilustram essa situação:

Notou-se divergência entre as informações prestadas pela direção e pelas pessoas entrevistadas quanto ao uso das medicações. A direção afirma o uso terapêutico e enfatiza que nenhuma medicação pode ser aplicada sem prescrição médica. Já as pessoas entrevistadas relatam o uso da medicação como forma de punição em casos de indisciplina, tais como fumar fora do horário, agressividade, negar-se a participar de grupos, etc. Essas situações “são resolvidas com medicação”. Os relatos reafirmam ameaças

por parte dos profissionais quanto à administração medicamentosa frente aos primeiros sinais de agitação e houve denúncias de situações em que usuários foram mantidos em contenção química na enfermaria por cerca de três dias (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

Todos concordaram que havia duas formas mais comuns de retaliação: administração de medicação antipsicótica em usuários sem sintomas psicóticos (mencionaram o haldol, afirmando do usuário ter sinais de impregnação), e o encaminhamento para a ala de cuidado intensivo, onde são amarrados e sedados. Alguns dos presentes que passaram por essa ala referiram que presenciaram agressões físicas por parte de um funcionário. (Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP).

Houve relatos de que, os pacientes que não dormem até às vinte horas recebem remédios para dormir (Casa de Eurípedes, Goiânia – GO).

Não restam dúvidas de que a forma como a medicação tem sido realizada na maioria das instituições psiquiátricas inspecionadas ocorre em desrespeito aos normativos nacionais e internacionais da área da saúde, bem como àqueles que versam sobre os direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental. Por isso, fica evidente a prática de tortura e/ou outros tratamentos cruéis, desumanos e degradantes pela administração de medicamento de forma excessiva e banalizada.

3.1.8 Eletroconvulsoterapia (ECT) e outros métodos invasivos

A eletroconvulsoterapia é um procedimento que implica indução de convulsões através da administração de uma frequência variável de corrente elétrica, por meio de eletrodos aplicados ao couro cabeludo. Apesar de ser parte de tratamento utilizado há décadas, e de ter sido modificado ao longo do tempo, não existe consenso técnico e científico acerca da segurança com relação aos efeitos colaterais, qualidade, eficácia, indicação, frequência elétrica mais adequada, número mínimo e máximo de sessões.

A OMS (2005, 2015) orienta que, caso se admita a ECT como um tratamento viável, este só deve ser administrado após consentimento livre e esclarecido, e em conjunto com anestesia e relaxantes musculares. Não é indicada para crianças e adolescentes e as instituições devem ter diretrizes claras e baseadas em evidências sobre quando e como a eletroconvulsoterapia pode ou não ser administrada.

No Brasil, a eletroconvulsoterapia é regulamentada como uma prática médica pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM nº 2057/2013). Entretanto, o Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (IV CNSM 2010) aponta para o não financiamento de ECT pelo SUS e a necessidade de construção de marco legal para abolição das práticas de tratamento cruel e degradante, tais como a ECT.

Para o CFM, o uso da ECT é um ato exclusivamente médico, a ser realizado em ambiente com infraestrutura adequada de suporte à vida, com procedimentos anestésicos e de recuperação, preferencialmente para público adulto, sendo que para menores de dezesseis anos somente deve ser feito como terapêutica de exceção.

A despeito das diretrizes da IV CNSM e da ausência de normatização do Ministério da Saúde sobre os parâmetros e diretrizes para o uso da ECT, atualmente o equipamento para Eletroconvulsoterapia faz parte da Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes do SUS - RENEM.

Conforme discutido anteriormente, para a submissão de uma pessoa à ECT, assim como para qualquer procedimentos em saúde, é indispensável o prévio consentimento daquele que receberá a intervenção. Vale destacar que, conforme já tratado neste relatório, para a pessoa adulta não existe a figura do responsável legal para a finalidade de decidir, à revelia do outro, sobre seu tratamento, sendo que o consentimento livre e esclarecido tem que ser

assinado única e exclusivamente pela pessoa que será submetida ao procedimento - em conformidade com o previsto na LBI.

Destacamos ainda que, para a OMS (2005), a ECT não deve ser um tratamento para situações de emergência. Nesse sentido, não se justifica sua realização sem consentimento livre e esclarecido, devidamente assinado pela própria pessoa em nenhuma hipótese.

O décimo primeiro princípio da Declaração da ONU para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental proíbe, em regra, a realização de procedimentos médicos tais como psicocirurgias, tratamentos invasivos ou irreversíveis e ensaios clínicos ou experimentais:

13. Um procedimento médico ou cirúrgico de magnitude somente poderá ser realizado em uma pessoa acometida de transtorno mental quando permitido pela legislação nacional, quando se considerar que atende melhor às necessidades de saúde do usuário e quando receber o seu consentimento informado, salvo os casos em que o usuário estiver incapacitado para dar esse consentimento e o procedimento será autorizado somente após um exame independente.

14. A psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis para transtornos mentais, jamais serão realizados em um paciente que esteja involuntariamente em um estabelecimento de saúde mental e, na medida em que a legislação nacional permita sua realização, somente poderão ser realizados em qualquer outro tipo de usuário quando este tiver dado seu consentimento informado e um corpo de profissionais externo estiver convencido de que houve genuinamente um consentimento informado, e de que o tratamento é o que melhor atende às necessidades de saúde do usuário.

15. Ensaios clínicos e tratamentos experimentais nunca serão realizados em qualquer usuário sem o seu consentimento informado. Somente com a aprovação de um corpo de revisão competente e independente, especificamente constituído para este fim, poderá ser aplicado um ensaio clínico ou um tratamento experimental a um usuário que esteja incapacitado a dar seu consentimento informado.

Durante a Inspeção Nacional dos Hospitais Psiquiátricos foram identificados dois estabelecimentos onde é realizada eletroconvulsoterapia (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP e Pax Clínica Psiquiátrica,

Aparecida de Goiânia – GO) e outras dois que informaram encaminhamento de usuário(as) para realizar ECT em um serviço ambulatorial de referência (Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana, São Paulo – SP e Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

Verificou-se que tanto a Pax Clínica quanto a Fundação Espírita Américo Bairral não garantem o prévio consentimento da própria pessoa que recebe a ECT, além de que, no momento da inspeção, não apresentaram autorização da Vigilância Sanitária para a realização de tal prática. Abaixo, segue parte do que foi verificado:

[...] não há documentação comprobatória no prontuário de saúde que ateste consentimento do adolescente e/ou de seus familiares quanto a realização de tal procedimento. Isso configura uma grave violação dos direitos desse adolescente (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO).

Relatam ainda que as ECT são oferecidas aos mesmos como “cardápio clínico”, e foi percebido que não possuem informações e conhecimento satisfatório desse procedimento. Relataram, ainda, que as ECT são disponibilizadas aos usuários, sem o consentimento e/ou ciência dos familiares e sem avaliação clínica prévia (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO).

No exato momento em que a equipe da missão conjunta chegou a Pax Clínica estava ocorrendo a realização do procedimento de Eletroconvulsoterapia (ECT). A clínica o realiza às segundas, quartas e sextas feiras pela parte da manhã. Foi possível observar, ao longo de toda a manhã e do período do almoço que a fila de usuários esperando para realizar o procedimento de Eletroconvulsoterapia se renovava a cada hora. Além disso, essa fila, com nove cadeiras naquele dia, estava sempre totalmente ocupada ou quase que totalmente ocupada, como mostra a foto abaixo. Verificou-se ainda que uma significativa parcela das pessoas que esperavam eram mulheres (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO).

Uma das pacientes que estava no Núcleo seria submetida em breve à Eletroconvulsoterapia (ECT), e estava realizando os exames preparatórios. Profissional do Núcleo informou que em casos como o dela um familiar autoriza a ECT [...]. (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

Com relação aos estabelecimentos que informaram encaminhar pessoas internadas para realizar ECT, também não houve registro de consentimento da pessoa que recebe o tratamento.

Quanto aos achados na Pax Clínica, esses se apresentam bastante graves, já que se verificou a realização do procedimento em um adolescente, sem seu prévio consentimento e sem autorização de sua família. Este caso foi apresentado com mais detalhes no capítulo 6, porém, em síntese, trata-se de situação em que a equipe inspecionária presenciou a décima sessão de ECT do adolescente, registrando em relatório suas reações adversas posteriores como desorientação e dificuldades em dizer quem era ou sua idade, salivação excessiva e letargia. Como agravantes para esta situação, o adolescente encontrava-se internado involuntariamente e no espaço destinado aos adultos. Segundo o código de ética da medicina, a internação involuntária é condição incompatível com a aplicação da ECT.

Não foi possível verificar se os estabelecimentos que realizam a ECT possuíam diretrizes claras e baseadas em evidências sobre quando e como a eletroconvulsoterapia pode ou não ser administrada, conforme preconiza a OMS:

Referente ao Protocolo Eletroconvulsoterapia (ECT), no setor de ECT as ações descritas de responsabilidade do auxiliar/técnico de enfermagem e do enfermeiro não conferem com as ações de enfermagem realizadas por estes profissionais, pois, segundo informação de profissional de Enfermagem, toda a assistência é realizada pelo enfermeiro, cabendo aos profissionais de enfermagem de nível médio ou a cuidadores o auxílio na oferta da alimentação e o transporte de pacientes para os setores, como também verificado nos registros de enfermagem prestados a um dos pacientes submetidos à ECT. Não havia referência no documento dos responsáveis pela elaboração e revisão e da bibliografia consultada (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

A sala de ECT estava fechada, pois os procedimentos haviam sido realizados às sete horas da manhã. O setor conta com sala de procedimentos, sala de recuperação com sete leitos e sala de refeição. A sala de ECT estava equipada para o atendimento (se necessário) de urgência/emergência e contava com maleta de urgência/emergência (controle padrão para medicamentos e materiais médicos de consumo), monitor cardíaco e desfibrilador. Segundo o profissional responsável pela sala, a equipe assistencial estava composta por médico psiquiatra, anestesista, enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem. Os fiscais foram informados que são realizadas em torno de sessenta aplicações por mês. São indicadas doze sessões de ECT, sendo realizadas três aplicações por semana, e uma aplicação/mês, quinzenal ou semanal para os pacientes que estão em manutenção. O procedimento é realizado a pacientes internos e externos, encaminhados de outros serviços de saúde ou consultórios médicos

de psiquiatria, que apresentam quadros depressivos graves, quadros psicóticos graves, pacientes em estado catatônico e outros. Segundo o profissional entrevistado, não há histórico de intercorrências clínicas/psiquiátricas durante o procedimento ou complicação após o procedimento (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

No acervo conhecido da Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP), não constava a documentação da ANVISA que autoriza a utilização do aparelho de ECT.

Também chamou a atenção o relato de que a ECT contribui para o aumento do tempo de internação:

A equipe técnica informou que o hospital não possui meios de realizar a ECT e por esta razão utiliza como referência o AME Maria Zélia. Os pacientes são encaminhados para esta intervenção em uma frequência de duas vezes por semana, o que, por si só, tende a prolongar o tempo de internação do paciente, considerando que a própria equipe informou sobre uma internação específica que se prolongou para que pudessem manter a ECT, visto que a medicação não faz efeito”, indicando que embora não haja critérios de manutenção da internação, o único responsável por esse prolongamento é a manutenção da ECT, o que fere o direito de tratamento comunitário conforme preconiza a lei nº 10.216/2001. Em outro caso, verificou-se a indicação de ECT de manutenção após alta, contradizendo a condição de manutenção do usuário em internação para dar continuidade a ECT. Ambas as condições podem ser deletérias e trazer prejuízos ao usuário (Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana, São Paulo – SP).

E que pessoas com transtornos mentais deixam de ser encaminhadas para serviços extra- hospitalares para ser encaminhadas para outros hospitais com a finalidade de dar seguimento ao tratamento de ECT, cabe ressaltar que a despeito de possível avaliação médica da necessidade de realização deste procedimento é fundamental que as pessoas sejam devidamente acompanhadas por serviços de saúde comunitária e territorial, com vistas a garantir a integralidade do cuidado:

Vale mencionar que um caso foi encaminhado, ao invés de para a Rede de Atenção Territorial, a pessoa foi encaminhada para outro hospital para realização de Eletroconvulsoterapia (ECT), sendo que a justificativa para tal consiste em: “a ECT foi indicada pelo médico assistente. Há evidências que a ECT é eficaz nas depressões graves, na mania e esquizofrenia além de outras situações clínicas. No entanto, nem todos os pacientes

respondem igualmente bem. Alguns obtêm melhora completa, outros resposta parcial. Há os que requerem tratamentos mais prolongados e, em alguns casos, não há melhora". Tal argumentação, evasiva e incerta, coloca a família (que assina a autorização do procedimento) em uma situação delicada, pois não é garantido o cuidado e eficácia da intervenção. Foram indicadas seis sessões de ECT para esta cliente. Vale destacar que a mesma tem, na data da inspeção, dezenove anos de idade (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

Nesse sentido, em ambos estabelecimentos onde se verificou a prática da ECT, torna-se preocupante o uso dessa estratégia de cuidado, uma vez que não se verificou o cumprimento de pressupostos importante para a proteção das pessoas com deficiência, o que é um indicativo de práticas de tratamento cruel, desumano e degradante.

3.1.9 Condições de Trabalho dos Profissionais da Saúde

Os relatórios estaduais apontaram para a insuficiência de profissionais da assistência responsáveis pelo cuidado das pessoas internadas nos estabelecimentos visitados, inviabilizando o desenvolvimento de uma abordagem interdisciplinar e de cuidados terapêuticos fundamentais para o processo de reabilitação psicossocial, em conformidade com o que preconiza a lei nº 10.216/2001:

Art. 4o [...]

§2o O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

Dos quarenta hospitais psiquiátricos inspecionados, apenas em três constatou-se presença de equipe em quantidade suficiente de profissionais; em cinco, essa informação não constava de maneira a possibilitar

análise de suficiência; e, em trinta e dois³⁵ estabelecimentos, foi constatado que a equipe era insuficiente.

A ausência de equipe em quantidade suficiente para o número de pessoas internadas faz com que a qualidade da assistência seja afetada negativamente, que haja sobrecarga de trabalho e que os(as) usuários(as) passem a maior parte do dia à deriva, sem adequada condução por profissionais para acolher e/ou mediar os eventos cotidianos. É o que demonstram os fragmentos abaixo:

Pelas informações fornecidas, o Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque não conta com uma equipe mínima conforme estabelecido na Portaria 251, de 31 de janeiro de 2002, do Ministério da Saúde. (Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque, Arapiraca – AL)

Profissionais apontaram que a equipe da unidade de internação para autismo é reduzida, além de ser compartilhada com o ambulatório do CAISM voltado para pessoas com TEA. Verificou-se ausência de enfermeiros onde são desenvolvidas atividades de Enfermagem. Não há enfermeiros para coberturas de férias e folgas. Na data da fiscalização, havia duas enfermeiras de férias e uma de folga sem profissional específico para cobertura. Um enfermeiro teve de assumir a supervisão de

35 São eles: Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC); Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca – AL); Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM); Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA); Hospital Especializado Mário Leal (Salvador – BA); Hospital de Saúde Mental de Messejana (Fortaleza – CE); Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE); Hospital Adauto Botelho (Cariacica – ES); Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo (Anápolis – GO); Clínica São Francisco (São Luís – MA); Clínica La Ravardiere (São Luís – MA); Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG); CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT); Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros – PE); Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR); Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR); Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ); Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ); Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ); Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ); Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS); Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS); Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (São José – SC); Clínica Nosso Lar Adamantina (Adamantina – SP); Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP); Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP); Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP); Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP); CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP); Lar Bussocaba (Osasco – SP); Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP); Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP).

enfermagem das unidades de psiquiatria geral e autismo, concomitantemente.” (Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana, São Paulo – SP)

Os relatos feitos pelos servidores, de forma unânime, indicam a falta de trabalhadores da saúde nas unidades. A demanda é grande diante do número de funcionários disponibilizados para o atendimento regular. (Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, São José – SC)

Nas entrevistas à equipe do Ministério Público do Trabalho, presente na Inspeção, os trabalhadores relataram que a composição e o número de trabalhadores que atualmente atuam no hospital é insuficiente para assegurar a qualidade assistencial e acreditam que a unidade se encontra com um déficit muito alto de trabalhadores. (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC).

Com base nos dados apresentados nos documentos “Relações Contratuais” e “Escala de Plantões e Folgas” e colacionando estas informações às explicitadas nas Tabelas A e B, evidencia-se que a quantidade de profissionais de saúde contratados) na Clínica Professor Paulo Guedes está aquém das demandas da instituição. (Clínica Professor Paulo Guedes, Caxias do Sul – RS)

A Política Nacional de Humanização do SUS tem como diretriz a clínica ampliada, como apresentado anteriormente, que prevê a prática interdisciplinar como proposta para organização do cuidado e pressupõe a integração da equipe de trabalhadoras(es) na busca de cuidados e tratamentos de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com a(o) usuária(o).

Ademais, considerando o instrumento internacional “Direito é Qualidade” (OMS), a presença de equipe multiprofissional é fundamental para garantir a qualidade da assistência prestada, ressaltando-se os seguintes itens:

O serviço (de saúde mental) possui profissionais com competências suficientemente diversas para oferecer orientação, reabilitação psicossocial, informação, educação e apoio às(aos) usuárias(os) do serviço e a suas famílias, amigas(os) ou cuidadoras(es), a fim de promover uma vida autônoma e inclusão na comunidade;

- As(Os) usuárias(os) do serviço (de saúde mental) podem consultar uma(um) psiquiatra ou outra(o) profissional especializada(o) em saúde mental quando assim o desejarem.
- O Ministério da Saúde preconiza os requisitos para a formação de equipe de um estabelecimento psiquiátrico por meio do o Anexo XXV da Portaria de Consolidação nº 5, 03 de outubro de 2017, conforme descrito abaixo:

- uma(um) médica(o) plantonista nas vinte e quatro horas do dia;
- para cada grupo de quarenta pacientes, médica(o) psiquiatra com vinte horas semanais de assistência, distribuídas no mínimo quatro dias por semana;
- uma(um) enfermeira(o) das 19 h às 7 h para cada 240 leitos, e para cada quarenta pacientes mais vinte horas semanais de assistência, no mínimo quatro dias por semana;
- uma(um) assistente social, uma(um) terapeuta ocupacional e uma(um) psicóloga(o), para cada 60 pacientes, por vinte horas semanais de assistência, no mínimo quatro dias por semana;
- uma(um) clínica(o) geral para cada 120 pacientes;
- quatro auxiliares de enfermagem para cada 40 leitos, com cobertura nas vinte e quatro horas;
- uma(um) nutricionista e uma(um) farmacêutica(o).

Ressaltamos que essa é a equipe mínima que um estabelecimento psiquiátrico deve possuir. No entanto, conforme os relatórios estaduais, a maioria dos estabelecimentos visitados não a possui.

Os achados pelas equipes de visita são corroborados pela carga horária cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).³⁶ A maioria dos hospitais psiquiátricos³⁷ visitados não possui, formalmente, sequer a cobertura de vinte e quatro horas de médico (psiquiatra) plantonista cadastrada no referido site, ao passo que 33% dos estabelecimentos não possuem médicos clínicos ou os possuem em quantidade menor do que o preconizado pelo Ministério da Saúde. Sendo assim, constata-se que a assistência médica (psiquiátrica e clínica) prestada na maioria dos hospitais psiquiátricos visitados encontra-se comprometida. Dos quarenta hospitais psiquiátricos visitados:

- vinte e três possuem menos que 168 horas registradas no CNES de médica(o) psiquiatra. A somatória de 168 horas refere-se a sete dias na semana, vinte e quatro horas por dia. Esse valor (168) não considera as vinte horas semanais de profissional médica(o), para cada quarenta leitos;

36 Cf.: CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS E SAÚDE (CNES). Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 9 set. 2019. Para as análises não foi considerada carga horária de médicos residentes, somente foi considerada carga horária hospitalar. Não consideramos o Lar Bussocaba, Osasco – SP, pois este estava com o CNES inativo na época da consulta, portanto consideramos 39 estabelecimentos.

37 Para maiores detalhamentos acerca da suficiência de equipe multiprofissional verificar Anexo 4.

- dezesseis possuem menos que 84 horas semanais, o que seria menos que doze horas de plantão diário;
- dezesseis possuem cem ou mais leitos cadastrados no CNES;
- treze não possuem médica(o) clínica(o) cadastrada(o) ou possuem em menor quantidade do que o preconizado pelo MS.

Os achados dos relatórios estaduais confirmam a constatação acima feita através do CNES, destacando que a cobertura médica vinte e quatro horas por dia não é garantida pelas instituições visitadas, seja pela falta da contratação dessas(es) profissionais ou pela ausência de controle efetivo da presença das(os) profissionais em seus locais de trabalho. Abaixo destacamos alguns exemplos:

Ressalta-se que no momento da visita, iniciada por volta das 9 h 30 min, o hospital estava também, sem a presença da direção, contava apenas com a gerente administrativa, uma enfermeira (única profissional de nível superior presente no início da inspeção), alguns funcionários de nível médio e vários terceirizados (Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE).

No momento da chegada da Equipe de Inspeção não havia médicos no local. (Clínica São Francisco, São Luís – MA).

Apesar da afirmação que sempre tem médico em plantão de vinte e quatro horas, não encontramos nenhum dos profissionais quando chegamos na instituição. (Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA).

Os relatórios estaduais também revelaram a inadequação do quantitativo de profissionais de enfermagem (enfermeiras(os), técnicas(os) auxiliares de enfermagem). O dimensionamento de pessoal de enfermagem gera implicações diretas no desempenho da equipe de enfermagem, uma vez que é a categoria que está presente nos serviços hospitalares nas vinte e quatro horas do dia, sete dias por semana.

A enfermagem é a responsável por práticas de cuidado tais como auxílio – acompanhamento na higiene pessoal, na alimentação, a administração de medicamentos, o acompanhamento para os atendimentos externos, assistência nas situações de crise e/ou emergência etc., de maneira que a ausência dessas(es) profissionais afeta sobremaneira a qualidade dos cuidados básicos diários das(os) pacientes, especialmente daquelas(es) que possuem menos autonomia, tais como idosas(os), pessoas em situação de imobilidade etc. Os fragmentos abaixo destacam algumas situações encontradas:

“[...]foi apontado que o número de técnicos de enfermagem e enfermeiros é deficitário, justificado talvez pelo fato do cuidado ser centrado na medicalização e nos procedimentos da equipe de enfermagem, requisitos para o cuidado de leito e de quadros mais agitados, sendo destes profissionais a demanda de maior disponibilidade. Este fator fica claro ao ver as evoluções de prontuários.” (CIAPS Hospital Adauto Messegana, Cuiabá – MT).

“Em entrevistas aos profissionais de saúde, mormente os do ambulatório, estes informaram que os plantões de doze horas são compostos de dois técnicos de enfermagem e um Enfermeiro para as duas enfermarias e que, quando ocorrem faltas, a assistência aos usuários fica comprometida, principalmente quando as enfermarias estão com a ocupação completa.” (Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, Manaus – AM).

Os enfermeiros e os técnicos que estavam presente afirmaram que não tem enfermeira no horário de 19 h às 7 h. (Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA).

Nas entrevistas à equipe do Ministério Público do Trabalho, presente na Inspeção, os trabalhadores relataram que a composição e o número de trabalhadores que atualmente atuam no hospital é insuficiente para assegurar a qualidade assistencial e acreditam que a unidade se encontra com um déficit muito alto de trabalhadores. Quanto à equipe de enfermagem, por exemplo, são aproximadamente vinte e cinco técnicos em enfermagem e dez enfermeiros lotados na unidade, número inadequado para o tamanho e necessidades do local. Há dois meses ocorreram cortes nas cedências de trabalhadores de outras unidades para o HOSMAC, especificamente na contratação de plantões extras, o que era necessário para fechar a escala. (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC)

Em relação às informações cadastradas no CNES acerca dessas(es) profissionais, verificamos que:

- dez estabelecimentos não possuem carga horária registrada que garanta as doze horas de assistência noturna de enfermagem nos sete dias da semana ($12 \times 7 = 84$), mais vinte horas de assistência para cada quarenta leitos. Para esse cálculo, consideramos para até quarenta leitos a operação ($84 + 20$) horas semanais; para até oitenta leitos, a operação ($84 + 40$) horas semanais; para até cento e vinte leitos, a operação ($84 + 60$) horas semanais, e assim por diante. Destaca-se que quatro desses hospitais sequer possuem oitenta e quatro horas de carga horária, referente às doze horas diárias de profissional enfermeiro;

- vinte e nove estabelecimentos não possuem carga horária hospitalar de profissionais técnicas(os)/auxiliares de enfermagem registrada que garanta vinte e quatro horas de assistência de quatro profissionais dessa categoria a cada quarenta leitos, ou seja 672 horas (24 x 7 x 4) até quarenta leitos; até oitenta leitos, 672 x 2; até 120 leitos, 672 x 3, e assim por diante. Registra-se, ainda, que desses quarenta hospitais, quatorze possuem metade ou menos da carga horária mínima.

As informações cadastradas no CNES demonstram que a carga horária de oferecimento de atendimento, por cada unidade hospitalar, de profissionais da equipe multiprofissional também se encontra em quantidade inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde. Para o cálculo da carga horária de oferecimento de atendimento de assistente social, terapeuta ocupacional e psicólogo(o), consideramos vinte horas semanais para capacidade de até sessenta leitos; quarenta horas, até cento e vinte leitos, sessenta horas, até cento e oitenta leitos e assim por diante. Com isso, verificamos que:

- dezesseis estabelecimentos possuem carga horária de assistente social inferior ao preconizado pelo MS, sendo que seis não possuem carga horária hospitalar desse profissional registrado;
- vinte e um estabelecimentos possuem carga horária hospitalar de terapeuta ocupacional inferior ao preconizado pelo MS, sendo que treze não possuem carga horária hospitalar desse profissional registrado;
- quinze estabelecimentos possuem carga horária hospitalar de psicólogo inferior ao preconizado pelo MS, sendo que quatro não possuem carga horária hospitalar desse profissional registrado;
- Cinco estabelecimentos não possuem nenhum nutricionista;
- Três estabelecimentos não possuem nenhum farmacêutico, em desconformidade com a Resolução nº 565/2018³⁸, do Conselho Nacional de Saúde.

A ausência de equipe multiprofissional e suas implicações está destacada nos relato abaixo:

“Em relação à farmácia verificou-se que a mesma funciona com o pessoal do administrativo e em regime de plantão. Foi possível observar muitos remédios já separados por saquinho com o nome do paciente. Também foi identificado que neste espaço tinha apenas um atendente de farmácia e que o mesmo, ao ser questionado sobre o cargo que

38BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 565, de 10 de novembro de 2017. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso565.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

ocupava, afirmou que estava em desvio de função, e que seu cargo era Analista de Saúde. Foi informado ainda, que só tinha um farmacêutico no hospital e que este dava apenas um plantão 24 h, mas como “à noite não tinha o que fazer”, ele dava dois plantões de 12 h” (Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE).

“a gente tem muitas atribuições num espaço de horário muito curto, das 8:30 às 12:30” (Entrevistado 1) “não faz nem sentido a gente ficar evoluindo o prontuário sem escutar o nosso paciente” (Entrevistado 2) “infelizmente a gente não consegue abarcar todas as famílias” (Entrevistado 1) “a diretora queria um estagiário que a gente não ia supervisionar, que seria pra ela supervisionar, escutar e evoluir nossos prontuários e a gente ia só carimbar e assinar e uma das psicólogas recusou-se a fazer isso. Eu só assino e carimbo o que eu faço” (Entrevistado 2) “psicologia é pra apagar os incêndios e aqui somos pra tudo, família tá reclamando que o paciente tá sujo a gente que ouve, família tá reclamando que o paciente não tomou banho é a gente que ouve, a gente perdeu um paciente aqui, a gente vai ter que avisar a família que ele morreu...” (Entrevistado 1) (Clínica La Ravardiere, São Luís – MA).

“...não houve consenso quanto ao quantitativo dos funcionários. Houve relatos de que o Hospital Colônia Vicente de Matos contava com 8 Médicos, 7 Técnicos de Enfermagem, 1 Enfermeiro, 7 Psicólogos. Já em outras entrevistas foi coletado que o hospital apresentava, por exemplo, 06 enfermeiras, 18 técnicos de enfermagem e 28 auxiliares e 07 médicos. Registra-se, portanto, que houve discrepância nos dados coletados. Ainda em relação à equipe de trabalho do hospital foi verificado que, no momento da inspeção não havia na unidade nenhum médico (plantonista ou diarista), terapeuta ocupacional, assistente social ou psicólogo, o que contraria o previsto na Portaria Nº 251, de 31 de janeiro de 2002 que prevê a presença de toda uma equipe técnica nos hospitais psiquiátricos.” (Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE).

“(Entrevistado 1) “como os enfermeiros e os técnicos acompanham os pacientes com mais frequência, nós nos baseamos na evolução destes profissionais para fazermos as nossas” (Entrevistado 2) (Clínica La Ravardiere, São Luís – MA).

Compreende-se que a análise das equipes somente baseada na carga horária inscrita no CNES é insuficiente, pois com ela não é possível verificar os pormenores da real cobertura de profissionais ao longo da semana, uma vez que não considera as férias ou afastamentos, bem como a carga horária assistencial dos

profissionais, os plantões, os limites legais de jornada dos trabalhadores que podem ser diferenciados conforme negociação coletiva local/regional, entre outros aspectos relacionados ao dimensionamento de pessoal.

Destaca-se também que, para os cálculos, consideramos somente os leitos SUS. No entanto existem treze³⁹ estabelecimentos que também possuem leitos privados, sendo que dez deles não possuem profissionais cadastrados como “não SUS” e dos possuem somente um profissional “não-SUS”. Sendo assim, pode ser que os dados utilizados para cálculo aproximado das cargas horárias hospitalares de profissionais estejam superdimensionados, uma vez que existem leitos privados, cuja carga horária não consta devidamente registrada no sistema. Isto posto, tendo em vista o cenário apresentado, é fundamental que os órgãos competentes verifiquem a cobertura assistencial dos estabelecimentos visitados, para que seja possível averiguar o cumprimento das normativas nacionais e infranacionais acerca das(os) profissionais nos estabelecimentos psiquiátricos.

A ausência de equipe em quantidade suficiente produz efeitos diretos no comprometimento da qualidade da assistência prestada às pessoas privadas de liberdade, ao longo deste relatório destaca-se inúmeras situações de violência, excessos de contenção mecânica e química, falta de atividades terapêuticas, ausência de acompanhamento adequado. Tais situações extremamente graves estão relacionadas com a ausência de equipe multiprofissional em quantidade suficiente e promovem um ambiente de insegurança para as pessoas, uma vez que são colocadas em situações de fragilidade por conta de uma lógica institucional que não prima pela garantia de direitos essenciais

É importante destacar, que além da repercussão dessa ausência de profissionais em quantidade necessária na vida das pessoas privadas de liberdade, a saúde dos trabalhadores também fica afetada, já que nesse cenário não é possível ter condições adequadas de trabalho, ainda mais somados ao que discutimos no capítulo 1 sobre a precariedade da infraestrutura.

39 São eles: Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca – AL), Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo (Anápolis – GO), Casa de Eurípedes (Goiânia – GO), Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO), Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR), Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ), Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ), Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS), Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP), Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP), Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP), Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP).

As entrevistas com os(as) trabalhadores(as) das instituições visitadas evidenciaram cenário preocupante com relação à sua saúde e segurança laboral. Demonstra-se que não há atuação ativa das gestões e direções dos hospitais psiquiátricos em garantir um ambiente de trabalho adequado, tendo sido verificadas inúmeras infrações aos normativos trabalhistas nacionais:

a. Excesso de trabalho:

Esses relatos sugerem que a quantidade de profissionais de saúde existentes na Clínica La Ravardiere é significativamente insuficiente para atender a demanda existente, podendo ser elemento de causa de exaustão desses profissionais e de falhas e inconsistências no acompanhamento terapêutico, inclusive com repercussão criminal, ferindo de forma evidente o direito do paciente a um acompanhamento efetivo, de qualidade e resolutividade, agravando sua condição de saúde. (Clínica La Ravardiere, São Luís – MA)

Verifica-se que esse subdimensionamento do quadro de pessoal gera sobrecarga de trabalho aos servidores, principalmente aos enfermeiros e técnicos de enfermagem. (Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre – RS)

Profissionais apontaram que a equipe da unidade de internação para autismo é reduzida, além de ser compartilhada com o ambulatório do CAISM voltado para pessoas com TEA. Segundo relatado, isto interfere na realização de algumas intervenções, por ser necessário que houvesse mais profissionais para colocá-las em prática. Também houve ponderação de que o trabalho impacta a saúde por estresse, sobrecarga e abalo emocional. (Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana, São Paulo – SP)

b. Salários abaixo do piso e atrasos salariais:

Cabe ressaltar que todos os funcionários relataram que seus salários estão bem abaixo do piso estadual, os mesmos são contratados em regime de CLT e o quadro de funcionários está defasado para a demanda do hospital, acarretando desvio de função e sobrecarga de atividades. “Segundo relato dos funcionários do estabelecimento, há maior rotatividade na contratação da equipe de enfermagem e auxiliar de serviços gerais. Essa situação está fortemente conectada à baixa remuneração e jornadas extenuantes de trabalho, associadas à carência de profissionais... Profissionais trabalhando com carga horária e piso salarial incompatível com o piso regulado pelo estado. (Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ).

A situação do(as) trabalhadore(as) terceirizado(as) foi considerada especialmente preocupante, uma vez que averiguou-se atraso dos salários e do vale transporte. (Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre – RS)

Estamos com o salário atrasado três meses e não tem décimo terceiro, “é um contrato que não nos assegura de absolutamente nada, assegura só a Instituição” (Entrevistado 1). (Clínica La Ravardiere, São Luís – MA).

São três as formas de vínculos empregatícios do quadro funcional do equipamento: contratados por RPA, isto é, autônomos, (que estavam com defasagem salarial de sessenta dias) [...] (restringem-se a parte dos técnicos de enfermagem) [...] (Hospital psiquiátrico de Jurujuba, Niterói – RJ).

Sobre suas condições de trabalho, os profissionais informam que possuem carteira assinada, mas o salário é baixo e que muitas vezes atrasa, que durante um período ficaram meses sem receber porque houve uma interdição na unidade. Alegaram também não haver nenhum canal formal de demandas e que muitos não se sentem confortáveis de falar com ninguém sobre suas condições, não havendo nenhum acesso dos profissionais da ponta à direção. (Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ).

[...] relatam que se tornaram comuns atrasos e parcelamentos dos salários de todos os funcionários, sem satisfações ou explicações por parte da nova gestão, gerando desmotivação por grande parte da equipe, pois não há diálogo com a direção. (Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ)

No entanto, a equipe técnica do Ministério Público do Trabalho identificou algumas irregularidades em relação à situação dos profissionais da instituição. O pagamento salarial estava sendo realizado sistematicamente com atraso, ocorrendo via de regra no 15º dia do mês subsequente ao trabalhado. Além disso, havia indícios de que o Hospital não havia realizado o pagamento do 13º salário em períodos anteriores a 2017. Também foram identificados profissionais com férias vencidas. (Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque, Arapiraca – AL).

- c. Descumprimento dos normativos relativos à segurança no trabalho e saúde da(o) trabalhadora(or):

Ausência de segurança para a ocasião das refeições- no dia visita o MPT constatou que a marmita oferecida aos trabalhadores estava com alimentos azedos, tendo sido exigido a imediata substituição, o que foi providenciado pela empresa, não cumprimento das condições

sanitárias e de conforto nos locais de trabalho – NR 24, ausência de garantia de equipamentos de proteção individual conforme o risco – NR 06, presença de maquinários no setor de manutenção do estabelecimento sem sistemas de segurança adequados a proteção do(as) trabalhador(as), os quais foram interditados imediatamente. (Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre – RS)

Há, ainda, insuficiências no atendimento à NR 32, visto que os materiais perfurocortantes não possuem proteção conforme determinado (vide Laudo Técnico de Inspeção do MPT em anexo). O hospital informou que tem previsão de adquirir esse material somente a partir de 2019. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

Ainda o relatório dos representantes do Procuradoria Regional do Trabalho (MPT) indica que além das irregularidades afetas ao imóvel ocupado pelo hospital, foram observadas outras infrações: insuficiência de capacitação fornecida aos profissionais da saúde, com enfoque nos preceitos da NR 32; inexistência de Plano de Prevenção de Acidentes com Material Perfuro Cortante; inexistência de Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT); não disponibilização aos trabalhadores, gratuitamente, de um programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e inexistência de análise ergonômica do trabalho. (CAIS Clemente Ferreira, Lins – SP)

Quanto ao local de descanso dos profissionais de Enfermagem, foi constatado que não há papel higiênico, ou água no chuveiro para os mesmos, os armários estão quebrados e oxidados, mofo no teto e não há ventilação (Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ).

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

Alguns pontos sobre o espaço devem ser ressaltados, como por exemplo, não há orientações claras e facilmente acessíveis aos trabalhadores que manuseiam agulhas acerca da proibição do reencape e desconexão manual de agulhas. (Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, Fortaleza – CE).

Os trabalhadores que estavam na lavanderia não tinham capacitação quanto aos princípios de higiene pessoal, risco biológico, risco químico, sinalização, Equipamento de Proteção Individual (EPI) e Equipamento de Proteção Coletiva (EPC) e procedimentos em situações de emergência. (Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE).

Segundo o relato dos profissionais de saúde e pacientes – Acompanhantes, o maior problema do hospital é a estrutura física. A sala da equipe e de atendimento é insuficiente. Assim como a sala que seria destinada ao descanso da equipe não permite ser utilizada para essa função, pelo espaço extremamente reduzido, falta de climatização, insalubridade, ausência de ergonomia. (Hospital Nina Rodrigues, São Luís – MA).

[...] a empresa investigada não cumpre, adequadamente, as obrigações relativas à segurança e saúde do trabalho, devendo a mesma disciplinar a observância às Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, de forma a estabelecer os requisitos e condições mínimas para a implementação de medidas de controle e sistemas preventivos que garantam a segurança e a saúde dos trabalhadores que, direta ou indiretamente, interajam com o sistema de produção em questão (Clínica São Francisco, São Luís – MA).

A unidade possui uma oficina voltada para a fabricação de camas e outros móveis para uso interno. Entretanto, as condições de trabalho observadas no local garantem afirmar que os trabalhadores ali presentes estão sob risco grave e iminente de sofrer acidente de trabalho. Isso se deve ao fato do descumprimento da NR-10 e NR-12, especialmente. O ambiente possui serra circular, furadeiras, policorte e transmissões de força sem proteção fixa ou móvel da zona de perigo. A instalação elétrica representa alto risco de colapso, uma vez que não há respeito às determinações técnicas estabelecidas na NBR 5410. Sem falar no acúmulo de materiais no local e a estrutura da edificação, que apresenta aparente nível de desgaste. Tais situações implicam na adoção de medidas para salvaguardar a integridade física dos trabalhadores desse setor. c) Condições Sanitárias: Também cumpre informar o não cumprimento da NR-24 quanto aos requisitos mínimos estabelecidos para instalações sanitárias. Notou-se ausência de material para limpeza, secagem ou enxugo das mãos, assim como tampa nos depósitos de papéis servidos. Conclui-se que há descumprimento dos itens 10.4.4 da NR-10, 12.14, 12.38, 12.47 da NR-12 e 24.1.9, 24.1.11 e 24.1.26 da NR-24. (vide fotos 25 a 36 contidas no Laudo Técnico Pericial do MPT) Considerando as irregularidades apontadas no quadro anterior, conclui-se que a empresa investigada não cumpre, adequadamente, as obrigações relativas à

segurança e saúde do trabalho, devendo a mesma disciplinar a observância das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego de forma a estabelecer os requisitos e condições mínimas para a implementação de medidas de controle e sistemas preventivos que garantam a segurança e a saúde dos seus trabalhadores (Clínica La Ravardiere, São Luís – MA).

Ainda foi identificado que o fornecimento de Equipamentos de Proteção Individuais (EPI) não era insuficiente. Não havia estoque de EPIs para reposição e substituição imediata de equipamentos danificados, em desacordo com a NR-6. Mesmo sendo disponibilizada máscaras para manejo de produtos de limpeza, os empregados dos serviços gerais não as utilizavam no trabalho. Havia empregado de serviços gerais atuando na manutenção predial, fazendo trabalhos como de pintura de paredes e consertos elétricos, porém, sem ter cintos de segurança apropriados ao trabalho em altura, nem ter treinamento para serviços elétricos nos termos da NR-10. Não eram fornecidas também luvas térmicas para as funcionárias da cozinha manipularem as panelas grandes, pesados e quentes, de forma a evitar queimaduras, nem calçados adequados para o piso úmido que faz parte da rotina da cozinha. Por fim, foi identificado que a instituição não fazia treinamento sobre o uso adequado, guarda e conservação de EPIs. As explicações gerais eram feitas apenas por meio de conversas entre as chefias imediatas e demais empregados (Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque, Arapiraca – AL).

Não há ações para minimização do esforço dos trabalhos de movimentação e transporte de usuários, nem planejamento ergonômico, nem treinamento e reciclagem. Os trabalhadores não são capacitados para adotar mecânica corporal correta, e o transporte de pacientes ou de materiais é efetuado com auxílio de meios mecânicos e eletromecânicos (Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, Manaus – AM).

Quanto a falta de condições de trabalho, neste contexto, foi citada por mais de um entrevistado, em especial, pela equipe de enfermagem, quando a mesma se refere à falta de equipamentos: “não possui carrinho de emergência, laringoscópio, ambu, não possui medicamentos de urgência e emergência” (CIAPS Hospital Adauto Messejana, Cuiabá – MT).

O Complexo Psiquiátrico conta com uma equipe multiprofissional formada por assistentes sociais, bioquímicos, cuidadores, educador físico, enfermeiras, fisioterapeuta, nutricionistas, odontólogos, psicólogas, psiquiatras, técnicas de enfermagem, médicos do trabalho, clínico geral e os denominados “apoios”. Segundo a fala de umas das profissionais entrevistadas, as condições de trabalho são péssimas, juntamente

com baixos salários; a instituição não oferece capacitação e todas que já realizaram foram custeadas com recursos dos próprios servidores. Não foi relatado o acontecimento de reuniões planejadas de trabalho, pois estes encontros só ocorrem quando acontece alguma coisa fora da rotina programada institucional. Sobre os horários e rotinas de trabalho, também foi relatado que nem sempre os funcionários a cumprem, sobrecarregando em alguns momentos, uma parte da equipe (Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira, João Pessoa – PB).

De acordo com o observado na visita, foi constatado que existem na Clínica profissionais de diversas áreas, porém, na prática, os pacientes ficam soltos no ambiente e não estão envolvidos em atividades terapêuticas ou de lazer. A equipe normalmente funciona apenas em situações de emergência, pois é insuficiente para acompanhar todas as pessoas privadas de liberdade e realizar um acompanhamento individualizado e resolutivo (Clínica La Ravardiere, São Luís – MA).

As contratações da força de trabalho nos estabelecimentos visitados são bastante variadas, tendo sido encontradas(os) estatutárias(os), celetistas, terceirizadas(os), prestadoras(es) de serviços e até mesmo voluntárias(os), com diferentes jornadas de trabalho:

O HP São Pedro conta com 609 servidores estatutários e doze trabalhadores com vínculo empregatício. Os serviços de limpeza, manutenção e rouparia do hospital são terceirizados, sendo 74 trabalhadores nessa condição. No geral cumprem jornada de seis horas ou 12X36 (doze horas de trabalho por 36 horas de descanso). (Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre – RS)

O hospital possui 126 funcionários sendo celetistas, prestadores de serviços e voluntários. Segundo a Direção não há Termo de Voluntariado. Foi relatado que o número de funcionários é insuficiente para todo trabalho devido ao número de pessoas internadas. (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP).

São três as formas de vínculos empregatícios do quadro funcional do equipamento: contratados por RPA, isto é, autônomos; servidores públicos (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Fundação Municipal de Saúde de Niterói, inclusive os cargos de confiança) e contratados por meio de Processo Seletivo Público Simplificado. Atualmente, são poucos os vínculos empregatícios por RPA (restringem-se a parte dos técnicos de enfermagem). (Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói – RJ)

Há profissionais que são funcionários públicos estatutários, profissionais que ocupam cargos comissionados e profissionais terceirizados, vinculados a empresas lícitas. Há também prestadores de serviço, residentes provenientes dos programas de residência multidisciplinar, e profissionais participantes do programa Primeiro Emprego, uma iniciativa do Governo do Estado da Bahia. O hospital também mantém programas de estágio. (Hospital Especializado Lopes Rodrigues, Feira de Santana – BA).

Entre os direitos que integram o patamar civilizatório mínimo de toda(o) trabalhadora(or), seja ela(ele) celetista ou estatutária(o), está o direito à proteção da saúde, da segurança e da higiene em seu ambiente de trabalho (artigo 7º, XXII, da Constituição da República de 1988).

O Brasil também assumiu compromissos internacionais em matéria de proteção à saúde do trabalhador quando ratificou a Convenção nº 155, da Organização Internacional do Trabalho (OIT),⁴⁰ que dispõe sobre a obrigatoriedade de todo estado membro signatário “formular, pôr em prática e reexaminar periodicamente uma política nacional coerente em matéria de segurança e saúde das(os) trabalhadoras(es) e o meio ambiente de trabalho”.

Atualmente, os principais parâmetros normativos nacionais em matéria de atenção à saúde da(o) trabalhadora(or) da área da saúde são as regras previstas na Norma Regulamentadora (NR) nº 32 do então Ministério do Trabalho e Emprego. Esse conjunto de normas, instituído em 2005, a partir de estudos tripartites, estabelece “diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde das(os) trabalhadoras(es) dos serviços de saúde, bem como daquelas(es) que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.” Trata-se de normas que consideram as peculiaridades estruturais e os processos de trabalho típicos do setor da saúde e, embora abranjam diversas áreas de atuação hospitalar, devem ser aplicadas em interpretação sistemática com as demais NRs e à luz de outras normas técnicas pertinentes, tais como os regulamentos técnicos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), as regras de proteção e combate a incêndios e as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

40 BRASIL. Decreto Legislativo n. 2, de 17 de março de 1992. Convenção sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores e o Meio Ambiente de Trabalho. Disponível em: <http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/LEGIS/CLT/OIT/OIT_155.html>. Acesso em: 10 out. 2019.

Ademais, são de especial importância o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), bem como a relação de nomes e funções dos integrantes do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) e da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

A CIPA e o SESMT, que devem trabalhar permanentemente de forma integrada, são estruturas essenciais, responsáveis pela direção de todo o processo de gestão da saúde e da segurança das(os) trabalhadoras(es). O PPRA é o mais importante de todos os programas de SST, pois os demais programas são baseados nos riscos nele encontrados. O PCMSO é voltado especificamente à promoção e à preservação da saúde das(os) trabalhadoras(es). Ambos devem colaborar com o desenvolvimento e implantação do PPRA e do PCMSO, além de outros programas relacionados à saúde e segurança do trabalho (SST).

Ressalta-se que a CIPA é um instrumento democrático, pois possui representantes eleitas(os) pelas(os) trabalhadoras(es) e pode servir como canal de comunicação entre gestoras(es) e servidoras(es), além de legitimar a importância de que todas(os) observem a legislação sobre SST. Segundo a NR 5, do então Ministério do Trabalho e Emprego, são atribuições desta comissão:

- a) identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadoras(es), com assessoria do SESMT, onde houver; b) elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho; c) participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho; d) realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde das(os) trabalhadoras(es); e) realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas; f) divulgar às(aos) trabalhadoras(es) informações relativas à segurança e saúde no trabalho; g) participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pela(o) empregadora(or), para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde das(os) trabalhadoras(es); h) requerer ao SESMT, quando houver, ou à(ao) empregadora(or), a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde das(os)

trabalhadoras(es); i) colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho; j) divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho; l) participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com a(o) empregadora(or) da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados; m) requisitar à(ao) empregadora(or) e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde das(os) trabalhadoras(res); n) requisitar à empresa as cópias das Comunicações de Acidente de Trabalho (CATs) emitidas; o) promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT; p) participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

O SESMT tem por objetivo promover a saúde e proteger a integridade da(o) trabalhadora(or) no ambiente de trabalho, indicando à(ao) empregadora(or) as medidas a serem tomadas para a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais. Suas atribuições estão previstas na NR 4 do então Ministério do Trabalho e Emprego.

Portanto, constata-se que as irregularidades em matéria de SST detectadas nos hospitais psiquiátricos visitados são graves e evidenciam iminentes riscos de ocorrência de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Destaca-se que, em determinados casos, sequer se verificou a existência de programas e equipes especializadas, elementares para a gestão de um meio ambiente de trabalho seguro e saudável. Abaixo reproduzimos alguns achados.

d. Adoecimento das(os) trabalhadoras(es) e alta rotatividade de profissionais

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

[...] tem uma equipe um pouco adoecida, têm profissionais técnicos de dez, quinze anos que já estão totalmente desmotivados, a gente vê pouca humanização em alguns” (Entrevistado 2) “por isso a gente faz acompanhamento também tanto psiquiátrico quanto psicológico, nós duas tomamos antidepressivo porque a carga é muito pesada, muito pesada e às vezes quando uma tá esmorecendo a outra levanta a outra (Clínica La Ravardiere, São Luís – MA).

Há relatos de Enfermeiros com depressão e ataques de pânico, que culminaram no afastamento dos mesmos por meses, utilizando-se de auxílios do INSS para tal, sobretudo quanto ao trato de pacientes agressivos e, certamente, pela ausência de medidas tutelares pela unidade inspecionada. (Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ).

Estratégias contínuas de educação no trabalho são ofertas fundamentais para manutenção de alto padrão de qualidade assistencial. É o que aponta o artigo 18, parágrafo 3º, da Lei Brasileira de Inclusão, e as recomendações 72, 986, 1004, 1008, entre outras, do Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Tais ofertas às(aos) trabalhadoras(es) fazem parte não apenas das políticas temáticas em saúde mas também das diretrizes de atenção à saúde estabelecidas pela Política Nacional de Educação Permanente⁴¹ do Ministério da Saúde. As ações de qualificação profissional devem estar direcionadas para a segurança das(os) trabalhadoras(es), para a garantia e proteção dos direitos das(os) usuárias(os) do SUS e para o apoio à construção de ações de saúde resolutivas e integrais no cuidado, todas alinhadas ao paradigma dos Direitos Humanos e às perspectivas da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial.

41 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 10 out. 2019. e configura como uma proposta de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

Apenas doze dos estabelecimentos inspecionados referiram realização de ações de capacitação no último ano; em quatro relatórios há informações que acontecem capacitações; em onze⁴² há informação de que não ocorreram ações de capacitação no último ano; e os demais não trouxeram essa informação mas não para todas(os) as(os) trabalhadoras(es) das instituições, ou tratam-se de palestras. Os hospitais psiquiátricos visitados, no entanto, não apresentaram processos de educação permanente como parte estrutural dos projetos institucionais:

Não houve relatos ou informações de capacitações e formações específicas para equipe técnica e/ ou demais funcionários. No ponto referente à Formação e Educação Permanente também não houve relatos de propostas de qualificação profissional; ou qualquer atualização ou capacitação dirigida aos profissionais (Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE).

Não há propostas de qualificação profissional orientadas para a melhoria do trabalho no hospital. Segundo os trabalhadores, ser lotado no HOSMAC tem sido utilizado, pela SESACRE, em verdade, com um “castigo”. Em atenção às ações de qualificação profissional, foi informado que a última capacitação aconteceu no ano de 2016, e teve como tema a urgência e emergência, contenção física e administração de medicamentos. Já com relação às ações de prevenção de acidentes voltadas aos trabalhadores, nunca aconteceu na unidade. No momento não há propostas de qualificação profissional orientadas para a melhoria do trabalho (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC).

O que se verificou, nas poucas instituições em que foram identificadas ações de qualificação profissional, são iniciativas pontuais, às vezes realizadas pelas(os) próprias(os) trabalhadoras(es) da instituição:

No que se refere às ofertas de capacitação e educação permanente, consta que todas as propostas de capacitação e qualificação profissional são executadas pela própria equipe do hospital. (Hospital

42 Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC); Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca – AL); Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM); Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA); Hospital Especializado Mário Leal (Salvador – BA); Casa de Eurípedes (Goiânia – GO); Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros – PE); Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ); Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ); Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ); CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP).

Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR).

Não há uma política de educação permanente para os trabalhadores, apenas ações pontuais realizadas por alguns dos trabalhadores do hospital. “Dr. Pablo faz uma reunião semanal com a gente para discussão dos programas terapêuticos e sempre leva um tema para refletirmos” ou “A psicóloga do RH, começou recentemente a fazer umas palestras motivacionais. Agora, curso mesmo, se a gente quiser fazer, tem que ser fora do hospital, por conta própria” (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

Percebe-se, entretanto, que os documentos fornecidos atestam que as atividades promovidas pelo Setor de Educação Permanente concentraram-se apenas nos profissionais de enfermagem, e que não visam uma continuidade dos treinamentos e capacitação, resumindo-se a ações pontuais, sem periodicidade. (Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, São José – SC)

Reuniões de equipes e capacitações em saúde mental com foco em normativas e condutas a serem executadas junto aos pacientes. Desta forma, identificou-se que a Educação Permanente não é realizada como estratégia de capacitações como prevê a Política de Educação Permanente do SUS (Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo, Anápolis – GO).

Observou-se que o regimento interno da instituição ressalta capacitações sobre saúde mental aos profissionais da instituição. No entanto, diante de narrativas pode ser constatado que as capacitações são realizadas de forma normativas, organizativas, estruturais e de segurança, mas não mencionam conteúdo referente à Reforma Psiquiátrica e/ou Política Nacional de Saúde Mental do Brasil e/ou do mundo. Em entrevistas com os profissionais, pode-se notar a falta de conhecimento sobre as mudanças de cuidado em Saúde Mental e sobre o modelo psicossocial vigente no nosso país (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO).

Verificou-se que entre os estabelecimentos visitado, alguns são campo de formação profissional. Isso chama atenção, tendo em vista que, conforme aponta o presente Relatório Nacional, são instituições que não cumprem os princípios do SUS, nem as diretrizes nacionais e internacionais acerca do direito das pessoas com deficiência.

Ademais, consta da Declaração de Caracas a importância de a formação profissional ser na rede substitutiva ao hospital psiquiátrico:

Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação.⁴³

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, de 2010, determina:

Implantar, ampliar e qualificar os programas de residências multiprofissional e uniprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva, com inclusão de profissões de outras áreas que não a saúde, inserir o núcleo da medicina nos programas multiprofissionais e garantir que a formação seja realizada em serviços públicos da rede substitutiva e na lógica transdisciplinar, extinguindo os hospitais psiquiátricos como cenário de prática dos programas de residência.⁴⁴

Algumas unidades também contam com o trabalho oferecido por residentes médicos e multiprofissionais e estagiários de Psicologia, dado que o Hospital Psiquiátrico São Pedro também funciona como uma instituição de formação no campo da saúde mental (Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre – RS).

O estabelecimento constitui-se como um dos campos do programa de residência médica em psiquiatria credenciado pelo Ministério da Educação (MEC). Contudo, quatro dos cinco residentes cadastrados no CNES estão relacionados como médicos clínicos. A documentação encaminhada pelo hospital é divergente, também no que tange ao número de residentes, visto contabilizar seis profissionais vinculados à residência. Ademais, a instituição conta com nove estagiários de nível médio de enfermagem do Centro de Educação Profissional EFICAZ-CEM, uma

43 Declaração de Caracas. Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Disponível em: <http://www.abrasme.org.br/resources/download/1358516130_ARQUIVO_DeclaracaodeCaracas.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2019.

44 Recomendação 227, p. 53. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_final_4_conferencia_saude_mental.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

estagiária de educação física do Centro Universitário CESMUAR e uma jovem aprendiz do Centro de Integração Empresa-Escola do Paraná (CIEE – PR). Na data da visita havia estagiários do curso técnico em enfermagem no hospital, os quais mantinham contato com os usuários internados nos espaços de convivência do estabelecimento, desenvolvendo ações de escuta e cuidados não-invasivos (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR).

A instituição conta com o Programa de Residência Médica com especialização em Psiquiatria desde 2012, com atuação nas avaliações admissionais dos pacientes, consultas de rotina e em estudos de caso (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

O hospital tem, ainda, função de formação de recursos humanos na área de saúde mental, através dos programas de Residência Médica Psiquiátrica, Residência Multiprofissional em Saúde Mental, estágios curriculares e pesquisas acadêmicas em parceria com instituições universitárias (UFF, PUC-RJ e UFRJ) (Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói – RJ).

Diante do montante das informações geradas pelos relatos acima, não há como ignorar a capacidade de influência das condições de trabalho no interior dos hospitais psiquiátricos inspecionados na qualidade dos serviços neles prestados. Além do asilamento em si, é também na atuação dos trabalhadores que vemos a chancela do caráter totalitário dos hospitais psiquiátricos, dada a coerência constatada entre os aspectos relacionais, estruturais e da força de trabalho.

3.2 PARTE II - EFEITOS DELETÉRIOS DA INTERNAÇÃO EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Até agora debruçamo-nos sobre a organização institucional para a produção do cuidado nos estabelecimentos inspecionados. A seguir faremos uma análise acerca das violações dos direitos à convivência familiar e comunitária, dos direitos sexuais e a não discriminação.

3.2.1 Direito à convivência familiar e comunitária

A convivência familiar e comunitária é um direito das pessoas com deficiência (artigo 6º, Inciso V, LBI), o que implica no dever de a organização institucional promover a presença de suas famílias, construir ações efetivas para a participação das pessoas escolhidas por elas na definição de seu Projeto Terapêutico Singular, bem como oferecer suporte emocional conforme suas necessidade. Muito embora haja um desafio maior na garantia deste direito nos casos dos estabelecimentos de referência regional, que atendem pessoas de diferentes municípios, arranjos institucionais podem e devem ser observados para sua viabilização.

Ademais, considerando que as pessoas estão privadas de liberdade, o contato com os familiares muitas vezes é o principal caminho para que denúncias a respeito da violações durante a internação possam ser realizadas.

A Inspeção Nacional verificou que os estabelecimentos visitados não garantem esse direito às pessoas internadas, uma vez que eles restringem ou impõem regras que culminam no afastamento familiar do processo de cuidado das pessoas. Seguem abaixo as situações identificadas que justificam essa compreensão:

- a. Horário de visita restrito, especialmente no horário comercial, o que não contribui para a presença dos familiares e amigos das pessoas internada. Apenas três⁴⁵ relatórios apresentaram informação que não há qualquer

⁴⁵ Hospital de Saúde Mental de Messejana (Fortaleza – CE); Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros – PE); CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP).

restrição com relação a visitas; em trinta seis⁴⁶ relatórios há a informação de que a restrição de visitas é parcial, ocorrendo em alguns dias da semana ou diariamente, com horários restritos ao longo do dia, dificultando o contato das pessoas privadas de liberdade com seus familiares:

[...] e as famílias têm horários para visitação monitorada de quinta-feira (9 h às 11 h) e domingo (14 h às 16 h) (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP).

As pessoas internadas podem receber visitas de seus familiares e amigos diariamente, das 14 h às 15h30. Porém, para as pessoas internadas no setor de dependência química, as visitas são aos sábados (das 14 h às 15h30) e aos domingos (das 9 h às 10 h 30 min), em razão das atividades diárias dos pacientes enfermaria (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

[...] as pessoas internadas podem receber visitas de familiares e amigos aos sábados e domingos, das 14 h às 16 h, sendo dividido por alas (Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP).

46 Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC); Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca – AL); Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (Manaus – AM); Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA); Hospital Especializado Lopes Rodrigues (Feira de Santana – BA); Hospital de Saúde Mental de Messejana (Fortaleza – CE); Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE); Hospital Aduino Botelho (Cariacica – ES); Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo (Anápolis – GO); Casa de Eurípedes (Goiânia – GO); Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO); Clínica São Francisco (São Luís – MA); Hospital Nina Rodrigues (São Luís – MA); Clínica La Ravardiere (São Luís – MA); Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG); CIAPS Hospital Aduino Botelho (Cuiabá – MT); Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa – PB); Instituto de Psiquiatria da Paraíba (João Pessoa – PB); Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR); Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR); Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ); Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ); Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ); Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ); Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ); Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS); Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS); Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (São José – SC); Clínica Nosso Lar Adamantina (Adamantina – SP); Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP); Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP); Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP); Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP); CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP); Lar Bussocaba (Osasco – SP); Hospital Psiquiátrico Espirita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP); Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP).

Após esse período, as visitas acontecem em horários fixos, restritos e definidos pela instituição, a saber, de segunda a sexta, das 12 h 30 min às 13 h 30 min e das 17 h às 18 h, e aos sábados, domingos e feriados, das 12 h 30 min às 14 h e das 17 h às 18 h, dificultando a convivência familiar, contribuindo para a fragilização de vínculos afetivos, em especial no caso dos internos que não residem na cidade sede da instituição (Clínica Nosso Lar Adamantina, Adamantina – SP).

As pessoas internadas podem receber visitas diárias, em horários predeterminados: na emergência das 14 h às 17 h e nas alas das 9 h às 11 h entre 15 h e 17 h (Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói – RJ).

As visitas acontecem diariamente no intervalo de 15 h às 16 h. As visitas mais rotineiras acontecem nos finais de semana e são realizadas por instituições que promovem ações de caridade, com cunho religioso e/ou assistencialista (Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA).

Com relação às visitas, estas podem ocorrer diariamente no período entre às 14 h às 16 h... Tendo em vista o fato de que o hospital atende a municípios, inclusive alguns mais distantes como Teresópolis, informam que a distância de fato dificulta a proximidade dos familiares, [...] (Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ).

As visitas dos familiares aos pacientes são controladas pela instituição, com horários e datas de acordo com as normas e rotinas institucionais, registradas e monitoradas como demonstra documentações apresentadas. (Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo, Anápolis – GO).

Conforme consta no projeto terapêutico institucional e referendado nas entrevistas com os profissionais, as visitas são liberadas e acontecem todos os dias das 9 h às 11 h e das 15 h às 17 h, com restrição para a entrada de alimentos, inspeção esta que ocorre na portaria (CIAPS Hospital Adauto Messejana, Cuiabá – MT).

Com relação às visitas, a unidade declarou que as garante três vezes por semana, preferencialmente aos finais de semana, exceto para os pacientes egressos do interior do Estado, para os quais a visita é realizada conforme a disponibilidade da família. A unidade manifestou a inexistência de impedimento para que a pessoa internada possa fazer contato com seus familiares, sempre oportunizado pelo serviço de Assistência Social do estabelecimento, sendo as visitas realizadas nas áreas de convivência e lazer. (Clínica São Francisco, São Luís – MA).

Familiares e amigos podem visitar as pessoas internadas às quintas-feiras e domingos, das 14 h às 15 h. As visitas acontecem no pátio do hospital, e é somente por este meio que os usuários se comunicam com familiares e amigos, ou seja, não se permite comunicação por telefone ou outros meios (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC).

- b. Imposição de restrição de visita em período inicial de tratamento. Cinco informaram que há completa restrição de visita por um período inicial da internação, o que é considerado uma grave violação do direito das pessoas privadas de liberdade, abaixo destacamos trechos de todos eles:

Os internos são proibidos de receber qualquer visita durante a primeira semana de internação (Clínica Nosso Lar Adamantina, Adamantina – SP).

Visitas são às terças, quintas-feiras, sábado e domingo, mas para pacientes com uso de substâncias psicoativas só depois de dez dias da internação. (Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, Fortaleza – CE)

Contudo, no documento “Projeto Terapêutico Institucional para pacientes portadores de dependência a substâncias psicoativas, com ou sem comorbidades (2018)”, há o indicativo de que as visitas ocorrem apenas após 15º dia de internação, aos sábados e domingos das 14 h às 16 h 30 min (Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP).

Quando os usuários chegam à internação, é feita a exigência de fiquem 7 (sete) dias em isolamento da família para adaptação, tanto leitos SUS quanto particular. Segundo entrevista com a direção, se trata de uma “solicitação, mas não proibição”. (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

As visitas na Unidade de Dependentes Químicos (UDQ) acontecem segundas e quartas, após cinco dias da internação. As visitas na UIP (Unidade de Internação Psiquiátrica) acontecem às terças, quintas, sábados e domingos, após dois dias de internação. (Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, São José – SC)

- c. Seis relatórios, destacados abaixo apontaram para ausência de ações efetivas para garantir a participação e o apoio do(as) familiares na construção do cuidado:

Não há investimento da instituição em construir Projeto Terapêutico Singular (PTS) que inclua a construção de vínculo com familiares,

peças que as(os) usuárias(os) tenham como referência. Estávamos na instituição durante o intervalo programado para a visita, mas não pudemos acompanhar como elas ocorrem porque ninguém apareceu, exceto um casal que foi buscar o filho que tinha recebido alta. Há relatos das(os) entrevistadas(os) que apontam a falta de comprometimento da instituição em construir estratégias de convivência e fortalecimento de vínculos, talvez por isso aconteça o esvaziamento mesmo a visita sendo ofertada diariamente. (Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA).

O processo de alta foi relatado pela equipe como sendo uma surpresa para as famílias, embora busquem saídas com familiares para o referido processo. Tal informação corrobora a percepção de que não há participação nem da família e nem do usuário no processo de construção do Projeto Terapêutico de cada morador [...] Apesar disso as informações sobre as visitas e saídas levaram à impressão de não haver prioridade de favorecer o contato familiar, exceto durante o processo de alta. Além disso, há ausência de atividades que garantam maior convivência comunitária para além do hospital (Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana, São Paulo – SP).

A atividade que a Casa de Saúde desenvolve junto aos familiares e a rede de suporte social dos usuários é a festa de natal (Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ).

Não foi identificado no hospital nenhum trabalho dirigido especificamente às famílias; quando há necessidade, para aqueles, que ainda mantém algum contato com familiares, a família era acionada por telefone pelos profissionais da instituição. Para os poucos que ainda recebiam visitas, observou-se que não existia rigor quanto aos dias, pois muitas vezes eram famílias de outros municípios, e/ou do interior o que dificultava a vinda para o hospital (Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE).

Em relação à participação das famílias o pouco que foi observado nas entrevistas com alguns profissionais foi de que grande parte das pessoas que ali residem não recebe mais nenhuma visita. Não percebemos que o hospital possuía trabalho dirigido especificamente às famílias dessas pessoas (Instituto de Psiquiatria da Paraíba, João Pessoa – PB).

[...] em relação ao acesso das pessoas internadas ao convívio familiar e comunitário, entende-se que este é prejudicado, pois a maioria dos usuários encontra-se distante do local de origem. Ainda, há as pessoas consideradas moradoras, com longo histórico de institucionalização, muitas destas sem registros sobre família e local de origem (Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP).

Além do mais, a Clínica afirmou a existência de licença terapêutica pelo período de até uma semana. O estabelecimento de saúde inspecionado declarou que os pacientes podem contactar seus familiares por meio de ligações telefônicas, sem que tenha havido declaração a respeito de frequência, desde que a solicitação seja encaminhada à Assistência Social, e são sempre acompanhadas. Declarou, ainda, que os pacientes também podem escrever cartas, não havendo relatos de violação de correspondências pela instituição. Contudo, os pacientes não confirmaram a informação de que o acesso remoto (telefone ou e-mail) era facilitado pela clínica (Clínica São Francisco, São Luís – MA).

- d. Dois relatórios apontaram para falta de permissão para que os familiares entrem nas enfermarias como algo problemático, tendo em vista às reais condições vividas pelas pessoas internadas:

“aqui é assim com a gente eles maltratam a gente, eles não tão nem aí, a gente pede pra falar com o psicólogo ou para falar com o médico ou pra ligar pra nossa família, eles ignoram e com a família da gente eles tratam totalmente diferente que é pra eles poderem ficar aqui ganhando cada dia que a gente passa aqui pelo SUS” (Clínica La Ravardiere, São Luís – MA).

Os critérios impostos aos familiares dizem respeito a não entrarem nas alas, deste modo, esses entes só “conhecem” o espaço aberto da instituição. Destaca-se o fato de que este espaço reservado às visitas é um espaço que passou por reforma ou foi mais recentemente construído, decorado, destoando dos demais espaços reservados aos pacientes no hospital, destoando especialmente das alas reservadas aos pacientes do SUS. Alguns dos pacientes entrevistados relataram terem sido revistados pelos profissionais após a visita da família (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

Em contínuo processo de rompimento de vínculos, o hospital psiquiátrico promove, longitudinalmente, ações que não apenas não garantem o fortalecimento das relações intrafamiliares, como ainda promovem, ativamente, o afastamento dos parentes e amigos com os quais o sujeito internado tem história de vida.

Normas violadas são diversas. O Código Civil, em seu artigo 1.777, o qual determina que as pessoas com deficiência “receberão todo o apoio necessário para ter preservado o direito à convivência familiar e comunitária, sendo evitado o seu recolhimento em estabelecimento que os afaste desse convívio”. A LBI, que assegura que “a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para [...] exercer o direito à família e à

convivência familiar e comunitária” (art. 6º, V). A Lei nº 10.216/01, que preconiza que a pessoa deve “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família” (artigo 2º, parágrafo único, II), sendo dever do Estado garantir a participação da família no processo terapêutico (artigo 3º). O critério 2.3.5. do “Direito é Qualidade” (OMS), o qual informa a importância de o serviço de saúde “vincular os seus usuários às suas famílias e amigos, em sintonia com os desejos dos usuários”.

Já a convivência comunitária mostra-se não apenas inexistente mas, evidentemente, violada na qualidade do direito. A frase do mesmo artigo 2º, par. único, II, da lei 10.216/2001, finaliza incluindo a “comunidade” como objetivo do tratamento. O mesmo ocorre com o artigo 6º da LBI e o artigo 1.777 do Código Civil. Vemos, portanto, que o direito à convivência comunitária sempre acompanha o direito à convivência familiar, tamanha a importância no processo terapêutico e, para além, de reabilitação psicossocial.

Ademais, conforme artigo 22 da referida lei: “À pessoa com deficiência internada ou em observação é assegurado o direito a acompanhante ou a atendente pessoal, devendo o órgão ou a instituição de saúde proporcionar condições adequadas para sua permanência em tempo integral”.

Não se encontrou, em nenhuma instituição inspecionada, a existência de local destinado para a(o) acompanhante pernoitar, caso seja desejo da usuária(o), a não ser no caso de crianças e adolescentes, o que será discutido no capítulo 6.

3.2.2. Direitos sexuais

O exercício da sexualidade como base dos direitos sexuais, de natureza intransigível e irrenunciável, é um direito humano reconhecido nacional⁴⁷ e internacionalmente⁴⁸. Atualmente, há um vasto tecido normativo para apoiar sua garantia, por isso, a LBI dedica o artigo 6º quase inteiro para assegurar direitos sexuais e reprodutivos a um nível de igualdade de

47 Brasil. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

48 NAÇÕES UNIDAS. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.

condições em relação a qualquer outra pessoa sem deficiência, reforçando ainda que a deficiência não pode ser usada como justificativa para impedir o exercício dos direitos sexuais.

A CDPD aponta que os serviços de saúde deverão levar em conta as especificidades de gênero e, ainda, que devem seguir um conjunto de “programas de atenção à saúde gratuitos ou a custos acessíveis da mesma variedade, qualidade e padrão que são oferecidos às demais pessoas, inclusive na área de saúde sexual e reprodutiva” (art. 25).

Nada obstante, o que se verificou nos hospitais psiquiátricos inspecionados foi a recorrente informação de violação dos direitos sexuais de muitos dos sujeitos internados, como podemos ler abaixo:

a. Negação da sexualidade

Ao ingressarem na instituição, os internos são inicialmente separados pelo sexo biológico (ala masculina ou ala feminina) e, após a avaliação psiquiátrica, são diagnosticados e classificados em duas únicas categorias, psicóticos ou usuários de álcool e outras drogas, entretanto são mantidos na mesma ala durante o período de internação. Há ainda uma terceira categoria de interno, os “moradores”, apelidada de “meninhos”, na qual, segundo os trabalhadores, homens e mulheres não são separados durante a estadia no pátio e nas atividades, pois não possuiriam expressão de suas sexualidades (Clínica Nosso Lar Adamantina, Adamantina – SP).

Em entrevista afirmou ter desejo e interesse sexual por outras pessoas, porém isso era problemático por conta da disposição física do hospital (não havia privacidade em seu quarto, dormiam mais três pessoas com ele) e a interação entre homens e mulheres era comprometida pela separação dos andares. Relatou a enorme dificuldade e resistência da instituição compreender e aceitar a sexualidade dos idosos(as) (Lar Bussocaba, Osasco – SP).

Outro fator que chamou atenção da equipe foi a forma de regras estabelecidas sobre a sexualidade. No momento da inspeção foi visto e escutado/ouvido uma profissional dizer a paciente sobre a proibição de namorar na instituição, estando sujeitos a advertências. Compreende-se o papel institucional na tutela dos pacientes sob seus cuidados, e suas responsabilidades sobre as terapêuticas para a melhoria dos quadros e remissão dos sintomas, quando possível (Casa de Eurípedes, Goiânia – GO).

A este respeito, foi relatado por mais de um profissional que a questão sobre relacionamento sexual entre os pacientes, embora discutida em equipe, não faz parte de um consenso terapêutico sobre sua prática e a conduta a seguir. Assim, segue-se à execução de condutas pontuais por parte de acordo com cada profissional diante de casos concretos, cabendo principalmente à equipe de enfermagem seguir com procedimentos no sentido de vigiar os pacientes, na tentativa de evitar qualquer tipo de contato sexual entre os mesmos, ou seja, reprimi-los (CIAPS Hospital Adauto Messejana, Cuiabá – MT).

b. Prescrição compulsória de medicamento anticoncepcional:

O uso de anticoncepcional é prescrito pelo médico quando há, segundo a direção, “exacerbação sexual”. Em outro momento a diretoria havia informado que a prescrição era compulsória (CAIS Clemente Ferreira, Lins – SP).

c. Ausência de preservativos - proibição do contato sexual:

Também foi informado pela direção que desconhecem algum caso em que uma pessoa internada no serviço tenha sido alvo de abuso sexual, relatando que já houve casos de relação consentida entre pacientes e que nesses casos há o protocolo de exposição sexual (os pacientes são avaliados e medicados, conforme o caso, para evitar transmissão de DST's). Não há possibilidade de contato íntimo durante a internação, e por isso a instituição não distribui preservativos, mas fornece anticoncepcionais caso a pessoa já faça uso anterior e solicite à equipe dar continuidade (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

Não há preservativos disponíveis e os intercursos sexuais entre os internos não são permitidos pela instituição, embora usuários e profissionais relatem sua ocorrência ocasional. Desta forma, as relações sexuais ocorrem sem a devida proteção. (Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói – RJ).

Não há oferta de preservativos, e a questão da sexualidade permanece como tabu entre os trabalhadores. Durante entrevista, alguns trabalhadores demonstraram surpresa quando perguntados sobre a oferta de preservativos. Todos entrevistados afirmaram saber que na instituição “isso acontece”. “Temos suspeitas de que eles mantêm relações sexuais”, disse-nos um dos trabalhadores. O assunto parece ser velado e invisibilizado (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

Durante entrevista com a direção do hospital, foi observado que há

conhecimento e reconhecimento de que relações sexuais acontecem no hospital, todavia, não ficou evidente que há cuidados para que as relações sexuais aconteçam de modo seguro ou cuidada pelo hospital (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

- d. Imposição de castigos⁴⁹ resultantes da experiência da sexualidade – contenção mecânica e prescrição de medicamento:

Numa unidade feminina uma usuária expressou que quaisquer atos íntimos podem ser punidos pela equipe, sendo possível a contenção (Hospital Especializado Lopes Rodrigues, Feira de Santana – BA).

A unidade não distribui preservativos e a prática sexual é proibida nas suas dependências. Os profissionais quando notam qualquer comportamento considerado como “inadequado” ou de “exacerbação da libido” são orientados a informar ao médico assistente para que este reveja a prescrição da medicação (Hospital Juliano Moreira, Salvador – BA).

No decorrer da inspeção/fiscalização, foi destacado vários momentos que as práticas sexuais não são permitidas, não há distribuição de preservativos, nem atividades que visam orientar sobre doenças sexualmente transmissíveis [...] fica compreendido que a intervenção é separar as partes e submeter a contenção caso necessário (Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira, João Pessoa – PB).

Em relação a expressão da sexualidade, foi relatado que nos casos em que são identificadas qualquer situação de hipersexualização, a equipe do Hospital fica monitorado o interno e é feito encaminhamento para atendimento médico. Essa conduta era adotada porque não havia uma política de oferta de métodos contraceptivos (camisinha, anticoncepcional) aos internos (Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque, Arapiraca – AL).

Não é permitido aos pacientes ter visita íntima; caso ocorra, abordam a situação, conversam, e há um protocolo para fazer testes clínicos. A equipe avalia se um dos pacientes será transferido para outro setor (Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP).

49 No capítulo 2 discute-se com mais detalhes as contenções mecânicas e químicas e seu uso como castigo.

Todos os estabelecimentos visitados organizam as enfermarias com separação por sexo masculino e feminino, sendo que em alguns nem atividades em conjunto é permitido.

Não se constatou preocupação acerca das questões de diversidade de gênero e de orientação sexual, senão para desconsiderar as diferenças e desejos, o que infringe o artigo 18, parágrafo 4º, VI (respeito à especificidade, à identidade de gênero e à orientação sexual da pessoa com deficiência) e VII (atenção sexual e reprodutiva, incluindo o direito à fertilização assistida) da LBI. Mesmo em casos de curatelados nos hospitais inspecionados, essa não pode ser condição para relativização do exercício dos direitos sexuais, conforme trata o artigo 85, parágrafo 1º da LBI.

Cabe destaque o fato relatado acerca da administração de contraceptivo às mulheres. Isso contraria frontalmente a lei Brasileira de Inclusão, tanto relativa aos direitos de saúde sexual e saúde reprodutiva das pessoas com deficiência quanto à obrigação de garantia de consentimento. Se, no contexto das mulheres, há uma contracepção compulsória, em geral, também ocorre a proibição do autocuidado: preservativos indisponíveis significa uma expressiva exposição às infecções sexualmente transmissíveis, bem como à gestação não desejada – o que infringe as normas e diretrizes do Ministério da Saúde.⁵⁰

Aqui são reveladas algumas compreensões que perfazem a cultura das instituições: a de que os direitos sexuais podem ser violados; a de que há uma capacidade institucional de garantia absoluta da abstinência sexual; a de que a consequência da admissão da abstinência pode ser acompanhada da ausência de preservativos. Essas três posições institucionais violam, sistematicamente, uma série de direitos humanos, como o direito à saúde (autocuidado, planejamento familiar e sexualidade), direito ao consentimento (em relação à contracepção compulsória ou à falta de oportunidade de se proteger das IST), direito ao próprio corpo, direito à intimidade e direito à informação (porquanto, negados os direitos sexuais, nega-se também, automaticamente, o acesso às informações pertinentes ao contexto do exercício dos mesmos direitos).

50 BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes. 1999. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

3.2.3 Direito à não discriminação

De acordo com o Censo Psicossocial⁵¹ realizado em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo em 2008, havia, em relação à população geral do estado, mais pessoas negras do que brancas no interior dos estabelecimentos em situação de institucionalização. Pertinência cabe a esse exemplo pela significativa amostra, dado que se tratava e se trata do estado com maior número de estabelecimentos. Todavia, durante a Inspeção Nacional, nem todos os relatórios estaduais trouxeram discussões sobre a população negra nos estabelecimentos visitados, muito em razão da ausência de informações:

A instituição não possui dados específicos e precisos sobre cor e raça e nem de orientação sexual das(os) internadas(os) (Lar Bussocaba, Osasco – SP).

Não pôde ser observado em nenhuma ficha ou prontuário a menção à raça/cor/etnia como quesito de preenchimento obrigatório. (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

Apesar de a maior parte do público da instituição ser composta de pessoas pretas e pardas, não foram observadas ações de debate sobre a questão racial. O dado exato não foi informado pela instituição. O mesmo se dá em relação aos trabalhadores (Hospital Especializado Lopes Rodrigues, Feira de Santana – BA).

Ademais, faltam dados sobre raça/cor, identidade de gênero e sexual, pessoas com deficiência (sim/não), gestante, interdições e benefícios. (Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, São José – SC)

A ausência de registros qualificados aponta para a invisibilidade dessa população, o que impacta diretamente na qualidade da assistência prestada, ainda mais se nos atentarmos para a hipótese de a maioria das pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos ser negra, como mostrou o raro Censo Psicossocial realizado no país. Nem todos os relatórios estaduais apresentaram análise sobre a quantidade de pessoas negras internadas, mas os que se debruçaram, destacados abaixo, sobre esse assunto apontaram a predominância dessa população em relação à branca e indígena.

⁵¹ SILVA, Ana Luisa Aranha e et al. Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. In: BARROS, Sônia; BICHAFF, Regina (Orgs.). São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2008. 170 p.

Todavia, durante a inspeção se mostrou em destaque a diferença étnica entre os ocupantes dos leitos SUS e dos leitos privados, destacando-se que nos leitos SUS observa-se predomínio da população preta e parda e nos leitos privados predomínio de pessoas brancas e amarelas. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de tal levantamento tendo em vista, além da Portaria GM/MS nº 344, de 1 de fevereiro de 2017, também a Resolução CFP 018/2002 que versa sobre a atuação da Psicologia diante o racismo no país, entendendo que diante do número de pessoas negras e pardas internadas e da atuação profissional da Psicologia e de a Resolução existir há dezessete anos, seria de fundamental importância que tal quesito fosse levado em consideração assim como estudado em aspectos de saúde como prevalência e incidência da privação de liberdade como método de “tratamento” da população negra e parda nos leitos SUS (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

De acordo com os dados fornecidos pelo hospital, à época da visita, havia sessenta e quatro pacientes em quatro dos oito módulos de internação das unidades. Desses, trinta e cinco se declararam como negros e pardos, um como indígena, doze brancos e dezesseis não informaram. A história do processo manicomial no Brasil andou em paralelo com as políticas de higienização de raça propostas pelos governos do século passado. É fato que existiu um enorme esforço em retirar das pessoas negras o direito à livre circulação pelos espaços, especialmente das pessoas negras com transtorno mental ou que apresentasse qualquer comportamento tido como diferente ou transgressor. O HJM foi palco do processo manicomial na Bahia e até os dias atuais guarda resquícios do que aconteceu na história em suas paredes. Ainda que a maioria dos seus internos e também dos moradores seja composta de pessoas negras, o Hospital Juliano Moreira, não possui nenhum tipo de documento apresentando propostas para se discutir a questão racial e a relação com o sofrimento mental (Hospital Juliano Moreira, Salvador – BA).

Dos vinte pacientes internados à época da visita, dezessete deles se autodeclararam como pardos ou negros (Hospital Especializado Mário Leal - Salvador – BA).

Cabe frisar que a maior parte dos pacientes da instituição que eram negros e negras, idosos, aparentavam ter algum tipo de deficiência intelectual, mas não problemas caracteristicamente psiquiátricos (Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ).

No que se refere a estrutura, o local onde ficava a “senzala” se mantém

como uma “senzala”. Na ala masculina, por exemplo, a maioria dos internos eram negros, sendo assim torna-se necessário ter a compreensão de como se dá as dinâmicas raciais, como são moldadas, e os marcos da violência que atingem a população negra. Isso também foi observado no que tange a ala feminina. São nítidos nos espaços percorridos, as consequências devastadoras das desigualdades sociais e raciais (Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ).

Alguns relatórios estaduais apontaram inclusive situações de racismo identificadas pelas) próprias(os) internados(os). Nesse sentido, há que se atentar para a invisibilidade dessa população pode mascarar situações de racismo que não foram identificadas pelas equipes, o que mais uma vez coloca essa população em maior situação de risco:

Algumas internas disseram que as técnicas as chamavam “macacas” e “pretas sujas” por serem negras. Não podemos deixar de ressaltar que a esmagadora maioria das(os) usuárias(os) da unidade eram negras(os), o que ocasiona uma grave preocupação dos usos das políticas de internação atingindo de forma desproporcional um grupo étnico específico (Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ).

A Cidade de Vassouras surgiu em 1782, através de sesmaria de Francisco Rodrigues Alves, onde foi o primeiro no cultivo do café na região. Vassoura se destaca na produção cafeeira através da mão de obra africana e do tráfico interno de escravos, primeiro a cultivar lavouras de café na região. Foi elevada à categoria de Vila em 1833 e a cidade em setembro de 1857. Foi possível observar dentro do espaço a manutenção da continuidade da ordem senhorial, onde a “Casa Grande” mantém as mesmas relações de subordinação e humilhação com as(os) funcionárias(os) e com os pacientes (Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ).

Diante do que foi possível perceber na unidade visitada a saúde mental da população negra, requer com urgência que seja pensado políticas públicas num contexto comunitário-familiar, voltada de forma específica a condição da mulher negra e voltado exclusivamente na formação do indivíduo. Fatores como o desemprego, que promove o enfraquecimento em decorrência de falta de trabalho, educação, moradia a segurança pública, toma a população negra como inimiga, promovendo o extermínio psíquico, físico, cultural, desenvolvendo alto sofrimento mental, o uso abusivo de drogas, o alcoolismo, reforçado por um imaginário social em que afirmam que somos sujos, preguiçosos e indesejáveis (Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ).

Conforme a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra,⁵² racismo institucional:

constitui-se na produção sistemática da segregação étnico-racial, nos processos institucionais. Manifesta-se por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes de ignorância, falta de atenção, preconceitos ou estereótipos racistas. Em qualquer caso, sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios produzidos pela ação das instituições.

Condutas institucionais de equipes dos hospitais inspecionados manifestam-se, por exemplo, nas anotações iniciais, quando da admissão do sujeito na internação. Ainda que obrigatório por lei, o preenchimento dos quesitos raça/cor não ocorre nos termos em que dispõe a Lei nº 8.080/90 (SUS) e, em detalhe abaixo, a Portaria GM/MS nº 344/2017:⁵³

Artigo 1º A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor serão obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, **de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde**, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena (grifo nosso).

Para além do direito de a(o) gestora(or) do hospital e o Poder Público conhecerem o universo de pessoas internadas – como fim de singularizar o cuidado –, é um direito fundamental da pessoa realizar a sua autodeclaração.

52 A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra tem como marca: Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. Seu objetivo geral é: Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 10 out 2019.

53 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html>. Acesso em: 10 out. 2019.

4.

**VIOLENCIAS:
FÍSICAS,
ESTUPRO,
LGBTFOBIA,
REVISTA
VEXATÓRIA E
INTOLERÂNCIA
RELIGIOSA**



Fotografia
48: *Clínica São Francisco, São Luís – MA. Uma mulher negra está descalça e com a saia manchada de sangue menstrual.*

Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

INTRODUÇÃO

A realidade encontrada nos hospitais psiquiátricos é de cotidiana violação de direitos humanos, pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental tratados como não cidadãos, submetidos a qualquer tipo de “atendimento” sem preocupação com a qualidade da assistência prestada, na contramão das diretrizes de atenção à saúde definidas pelo SUS. Foram identificadas diversas situações de violação de direitos humanos que apontam para práticas de tortura e outros tratamentos cruéis, desumanos e degradantes, além de denúncias de estupro, violência de gênero, desrespeito à crença, revista vexatória como método institucional e a imposição de religião como método terapêutico.

Esse é um extrato do olhar a ser desenvolvido neste capítulo. Aqui foram destacados alguns aspectos que corroboram a afirmação de que essas instituições são, ao contrário de qualquer cuidado que no discurso se pretende fazer crer, espaços propícios ao tratamento cruel, desumano e degradante, portanto, de tortura.

Para isso, foram destacadas algumas questões que atravessam a existência de pessoas submetidas à privação de liberdade nessas instituições, divididas nos seguintes subtópicos: Violência física e sexual; Violência relativa ao gênero, à identidade de gênero e à orientação sexual; Violação ao direito à intimidade e à proibição de revistas vexatórias; e Violação à liberdade religiosa.

4.1 VIOLÊNCIA FÍSICA E SEXUAL

Considerando que, para além de todo arcabouço legislativo e normativo apresentado ao longo desse Relatório Nacional, a Constituição Federal estabelece no artigo 5º, inciso III, que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante” –situação contrária identificada durante as inspeções, sobretudo pelas marcas de lesões físicas observadas em diversas situações nas pessoas internadas e pelos relatos de abusos e assédios sexuais narrados pelas pessoas entrevistadas nos hospitais psiquiátricos.

Além do emprego de violência física observado nas contenções, quinze¹ relatórios estaduais destacam relatos de usuárias(os) sobre violências

1 Além dos oito destacados: Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE); Hospital Adauto Botelho (Cariacica – ES); Casa de Eurípedes (Goiânia – GO); Instituto de Psiquiatria da Paraíba (João Pessoa – PB); Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR); Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ); Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP)

diversas infligidas por profissionais de saúde, a saber:

No tocante ao relacionamento com a equipe, manifestaram descontentamento com a conduta de funcionários que denominaram de “guardinhas”, informando que eles são agressivos, querem bater nos pacientes e amarrá-los “sem necessidade”, por isso disseram acreditar que o centro psiquiátrico já deveria ter sido fechado. Também mencionaram que quando solicitam fazer algo que está fora do horário, como por exemplo, escovar os dentes, as(os) funcionárias(os) não permitem o acesso ao material de higiene e agem com rispidez e truculência. Um dos pacientes informou que em internações anteriores foi agredido e disse que teve o rosto ferido, mas não deixou claro se foi por uma(um) paciente ou por uma(um) funcionária(o). Constataram-se, ainda, momentos em que elas(eles) ficaram desassistidos pelas(os) funcionárias(os) da equipe técnica em episódios de agressões físicas entre os pacientes, os quais foram contidos por outros pacientes, fato presenciado pela equipe por duas vezes durante a inspeção. Durante a entrevista com uma paciente, essa reclamou da truculência de alguns enfermeiros. Declarou que um deles feriu sua mão, pisando nela. (Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, Manaus/AM).

Destaca-se que um paciente solicitou a um dos membros da equipe de inspeção que identificasse um outro paciente que teria sido vítima de agressão física por membros da equipe da clínica. Pelos relatos, essa prática era comum e executada tanto pelos profissionais quanto por outros pacientes atendendo a comando de profissionais da clínica. Esse paciente foi identificado e apresentava hematomas e marcas da agressão e confirmou a informação (Clínica São Francisco, São Luís – MA).

Os pacientes denunciaram tortura e agressões praticadas por três funcionários de segurança. Reclamaram que não têm atividades para se ocupar e isso piora ainda mais a saúde mental. As demais queixas dizem respeito à ausência de visita íntima, desejo de transferência para seus municípios, uso de spray de pimenta e agressão verbal como forma de fazer prevalecer a autoridade do agente de segurança, contenção mecânica em situação violenta, degradantes violências físicas e falta de informações sobre seus processos (assistência jurídica). Mostraram um dos internos que estava sem um dos dentes em decorrência de ter sido agredido fisicamente por um dos agentes de segurança do referido local (Hospital Nina Rodrigues, São Luís – MA).

[...] funcionário empurra paciente, bate nos desorientados porque não sabe o que tá fazendo, mas eles empurram, eles batem, machucam, maltratam e quando vocês saírem daqui a pressão vai ser em cima de nós dois, sabia disso? (Clínica La Ravardiere, São Luís – MA).

[...] uma usuária relatou maus tratos perpetrados por alguns funcionários, incluindo tapas e, em uma das vezes, queimada por cigarro (Hospital Psiquiátrico de Jurujuba - Niterói – RJ).

Entre os entrevistados e entrevistadas constatou-se recorrentes queixas de maus-tratos, violência e tratamento desumano, humilhante e rude com falas grosseiras e autoritárias por parte dos profissionais da enfermagem na unidade (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO).

As pessoas internadas na UDQ relataram ser comum situações de conflito e violência física (agressões) entre os usuários da ala. Perguntados sobre a forma da instituição mediar tais situações, muitos afirmaram que os profissionais não costumam intervir, fazendo “vistas grossas” e “permitindo que os pacientes resolvam por si próprios”. Diferentes relatos afirmaram a existência de líderes (denominados “xerifes”) destacados entre os próprios usuários, os quais gerenciam os conflitos por meio da coação e aplicação de sanções disciplinares, incluindo o emprego da violência física, à semelhança do funcionamento de unidades prisionais (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR).

Uma usuária entrevistada no pátio SUS informou que “[...] se ‘fizer arte’ fica amarrada. E eu mesma cheguei a ficar com hematomas e fui falar com médico, e ele me falou que ‘eu’ que me machuquei.” ainda, que “[...] quando há briga aqui no pátio ou nos quartos os funcionários puxam pelos cabelos, amarram e dão remédio.”. Outro usuário relatou: “Estou com buracos e dor nos dentes vinte e quatro horas por dia e os funcionários falam para esperar e nada do atendimento.”. (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

Para além das agressões e violências mencionadas, ressaltam-se as graves de abuso sexual e de estupro em seis das instituições inspecionadas:

Na ala feminina houve diversos relatos de situações de violência sexual contra as pacientes praticados por profissionais da instituição e por pacientes da Ala Masculina que tinham contato com funcionários que facilitam a entrada na Ala durante o período da noite. A primeira vez que fui internada (2014) fui abusada por um homem interno, e que naquela

época eu era virgem ainda. Isso mexeu muito comigo, estou superando isso até hoje. (Clínica São Francisco, São Luís – MA).

Ainda segundo a narrativa dos pacientes, reclamações do modo como são tratados pelos funcionários da Clínica, muitos ficam contidos quando estão agitados ou se envolvem em brigas. Os pacientes que estavam em condições de prestar qualquer esclarecimento informaram que o tratamento da clínica é desumano, que não é permitido que os familiares entrem na área de alojamento, pois em dias de visita eles são levados para outros espaços, de modo que seus familiares não conhecem a realidade em que estão alojados, com a finalidade de esconder as reais condições da internação. Os entrevistados relataram que existe relação sexual entre os internos e também entre estes e os profissionais da unidade (Clínica La Ravardiere, São Luiz – MA).

A equipe da inspeção foi informada que já ocorreu abuso por parte de um funcionário à uma paciente, a qual, inclusive, engravidou, esse funcionário foi preso. Informam que em caso de novo acontecimento de violência contra pacientes, a instrução é que se comunique, imediatamente, a direção para a adoção de medidas cabíveis (Casa de Saúde Santa Mônica - Petrópolis – RJ).

Houve relato de um trabalhador que foi demitido por justa causa, após descoberta de que o mesmo mantinha relações sexuais com uma paciente (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira - São Sebastião do Paraíso – MG).

Uma profissional do dispositivo quando questionada sobre violações de direitos dos usuários relatou que, em caso de qualquer tipo de abuso ou violência o hospital dispõe de protocolo interno para resolver incidentes, aciona o Ministério Público para conhecimento e apuração da situação e a comissão de saúde do trabalho local para investigação e providências. Ela informou ainda que alguns profissionais foram demitidos por justa causa após abusar sexualmente de pacientes que denunciaram o fato (Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, Fortaleza – CE).

Durante a entrevista com uma paciente, esta reclamou da truculência de alguns enfermeiros. Declarou que um deles feriu sua mão, pisando nela. Informou que já foi estuprada duas vezes, em internações anteriores há aproximadamente três anos, por funcionários da instituição e relatou detalhes das violências sofridas. Contou que em uma das agressões estava amarrada e um funcionário barganhou sua soltura em troca do

ato sexual. Em outra ocasião, a barganha foi feita por comida. Ressaltou que depois disso o funcionário levava bebida alcoólica à instituição, consumia e a punha à disposição para a paciente. Frisou que os estupros aconteceram em gestões anteriores, e que os fatos são de conhecimento de seus familiares, mas explicou que a família não tomou nenhuma providência. Informou que denunciou a violência à direção da época, a qual não adotou nenhuma medida, pois, segundo a paciente, o diretor já estava “se aposentando”. Quando questionada sobre os fatos relatados pela paciente, a diretora do Centro Psiquiátrico afirmou que desconhece esses episódios especificamente e que, mesmo tendo acontecido em gestões anteriores, nunca foi informada sobre as referidas violências. Contudo, declarou que já houve relatos de abuso e assédio sexual de funcionários contra pacientes e que após tomar ciência dos fatos, solicitou o afastamento desses funcionários, bem como seus retornos à Secretaria de Saúde (SUSAM), mas esclareceu que não foi tomada nenhuma providência pela secretaria. Declarou, ainda, que não foi feito Boletim de Ocorrência em delegacia sobre os supostos abusos e tampouco instaurado Processo Administrativo Disciplinar, para a devida apuração. (Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, Manaus/AM)

Em outras quatro instituições psiquiátricas foram relatadas suspeitas de assédio e abuso sexual:

Já houve suspeita de abuso, mas não se confirmou, mesmo com exame médico. Tratou-se de um interno com outro interno, fato ocorrido há quatro meses aproximadamente. Não há nenhum tipo de orientação aos usuários de providências em caso de abuso (CAIS Clemente Ferreira, Lins – SP).

Narrativas deixam evidente o medo que as mulheres sentem em relação à violência sexual, no entanto observou-se as dificuldades em expor ou falar de algumas situações concretas (Casa de Eurípedes - Goiânia – GO).

Desta forma, as violações também aparecem nas questões que deveriam ser significadas e tratadas na forma de especificidades de gênero, dentro dos parâmetros da garantia de direito e legalidade, como por exemplo a violência contra as mulheres, principalmente a violência e/ou abuso sexual, (seja entre pacientes ou de profissionais para com pacientes). A este respeito o que ficou denotado é o “problema” de não saber se é verdade, porque são pessoas com transtorno mental, nada se fazendo em relação ao encaminhamento dos “supostos” casos (CIAPS Hospital Adauto Botelho, Cuiabá – MT).

Vários pacientes declararam a prática de relações sexuais no interior da unidade. Considerando que esse consentimento não é válido, pela situação de saúde mental em evidência, há necessidade de se investigar eventuais práticas delituosas (art. 217-A, CPB), bem como de se verificar a incidência de eventuais doenças sexualmente transmissíveis, ou seja, a transversalidade da assistência em saúde necessária diante desses fatos identificados (Clínica São Francisco, São Luís – MA).

A privação de liberdade dessa população, em detrimento do cuidado em saúde, cria um cenário favorável para que o abuso sexual e estupro estejam presentes na vida dessas pessoas, especialmente das mulheres.

4.2 VIOLÊNCIA RELATIVA AO GÊNERO E À ORIENTAÇÃO SEXUAL

A ausência de dados acerca da raça, cor, idade e orientação sexual implica não pensar o sujeito na sua singularidade, nas características e contexto que o constituem, o que pode gerar desumanização, violações e violências no processo de cuidado.

Necessário reforçar que, diante da falta dessas informações, dados e estratégias terapêuticas deixam de levar em consideração padrões sociais e culturais arraigados que geralmente estabelecem processos de sofrimento e adoecimento psíquico. Assim, os espaços de saúde não podem ignorar tais dados e devem desenvolver e implementar programas para enfrentar a discriminação, preconceito e outros fatores sociais determinantes nos processos de saúde e doença das pessoas, como já previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, a saber:

Art. II. Toda pessoa tem capacidade para gozar os direitos e liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, opinião, ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento ou qualquer outra condição.

Art. III – Toda pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal. [...]

Art. V - Ninguém será submetido a tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante. [...]

Art. VII - Todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação.

Além disso, no campo das pessoas privadas de liberdade, aprofundado a Regra nº 2, das Regras de Mandela, que proíbe a discriminação baseada em cor, raça, sexo, entre outras, há dois documentos que aprofundam os direitos de pessoas reclusas em razão do gênero, da orientação sexual ou da identidade de gênero, respectivamente: Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas não Privativas de Liberdade para Mulheres Infratoras, de 2009, conhecidas como Regras de Bangkok,² e os Princípios de Yogyakarta de 2006, sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e à identidade de gênero.³

Contudo, nas inspeções foram encontradas situações de violência e assédio em função do gênero, a saber:

Ressalta-se que em conversa com um dos psiquiatras (trabalhador da instituição há mais de trinta anos), este relatou que costuma dizer em atendimentos grupais com mulheres que realiza no hospital, que utiliza uma técnica para detecção de mentiras e por isso elas devem contar a ele toda a verdade, não escondendo nada. Diz que os “óculos que utiliza são um detector de mentiras e que quando o coloca consegue até ver as pacientes nuas”. Além disso foi possível observar durante a visita que tanto enfermeiro quanto médico faziam falas direcionadas às mulheres sobre a beleza, elogios ao corpo, promessas de casamento e filhos para elas, o que indica violência de gênero e assédio travestidos de brincadeira (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP).

2 NAÇÕES UNIDAS. Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras (Regras de Bangkok). 2010. Disponível em: <<https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2012/09/Tradu%C3%A7%C3%A3o-n%C3%A3o-oficial-das-Regras-de-Bangkok-em-11-04-2012.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.

3 Princípios de Yogyakarta. Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. 2006. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/gays/principios_de_yogyakarta.pdf>. Acesso em 10 out. 2019. <http://www.clam.org.br/uploads/conteudoincipios_de_yogyakarta.pdf>. Acesso: 19 nov 2018.

Em registro no livro de intercorrência sobre a admissão de mulheres com dependência química, são citadas informações, aparentemente, irrelevantes, como terem prótese de silicone nos seios e, no caso de uma delas, tatuagens pelo corpo todo, podendo indicar situação de estigmatização e preconceito. (Clínica Antônio Luiz Sayão - Araras – SP).

Verificou-se na unidade Roberto Mercatelli que as mulheres estavam em sua maioria com os cabelos cortados bem curtos. Compreende-se que tal padronização é um desrespeito a expressão das diversas formas de expressar identidades, sob a justificativa de maior facilidade nos cuidados (Clínica Antônio Luiz Sayão - Araras – SP).

Algumas mulheres internadas se queixaram do fato de pessoas com questões relacionadas ao uso de álcool e/ou drogas serem tratadas junto com pessoas com diagnóstico de outros transtornos mentais e ainda algumas mulheres se queixaram que foram internadas por motivações outras que não sua proteção e cuidado somente, mas sim por interesse de parentes a ter acesso a seus bens (Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente – SP).

... foi mencionado que no setor feminino há menos atividades, pois elas não teriam “tantas condições de participarem” (Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP).

A equipe técnica da ala feminina nos recebeu de forma ríspida. Percebemos que a equipe, de uma maneira geral, mostra preferência em atuar no setor masculino, tendo relatado que as mulheres são mais “porcas e barulhentas” (Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ).

Na enfermaria feminina a distribuição de itens de higiene é pouca: um pequeno sabonete ou parte de um é entregue de manhã na hora do banho. Não são disponibilizados outros itens. Houve grande reclamação em relação à falta de absorventes. A clínica não compra absorventes, que podem chegar até as mulheres internadas apenas por doações ou por suas visitas, no entanto houve relatos de panos, papel higiênico e fraldas ou pedaços de fraldas geriátricas utilizadas como absorvente. Foram muitas as mulheres que disseram querer ir embora e que era muito ruim permanecer internada naquele local, devido ao ócio e a solidão (Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ).

Foram muitas as queixas em relação à alimentação, sendo dito que as mulheres fazem as refeições antes dos homens e por isso não podem

repetir, caso desejem. Neste momento um dos funcionários inclusive apontou, de forma crítica, que esta organização é baseada na crença discriminatória de que “mulheres comem menos que homens” (Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ).

No que se refere às questões de gênero, a equipe identificou mulheres com hematomas, indicando possíveis agressões físicas, as quais foram atribuídas aos técnicos de enfermagem. Diante de relatos, disseram que estavam internadas sem desejo de estar ali, foram involuntariamente internadas devido crises e conflitos familiares. Foi possível observar que quando negam o uso de medicações são obrigadas forçadamente, o que resulta em agressões físicas (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO).

A situação ainda é mais precária na enfermaria feminina, seja no que se refere ao número de camas por quarto, que não cumpre as especificações da RDC no que se refere ao espaçamento entre os leitos, seja na conservação dos colchões e roupas de cama. O local onde as mulheres dormem é mal iluminado e possui um forte odor de urina. Em todos os quartos e corredores a iluminação é feita por tipo de lâmpadas que possivelmente não garante uma ambiência clara. Como ocorre nas enfermarias masculinas, não há luzes de emergência (Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ).

Devido ao estado precário de estrutura do hospital, principalmente dos banheiros (a maioria sem portas) e o uso obrigatório do uniforme institucional, considera-se que a privacidade e a possibilidade de expressão subjetiva principalmente das mulheres estão totalmente desconsideradas. Um outro fator que ressalta a invisibilidade e/ou dificuldade da equipe em construir tratamentos que trabalhem de forma inclusiva esta questão, foi observada nas atividades oferecidas, distinguidas como sendo para homens e para mulheres (reforçando papéis) como se pode ver constar no PTG da Instituição (CIAPS Hospital Adauto Botelho, Cuiabá – MT).

Isso é evidenciado, por exemplo, em como as mulheres, diferente dos homens, não têm acesso a televisão na sua ala, ficando ociosas boa parte do tempo. Em entrevista com as usuárias uma delas conta que a televisão do espaço de convivência fora quebrado, o que poderia justificar a ausência da mesma, embora a não reposição deste pode ser sugestiva, seja no que tange ao tratamento de gênero quanto ao não investimento em atividades terapêuticas (Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA).

Em Itapira – SP, notou-se a presença de gestantes mantidas isoladas e sem ações que fortaleçam sua rede comunitária de suporte para a vida em liberdade:

Há gestantes na instituição. Segundo profissionais da ala SUS, as usuárias fazem o pré-natal no hospital e permanecem internadas até o nascimento do bebê, quando então é feita articulação com a rede de atenção municipal para continuidade dos cuidados com o bebê. Explicaram que mesmo que a gestante tenha sido internada voluntariamente e queira sair do hospital, só é permitido se a família se responsabilizar pela usuária e pelo bebê (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

Muitos relatos apontaram violações, despreparo, preconceito e discriminação em relação à orientação sexual e à identidade de gênero. Seguem mais recortes sobre a realidade encontrada:

Na unidade Rached havia um adolescente acomodado na enfermaria, em separado dos demais, por ser homossexual. O usuário relatou à equipe preferir dormir na enfermaria e compreender que a medida restritiva tinha um propósito protetivo, evitando que os outros adolescentes “mexessem ou tirassem sarro dele” (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

Destaca-se, ainda, a proibição dos homens ficarem sem camisa e a orientação ao uso de “roupas largas” por mulheres transexuais, a fim de “minimizar as diferenças”, denotando a inadequação das ações assistenciais relacionadas aos direitos do público LGBT, no que se refere à identidade de gênero. A manifestação dos funcionários e do diretor na perspectiva de “minimizar as diferenças” sugere a intenção de invisibilizar a identidade de gênero. A direção admitiu que o estabelecimento não respeita o direito ao uso do nome social, identificando os usuários pelo “nome de batismo”, em descumprimento à Portaria GM/MS nº 1.820 de 13/08/2009. Sugere-se à Defensoria Pública e ao Ministério Público avaliar as condições de escuta, as oportunidades de escolha conferida a essas mulheres quanto ao perfil de gênero da unidade de internação, bem como o respeito às singularidades das ações em saúde propostas, visando a integralidade do cuidado (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

Ainda neste setor, paciente transexual passou todo o período de internação na enfermaria clínica com a alegação de que não poderia descer para os dormitórios por ter prótese nos seios (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

Os fiscais presenciaram uma mulher trans e ela confirmou em seu relato que não é respeitado seu nome social, nem sua identidade de gênero no momento de escolher roupas, pois usa o uniforme masculino como os homens de sua ala, afirmou que preferia estar na ala feminina,

porém não lhe foi dada tal opção em sua entrada e nenhum profissional perguntou a ela sobre seu interesse. Alegou que antes da internação fazia tratamento hormonal, porém no hospital não deram continuidade, e não foi informada sobre seu direito de manter o tratamento. Ressaltou que somente uma profissional a chama pelo nome social (Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP).

Um usuário, que referiu ser homossexual e ser soro positivo, declarou que é assediado pelos demais, no sentido de quererem relacionar-se sexualmente com ele. Alegou também já ter ouvido profissionais fazendo piadas de cunho homofóbico, e que os profissionais já viram o assédio que ele sofre dos demais usuários, mas não tomaram qualquer atitude (Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP).

Em entrevista o usuário homem trans que se encontrava na ala feminina SUS, este relatou que permanece no espaço feminino, pois teme utilizar o espaço masculino e “ser estuprado.” Quanto ao nome social referiu que respeitam o nome, porém há discriminação e já chegou a ser questionado pela equipe “você não tem pinto, mostre o pinto então.” (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

A equipe de inspeção constatou que havia uma mulher transexual internada na Ala Pluri Masculina. De acordo com as informações prestadas por funcionários do hospital, a internação era recente, tendo chegado através da CROSS como paciente do sexo masculino, sendo que o hospital havia disponibilizado vaga em ala masculina, não havendo, naquele momento, leito disponível na Ala feminina (Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente – SP).

Em relação às questões relacionadas à diversidade sexual e identidades de gênero, não é garantido, pelo hospital o pleno gozo de direito de expressar sua identidade ou autonomia pessoal, como por exemplo, por meio de comportamentos, vestimentas, características corporais, escolha do nome pelo qual deseja ser chamada (Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ).

...embora apresentem pessoas institucionalizadas que pertençam ao público LGBT, não há ações de trabalho destinadas aos mesmos. A direção da unidade assumiu que não há ações voltadas para as pessoas LGBT internadas na unidade (Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ).

Não foi identificado por meio das falas e/ou documentos qualquer tipo de ação voltada para a especificidade do público LGBT, ressaltando que não

há interação ou convivência entre os homens e mulheres internados na clínica (Casa de Saúde Santa Mônica - Petrópolis – RJ).

No que tange à identidade de gênero, a direção do hospital afirma que há uma separação do grupo que se identifica com orientação homossexual e que os horários de almoço e janta são organizados em momentos distintos do restante do grupo com identidade heterossexual para que “não haja mobilização demasiada” do grupo. Nesse sentido, pode-se observar que não política de cuidado à diversidade sexual, mas negligência e cisão - enquanto espaços coletivos -, pois não é sabido pela direção o que ocorre nos momentos que não são coletivos (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira - São Sebastião do Paraíso – MG).

As questões de diversidade sexual e identidade de gênero não emergiram nos discursos dos profissionais e da diretoria, demonstrando uma falta de debates e atividades nesse sentido. Não se observou ações voltadas aos direitos sexuais nem sobre prevenção à violência contra a mulher. Também não havia casos ou relatos de gestação na instituição (Hospital Especializado Lopes Rodrigues, Feira de Santana – BA).

O hospital relatou não ter nenhum tipo de ação voltada para atender as especificidades do público LGBT (Hospital Especializado Mário Leal, Salvador – BA).

Já no que se refere à voltadas especificamente ao público LGBTQI+, não é relatado nenhum procedimento, quaisquer orientações e/ou protocolos que visem atender as demandas relacionadas a questão, tão pouco a debates sobre o estigma que estes sofrem no cotidiano, muitas vezes acompanhado de violência em suas diversas fases (Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo - Fortaleza – CE).

No Hospital há o serviço ambulatorial de práticas transdisciplinares de atendimento para pessoas transgênero e ambulatório de transtornos da sexualidade humana. Os trabalhadores quando questionados sobre a ação, é expresso que nas unidades não há assistência caso o assunto seja sexualidade e gênero, o trabalho é realizado exclusivamente no ambulatório, em dia definido. As ações no que tange à sexualidade e gênero, ou sobre prevenção sexual, preconceito e discriminação são pouco desenvolvidas nas unidades, nos prontuários não foram identificados campos que pudessem enfatizar tais pontos. Assim como também, sobre situações de preconceitos racial, tão pouco é apresentado dados sobre raça/cor/etnia, o que dificulta a aferição para levantamento sobre possível racismo

institucional (Hospital de Saúde Mental de Messejana - Fortaleza – CE).

Não existem ações voltadas para a especificidade do público LGBT na instituição (Instituto de Psiquiatria da Paraíba, João Pessoa – PB).

Em relação ao atendimento no que diz respeito à diversidade sexual e a diferença de gênero, não foi visto nenhum tipo de preocupação e nem projetos específicos para tais questões, demonstrando uma invisibilidade e uma falta de entendimento perante tais situações (Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira, João Pessoa – PB).

Não foi apresentada uma orientação terapêutica específica relacionada às questões de gênero. Foi relatado que o hospital já recebeu uma mulher trans. Contudo, a direção lembrou que a ficou inicialmente na Ala Feminina, mas depois foi alojada na Ala Masculina, no setor de intercorrência psiquiátrica, isto é, no SOP. Esse fato sinaliza a dificuldade institucional em lidar com as demandas terapêuticas específicas da população LGBTI, inclusive no que tange ao manejo dos internos. Por fim, o lugar no qual ela ficou internada reforçam o tratamento discriminatório dispensado a questões relacionadas ao gênero (Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque, Arapiraca – AL).

Registre-se que, considerando ainda a vulnerabilidade e especificidade do público LGBTI, não são desenvolvidas ações destinadas especialmente a esse grupo. Obteve-se o relato de que já houve casos de internação de usuários homossexuais ou transexuais, mas não houve uma atenção a esse aspecto, acontecendo inclusive internação de uma mulher transexual na ala masculina, fato presente nos relatos de alguns usuários (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC).

Os corpos da população LGBTTTTI sofrem, demasiadamente, em qualquer contexto de privação de liberdade, seja pelo viés da discriminação, da tentativa de hetero-normatização de seus afetos, seja pela violência praticada e exercida em função da sua orientação sexual. A situação de vulnerabilidade deveriam mobilizar qualquer instituição a adotar estratégias de enfrentamento e combate às diversas violências sofridas por essa população. No entanto, o que se percebe é que para além da negligência da construção de estratégias de proteção à essa população, as próprias instituições psiquiátricas promovem mais vulnerabilidade, exposição e violência. Ademais, se faz imprescindível aprofundar a análise (não alcançada por esse relatório) sobre o que leva essa população a ser privada de sua liberdade nessas instituições e se as razões pelas quais isso ocorre estão ou não relacionadas à orientação sexual.

4.3 VIOLAÇÃO AO DIREITO À INTIMIDADE E À PROIBIÇÃO DE REVISTAS VEXATORIAS

Na Declaração das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, o Princípio 13, que versa sobre direito e condições de vida em estabelecimentos de saúde mental, estabelece que:

- 1) Todo usuário de um estabelecimento de saúde mental deverá ter em especial, o direito de ser plenamente respeitado em seu:
 - a) reconhecimento, em qualquer lugar, como pessoa perante a lei;
 - b) Privacidade;
 - c) Liberdade de comunicação, que inclui liberdade de comunicar-se com outras pessoas do estabelecimento, liberdade de enviar e receber comunicação privada não censurada; liberdade de receber, privadamente, visitas de um advogado ou representante pessoal e, a todo momento razoável, outros visitantes; e liberdade de acesso aos serviços postais telefônicos e, aos jornais, rádio e televisão;
 - d) Liberdade de religião ou crença.
- 2) o ambiente e as condições de vida nos estabelecimentos de saúde mental deverão aproximar-se, tanto quanto possível, das condições de vida normais de pessoas de idade semelhante [...]

Do mesmo modo, as Regras de Mandala, especificamente as regras 12 a 23 e 58 e 63, estabelecem parâmetros mínimos para a acomodação, higiene pessoal, vestuário próprio, roupas de cama, alimentação, exercício e esporte e contato com o mundo exterior das pessoas privadas de liberdade. Essas regras visam a garantir o acesso a direitos humanos básicos necessários à manutenção da integridade física, mental e moral daquelas pessoas que têm sua liberdade limitada e estão sob a responsabilidade de autoridade pública por estarem detidas.

Seguem abaixo relatos de violações desses direitos encontradas nos hospitais inspecionados:

Também mencionaram que quando solicitam fazer algo que está fora do horário, como por exemplo, escovar os dentes, os funcionários não permitem o acesso ao material de higiene e agem com rispidez e truculência. (Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, Manaus –AM).

Um usuário apontou que chegou ao hospital pelo posto de saúde “[...] por vontade própria, pois falaram uma coisa, mas quando cheguei aqui é tudo diferente e quero sair e tem muita agressividade por parte dos funcionários.” (sic) (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

A usuária se queixou de fome, e disse ter pedido para tomar banho de manhã, uma vez que estava menstruada, mas foi impedida (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

Há outro registro de intercorrência em que um usuário refere estar com dor de dente, sendo medicado com analgésicos. Há registros dos próximos dois dias, em que continua referindo a mesma dor e continua sendo medicado. Não foi encontrada a informação de encaminhamento para urgência odontológica (Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP).

Os outros casos de abusos e maus tratos contra os pacientes geralmente são registrados nos livros de ocorrência pelos técnicos de enfermagem. Há casos de cuidadores e técnicos de enfermagem que cometem estes maus tratos. As pessoas internadas falam sobre isso aos seus familiares e em alguns casos às assistentes sociais, relatam por sua vez (verbalmente, sem nenhum registro escrito) para a direção do Hospital. Ou seja, não há procedimento formal para o registro dos abusos e maus tratos contra os pacientes. O diretor do Complexo afirma que precisa ter provas do ocorrido, registro nos livros da Instituição. E em alguns casos, é instaurada sindicância (Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira - João Pessoa – PB).

O pátio concentrava um número significativo de pessoas durante a visita, denotando a escassez de atividades propostas pela equipe técnica. O sanitário do pátio era fétido, com rotina de manutenção de limpeza insuficiente. Os usuários, ao perceberem que compunham a equipe de visita, profissionais de órgãos dos direitos humanos, aproximaram-se com afinho, demandando o contato com os familiares e a alta. Queixavam-se da precariedade assistencial e do excesso de medicações (Hospital Psiquiátrico de Maringá - Maringá – PR).

Apesar de o espaço possuir padrão de arquitetura e mobiliário semelhante ao dos homens, o espaço destinado às mulheres é visivelmente pior, por haver menos áreas de circulação além das enfermarias e uma área externa pequena e com grama alta, denotando pouco estímulo à sua utilização. Levando em consideração que o cotidiano é de ócio e as internações de longa permanência, um espaço opressor e mal cuidado torna o dia a dia ainda mais difícil (Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ).

Ademais, foram identificadas práticas de revistas íntimas, vexatórias ou invasivas, que são proibidas pela Resolução nº 5, de 28 de agosto de 2014, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.

No âmbito internacional, no ano de 2015, a Assembleia Geral das Nações Unidas oficializou a atualização das Regras de Mandela. Tal documento qualificou como revista íntima invasiva aquelas que incluem “o ato de despir e de inspecionar partes íntimas do corpo”, encorajando as administrações prisionais a desenvolver e utilizar alternativas apropriadas às revistas íntimas, que “devem ser empreendidas apenas quando forem absolutamente necessárias”.

Destaca-se que mesmo em regimes mais extremos e severos de privação de liberdade, como é o caso do sistema penitenciário, a prática de revista íntima é proibida. É inconcebível que, em nome do que quer que seja, essa prática seja realizada dentro de uma instituição psiquiátrica.

Seguem mais informações sobre o que encontrado na Inspeção Nacional, a saber:

As visitas são realizadas às terças e quintas-feiras, para grupos distintos de usuários, e aos sábados. Posteriormente às visitas, todos os usuários são submetidos à revista vexatória. Houve relatos sobre o constrangimento relativo ao procedimento, considerando a prática de desnudamento das pessoas internadas e da inspeção ser realizada por profissional do sexo feminino. A medida adotada pela instituição se assemelha ao aplicado no sistema prisional, o que deflagra similaridades no que tange à mecanismos de controle, em nome da ordem e segurança. A revista íntima no ambiente destinado ao tratamento em saúde configura-se como uma prática invasiva e degradante, que afronta a dignidade humana e a privacidade das pessoas internadas, devendo ser abolida. O mesmo tem sido recomendado no sistema penitenciário, no contexto nacional e internacional (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

No caso dos usuários com dependência química, as saídas só ocorrem com o acompanhamento de familiar ou responsável, havendo revista do usuário na saída e retorno, sob a justificativa de evitar a entrada de drogas. Assim, tais licenças terapêuticas só ocorrem se houver disponibilidade do familiar responsável (Clínica Antônio Luiz Sayão - Araras – SP).

Foi relatado que parte da equipe faz revistas de pessoas que chegam para visitar as pessoas internadas (Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana - São Paulo – SP).

Foi informado que é feita revista das pessoas quando são internadas para não entrarem com drogas. Houve relato de usuários que, quando chegaram ao hospital, foram revistados e precisaram tirar suas roupas, um deles descreveu ainda que precisou agachar duas vezes. Um usuário referiu que não passou por revista íntima (Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP).

Havia protocolo na recepção da ala especial para as chamadas “vistorias ou revistas”, e em caso de suspeita a abordagem é realizada com o superior do técnico de enfermagem (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

As pessoas internadas, principalmente os que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, passam por um processo de revista (Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ).

Os familiares são proibidos de levar alimentos, o que é informado aos mesmos pelas equipes das alas, que inspecionam o atendimento da norma. Há um controle maior, incluindo revistas, na ala de álcool e outras drogas, em alguns casos em que a equipe desconfie de que o visitante esteja fornecendo essas substâncias ao usuário (Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói – RJ).

O hospital, de forma geral, não adota revista nos pacientes, familiares e funcionários, contudo familiares de dependentes químicos são revistados quando os médicos entendem necessário. As revistas são feitas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem. As drogas apreendidas com os pacientes e visitantes são encaminhadas para a direção, especificamente para o Sr. Ricardo e tais apreensões não são registradas no livro de ocorrência (Casa de Saúde Santa Mônica - Petrópolis – RJ).

Foi relatado que até mesmo alimentos e cigarros são abertos para verificação, pois “já houve casos de entrada de drogas ilícitas”. Desse modo, após verificação por parte da instituição, são entregues à pessoa privada de liberdade (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG).

Foi identificado em nove⁴ estabelecimentos inspecionados a existência de procedimento de revista de usuária(os) e/ou familiares, sendo que em três⁵ deles houve relatos de que pessoas foram despidas e também precisaram se agachar. Destacamos que, por serem estabelecimentos de saúde, cuja a única função deveria ser o cuidado em saúde das pessoas, em nada se justifica a adoção desse tipo de procedimento. A revista, seja a vexatória ou não no ambiente destinado ao tratamento em saúde, configura-se como uma prática invasiva e degradante, que afronta a dignidade humana e a privacidade das pessoas internadas. Abaixo destacamos alguns relatos:

Posteriormente às visitas, todos os usuários são submetidos à revista vexatória. Houve relatos sobre o constrangimento relativo ao procedimento, considerando a prática de desnudamento das pessoas internadas e da inspeção ser realizada por profissional do sexo feminino. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR)

Foi informado que é feita revista das pessoas quando são internadas para não entrarem com drogas. Houve relato de usuários que, quando chegaram ao hospital, foram revistados e precisaram tirar suas roupas, um deles descreveu ainda que precisou agachar duas vezes. (Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP).

Ao percorrermos toda a legislação em saúde e de direitos humanos, não encontraremos norma alguma que flexibilize o direito a não ser revistado, seja a pessoa interna ou um visitante seu. Em outras palavras, é inadmissível a revista pessoal nos estabelecimentos de saúde. Se íntima, à gravidade agrega-se a violência da exposição forçada do próprio corpo, o que viola os direitos constitucionais à intimidade, privacidade, imagem, respeito, liberdade, dignidade, entre outros.

4.4 VIOLAÇÃO À LIBERDADE RELIGIOSA

4 Clínica La Ravardiere (São Luís – MA); Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG); Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa – PB); Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR); Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ); Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ); Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS); Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP); Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP).

5 Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa – PB); Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR); Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP)

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada por 58 Estados-membros das Nações Unidas em 1948, define as liberdades de religião e de opinião no seu artigo 18, citando que “todo o homem tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião”. Os artigos 19 e 20 estão associados à liberdade religiosa, que correspondem à liberdade de opinião, expressão e associação.

A inspeção encontrou vários relatos de doutrinação religiosa dentro das instituições, a saber:

Vale destacar a realização de atividade religiosa, denominada “louvor”, duas vezes na semana para cada grupo de usuários da unidade, que segundo o diretor do hospital é coordenada por uma psicóloga do setor administrativo e grupos voluntários (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

Durante a visita, antes do início da refeição os adolescentes fizeram uma fila e rezaram. Observou-se, de modo geral na instituição, a hegemonia de práticas religiosas cristãs (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

Segundo a direção do hospital, uma vez por semana ocorre o “Encontro Cristão” (espírita), que é oferecido a todos os pacientes do hospital, porém a participação não é obrigatória. Diariamente há prática de espiritualidade (ecumênica – leem trechos de diversos textos religiosos). Essa prática diária é feita geralmente pelos conselheiros ou por alguém da própria equipe do setor. Caso algum paciente deseje receber alguma assistência religiosa, é permitido desde que tenha autorização da pessoa responsável pela internação do paciente (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

Apenas três seguimentos religiosos realizam atividades na capelania: as denominações católicas, protestante e espírita kardecista (Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ).

A unidade conta com assistência religiosa de cunho evangélico, que promove cultos na clínica semanalmente. Há também uma visita anual de um representante da religião católica, contudo, não há assistência religiosa de outras matrizes de fé (Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ).

Por fim, em relação a assistência religiosa, os grupos religiosos fazem cultos e a participação é livre, segundo a direção. Isso ocorre em eventos, não há uma rotina, à exceção de cultos evangélicos, que ocorrem todos os domingos (Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ).

Entre as atividades, observou-se a realização de oficina de artesanato, quadra de esporte, culto evangélico e corte e costura (Hospital Nina Rodrigues, São Luís – MA).

Foram identificadas, também, atividades religiosas de participação obrigatória e expropriação de direitos no caso de sua recusa, a saber:

Durante a visita parte da equipe verificou que uma das atividades terapêuticas tinha cunho religioso, sendo compulsória a participação dos internos (Hospital Psiquiátrico André Luiz - Garça – SP).

Outra funcionária contou que há oração no início da manhã feita por uma senhora, que é transmitida a outras pessoas nas caixas de som (Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP).

Sobre espiritualidade, o usuário informou que são obrigados a participar mesmo que não tenham religião e “[...] você leva cartão amarelo se não participar. Eu mesmo acredito em Deus para eu não explodir, para ele me ajudar a ficar aqui, pois não estou aguentando mais.” (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP).

A Constituição assegura como direito fundamental à liberdade de religião, reconhecendo o Brasil com um país laico, o que, de outro modo, não o exime de propiciar a seus cidadãos compreensão religiosa, proibindo a intolerância e o fanatismo, bem como oportunizando o exercício dos direitos concernentes.

A Constituição estipula também ser inviolável a liberdade de consciência e de crença, assegurando o livre exercício dos cultos religiosos e garantindo, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e as suas liturgias (artigo 5º, VI). O inciso seguinte afirma ser assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva. A seguir, estipula que ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei (inciso VIII).

No âmbito da saúde, a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, assegura os direitos das pessoas com transtorno mental independentemente de sua religião

(artigo 1º). Já o artigo 4º da Portaria GM/MS nº 1.820, de 13 de agosto 2009⁶, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, informa que toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos. Consta também no parágrafo único deste artigo que é direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe: XIV - *“o recebimento de visita de religiosos de qualquer credo, sem que isso acarrete mudança da rotina de tratamento e do estabelecimento e ameaça à segurança ou perturbações a si ou aos outros”*.

Em alguns hospitais inspecionados, a questão da religião se apresenta como critério clínico ou, de modo mais amplo, terapêutico, condicionando as pessoas a se aproximarem das idéias religiosas únicas da instituição, ou por ela apoiadas.

Tais situações são evidentes retrocessos seculares no marco regulatório dos direitos humanos, tendo em vista que a própria psiquiatria moderna, desde o início do séc. XX, tem na missão e perfil institucional dos hospitais psiquiátricos a determinação positivista médica, justamente em contraponto ao novecentista e proselitista sanatório interno às Santas Casas de Misericórdia, que abrigavam as pessoas condicionando-as a seguir os valores religiosos, próprio dos recintos confessionais. Contudo, a histórica conquista da medicina, a ascensão do Hospital Nacional de Alienados, ao final do século XIX, representou, entre outros avanços, a laicização do tratamento psiquiátrico. Portanto, o que outrora fora considerado progresso da ciência, atualmente é negligenciado, sob as vestes do proselitismo religioso, convivendo-se com o retrocesso marcado pela violação de direitos humanos com base em infrações às normas constitucionais e infraconstitucionais.

6 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.820, de 13 de agosto de 2009. In Portaria de Consolidação n. 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Título I. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html>. Acesso em: 24 out. 2019.

5.

A EXPLORAÇÃO DA MÃO DE OBRA DAS PESSOAS INTERNADAS

Fotografia 49: Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá - PR. A foto abaixo mostra descrição de atividades de comissões do hospital psiquiátrico. Os pacientes envolvem-se no cuidado de outros pacientes. Combinados, atividades e funções das Comissões de Copa e de Pão e Chá, fixadas no mural localizado no refeitório dos adultos,





Fonte: Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2018.

5.1 O TRABALHO DECENTE COMO NORTE DE JUSTIÇA SOCIAL

O trabalho é um direito social de todas(os) as(os) cidadãs e cidadãos brasileiros. A Constituição prescreve a valorização do trabalho como dimensão fundamental para a organização econômica do país e que deve ter por finalidade a dignidade humana e a justiça social.

No âmbito internacional, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), na Conferência Internacional do Trabalho de 1998, emitiu a *Declaração sobre Princípios e Direitos Fundamentais do Trabalho*, em que consagrou que

todos os Membros, ainda que não tenham ratificado as convenções aludidas, têm um compromisso derivado do fato de pertencer à Organização de respeitar, promover e tornar realidade, de boa fé e de conformidade com a Constituição, os princípios relativos aos direitos fundamentais que são objeto dessas convenções, isto é: a) a liberdade sindical e o reconhecimento efetivo do direito de negociação coletiva; b) **a eliminação de todas as formas de trabalho forçado ou obrigatório**; c) a abolição efetiva do trabalho infantil; e d) a eliminação da discriminação em matéria de emprego e ocupação.¹ (Grifos nossos).

Nesse contexto, a OIT adotou a perspectiva do Trabalho Decente como eixo estratégico para o desenvolvimento de políticas e programas, com vistas a “alcançar o progresso econômico e social e para a superação da pobreza, a redução das desigualdades sociais, a garantia da governabilidade democrática e o desenvolvimento sustentável”.²

A noção de Trabalho Decente abrange a promoção de oportunidades para mulheres e homens do mundo para conseguir um trabalho produtivo, adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança e capaz de garantir uma vida digna.

Ao longo desta Inspeção Nacional, reconheceu-se, a partir dos relatos dos

1 NAÇÕES UNIDAS. Organização Internacional do Trabalho. Declaração da OIT sobre os Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho. 1998. Disponível em: <https://www.ilo.org/public/english/standards/declaration/declaration_portuguese.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2019.

2 Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/agencia/oit/>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

usuários entrevistados, a valorização social do trabalho e do “sentir-se” trabalhador. Conforme discorrido a seguir, há diversos aspectos a serem considerados sobre o uso da força de trabalho das pessoas internadas verificado no cotidiano dos hospitais psiquiátricos inspecionados.

Contudo, é relevante, inicialmente, evidenciar que a experiência de trabalho pode ser compreendida por muitos como um aspecto de valoração pessoal, de “merecimento”, “prêmio” ou mesmo como um indicativo de melhora que incida sobre a alta, ainda que relacionada a contextos de exploração.

“Tá vendo esse banheiro? Fui eu que ajudei a fazer. Sou bom pedreiro.” [Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira - São Sebastião do Paraíso/MG].

Somente são autorizados e selecionados para tais atividades, aqueles usuários considerados “estáveis” pela equipe técnica, o que é compreendido por algumas pessoas internadas como “prêmio”. [Hospital Psiquiátrico San Julian - Piraquara/PR].

Uma pessoa internada relatou que já pediu para fazer algum serviço na instituição, mas que a equipe o orientou dizendo que não era permitido. Outro usuário, entretanto, referiu já ter auxiliado nos serviços de limpeza, lavando o chão com máquina “vap” (sic) e que os “usuários que merecem” (sic) vão para um lugar, fora do hospital, para auxiliar no plantio de feijão, porém não soube explicar de quem seria esse espaço [Instituto Bezerra de Menezes - Espírito Santo do Pinhal/SP].

“Eu ajudo pra passar mais rápido pra ver se consigo ir embora mais rápido”. [Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira - São Sebastião do Paraíso/MG].

A perspectiva do trabalho decente aponta para o enfrentamento ao trabalho degradante e forçado, proibidos pela legislação nacional, ao mesmo tempo em que afirma como dimensões centrais a dignidade humana e a condição

de liberdade.³ Nesse sentido, objetiva-se que a remuneração do serviço possibilite a satisfação das necessidades básicas de vida de qualquer sujeito, sendo imperioso que as experiências de trabalho se dêem nos espaços comunitários e de participação social, portanto, fora do ambiente de internação hospitalar.

5.2 MARCOS NORMATIVOS SOBRE O TRABALHO NOS CONTEXTOS DE REABILITAÇÃO

Os normativos que versam sobre os direitos das pessoas com deficiência e sobre a atenção psicossocial no âmbito do SUS assumem o trabalho como uma dimensão estratégica dos contextos de reabilitação e justaposta à reinserção social.

A reabilitação é uma dimensão fundamental para ampliação da autonomia e participação social das pessoas com deficiência. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), em seu artigo 26, afirmou a responsabilidade do Estado no desenvolvimento de programas e serviços de reabilitação, especialmente nas áreas de saúde, emprego, educação e serviço social, baseados em avaliação multidisciplinar das necessidades e potencialidades de cada sujeito, tendo por finalidade a sua plena inclusão comunitária.

Nas palavras de Maria Aparecida Gugel, em versão comentada⁴ da CDPD publicada pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República:

3 No Brasil, a Constituição Federal estabelece o princípio da proteção à dignidade da pessoa humana (artigo 1º, III); os direitos sociais à educação, à saúde, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao transporte, ao lazer, à segurança, à previdência social, à proteção à maternidade e à infância e à assistência aos desamparados (artigo 6º); além de prever direitos fundamentais a todos os trabalhadores urbanos e rurais, entre os quais destacam-se o direito ao salário mínimo, à não discriminação e à redução dos riscos inerentes ao trabalho por meio de normas de saúde, higiene e segurança (artigo 7º). Ademais, o art. 149, do Código Penal, estipula como prática ilícita: art. 149. Reduzir alguém à condição análoga à de escravo, quer submetendo-o a trabalhos forçados ou a jornada exaustiva, quer sujeitando-o a condições degradantes de trabalho, quer restringindo, por qualquer meio, sua locomoção em razão de dívida contraída com o empregador ou preposto (...).

4 BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)/Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. 2014. Disponível em: <<http://www.ampid.org.br/v1/wp-content/uploads/2014/08/convencao-sdpcd-novos-comentarios.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

Habilitar uma pessoa com deficiência no âmbito das relações de trabalho, do trabalho autônomo, do empreendedorismo, do cooperativismo (como possibilidades de oportunidade, produtividade e independência, artigo 27, f) é torná-la apta para o ingresso no mundo do trabalho.

Logo, os programas de reabilitação voltados ao trabalho devem compreender ações formativas ou de capacitação profissional, visando à habilitação das pessoas com deficiência para ocupação de determinado emprego e para o exercício de atividades laborais específicas, assim como o reingresso na vida cotidiana e no mundo do trabalho. Assim, cabe às equipes multidisciplinares o desenvolvimento de práticas que eliminem ou reduzam as barreiras à participação ativa dos indivíduos na sociedade.

Tal como apresentado na primeira parte deste Relatório, os princípios protetivos da CDPD se alinham aos direitos das pessoas com transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, na medida em que tais sujeitos podem ser considerados pessoas com deficiência. Os normativos vigentes, então, partem da prerrogativa que a reabilitação deve ter por finalidade a reinserção social, de modo que tais sujeitos possam participar da vida comunitária em igualdade de condições com os demais cidadãos.

A Lei nº 10.216, de 6 de abril 2001, em seu artigo 2º, II, estabelece que os atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, devem ter como premissa o respeito e a humanidade no trato com a pessoa e seus familiares e, como objetivo exclusivo, “beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”. A mesma legislação assegura, também, o direito da pessoa com transtorno mental de ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração. Além disso, em consonância com o aparato normativo brasileiro, destaca-se, dentre os objetivos específicos da RAPS:

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária (Artigo 4º, Portaria GM/MS n. 3.088/2011).

Nesse sentido, a reabilitação no campo psicossocial⁵ implica o desenvolvimento de ações de caráter intersetorial que garantam a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares

5 Componente Reabilitação Psicossocial, conforme artigo 12 da Portaria GM/MS n. 3.088/2011.

[...] mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida (artigo 12, Portaria GM/MS n. 3.088/2011).

No que tange às práticas de reabilitação psicossocial relativas ao trabalho, preconizam-se ações voltadas à inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho em iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Dessa forma, a relação entre a atenção em saúde mental e o campo do trabalho deve ser marcada por proposições terapêuticas circunscritas à construção de oportunidades de geração de trabalho e renda, bem como à habilitação, reabilitação e readequação profissional, no bojo das ações que favoreçam o acesso ao emprego e o exercício de um trabalho decente.

5.3 AS PRÁTICAS DE TRABALHO NAS INSTITUIÇÕES INSPECIONADAS

A partir deste ponto serão apresentadas as situações de exploração do trabalho das pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos visitados. Com base na descrição dos relatórios de inspeção, e para fins de organização, as situações foram agrupadas a partir dos aspectos a seguir: **ocupação do tempo ocioso e ganhos secundários; atividades exercidas por insuficiência de funcionários; indícios de trabalho forçado ou obrigatório; propostas de geração de trabalho e renda.**

Para iniciar essa apresentação, é importante reforçar que as práticas coordenadas e chanceladas pelas equipes multidisciplinares das instituições visitadas não estão ancoradas nos princípios e diretrizes nacionais e internacionais de reabilitação ou qualificação profissional,⁶ isto é, não visam à inclusão produtiva das pessoas internadas. Pelo contrário, há atividades desempenhadas pelos usuários relacionadas à manutenção dos hospitais, tais como: apoio à limpeza e varrição, auxílio no refeitório e cozinha, realização de obras e pequenos reparos, como é possível observar nos relatos abaixo:

6 Conforme apresentado no item anterior deste capítulo.

[...] foram verificados alguns internos fazendo pequenos serviços ao lado de trabalhadores de serviços gerais, a exemplo da varrição de chão e a organização de roupas na rouparia, muito embora o fizessem aparentemente de maneira voluntária [Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque - Arapiraca/AL].

[...] na ficha do “Projeto Terapêutico Individual” há menção a oficinas terapêuticas relacionadas a “limpeza” e a “portaria e recepção”. [...] Segundo os técnicos do HP [hospital psiquiátrico], quando os homens não aceitam fazer artesanato, principal atividade do CAE [Centro de Atividades Educacionais], eles ficam responsáveis por fazer a limpeza externa e a arrumação dos quartos. [Clínica Nosso Lar Adamantina - Adamantina/SP].

Além disso, existe uma “comissão de varrição” (sic) em que os usuários que gostam de ajudar podem auxiliar em algumas atividades, como ajudar a varrer, regar as plantas e servir o chá. Elas ressaltaram, todavia, que não há obrigatoriedade dos usuários ajudarem e os funcionários. Da mesma forma, não é obrigatório que os usuários arrumem as próprias camas, mas são orientados a fazê-lo. [Instituto Américo Bairral de Psiquiatria - Itapira/SP].

[...] observamos que um dos usuários estava trocando o garrafão de água, e, quando perguntamos à técnica de enfermagem se aquela situação era costumeira, a funcionária informou que sim, tendo em vista que o setor de manutenção, na maioria das vezes, não está disponível. [Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro - Manaus/AM].

[...] houveram relatos de profissionais da equipe de saúde, de situações pontuais em que os pacientes são chamados pela administração para carregarem móveis, sem a anuência destes. [CIAPS Hospital Adauto Botelho - Cuiabá/MT].

Constatou-se que as pacientes [ala feminina] ajudam na limpeza do local, varrendo e lavando louça. [Casa de Eurípedes - Goiânia/GO].

Foi sinalizado que alguns pacientes, de maneira voluntária, auxiliam na limpeza do próprio ambiente. [...] Com base na avaliação relacionada à conservação e limpeza do mobiliário da instituição, a fiscalização averiguou que tais quesitos são precários. [Casa de saúde Santa Mônica - Petrópolis/RJ].

Os profissionais entrevistados relataram que o setor de terapia ocupacional é o responsável pela avaliação e seleção dos usuários aptos a exercerem

funções laborativas, e tratar-se de atividades e “tarefas simples”, tais como: auxílio ao serviço da copa durante as refeições, bem como chamar outros usuários para consultas e atendimentos. [...] A rotina de limpeza das unidades de internação vinculadas ao SUS conta com apoio dos usuários internados, responsáveis por retirar o lençol, empurrar o carrinho e limpeza e levar o balde. [Hospital Psiquiátrico de Maringá - Maringá/PR].

“Eles ajudam sim. Nas obras, na horta, na limpeza.” [Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira - São Sebastião do Paraíso/MG].

Com relação às atividades de manutenção (serralheria e marcenaria), horta e costura, os funcionários entrevistados relataram receber esporadicamente pessoas internadas para auxiliá-los (no máximo três), na execução de atividades como pintura e limpeza da horta. [...] Foi-nos relatado, ainda, que alguns usuários também podem auxiliar na arrumação de roupas, na lavanderia. [...] Vimos pessoas internadas conduzindo o carrinho com o lanche da tarde até as enfermarias clínicas (Comissão de Pão e Chá); adolescente entregando escovas de dente com pasta e as recolhendo após a escovação (Comissão de Higiene). [Hospital Psiquiátrico San Julian - Piraquara/PR].

[...] há tanque e varal para que as pessoas internadas possam lavar as suas próprias roupas; e, em caso de impossibilidade, a higienização das as roupas fica sob responsabilidade dos familiares. [Clínica Professor Paulo Guedes - Caxias do Sul/RS].

É bastante comum que as pessoas privadas de liberdade exerçam atividades de limpeza e/ou cuidado de outros usuários. [Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira - João Pessoa/PB]

Tal como relatado no Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa/PB), especialmente grave é o uso da força de trabalho das pessoas internadas em atividades relacionadas ao cuidado de outras pessoas internadas, desde o apoio ao banho, troca de roupa e alimentação de usuários com maior dependência até a administração de medicamentos e realização de contenção mecânica daqueles em situações de crise ou agitação. As citações abaixo abordam um pouco mais as situações de trabalho forçado em atividades relacionadas ao cuidado de outros(as) internos(as).

[...] Uma outra situação relatada, é a solicitação de que pacientes ajudem a equipe de enfermagem, que é majoritariamente feminina, junto

ao posto 2, para dar banho em um paciente que é obeso. O que é entendido pelos profissionais como uma situação pontual [CIAPS Hospital Adauto Botelho - Cuiabá/MT].

Vimos pessoas internadas [como] fiscal de medicação na ala Jellinek [unidade de álcool e outras drogas destinada aos adultos], servindo água e checando se os usuários engoliram a medicação; além de adultos na função de “anjos”, estimulando a interação e as trocas entre pessoas internadas na enfermaria clínica da ala Bion. [Hospital Psiquiátrico San Julian - Piraquara/PR].

Houve relato de situação em que usuárias cuidam de outras usuárias em condição debilitada voluntariamente. [Sanatório Nossa Senhora de Fátima - Juazeiro/BA]

Diz que fica boa parte do seu dia deitada, pois não há outras atividades no Hospital. (...) ajuda a lavar o banheiro da Ala Feminina e troca a fralda de outra paciente que fica contida no leito. [Hospital de Saúde Mental de Messejana - Fortaleza/CE]

Verificou-se, conforme depoimentos de trabalhadores e usuários da instituição, em uma das unidades de moradores, que um usuário é convocado para ajudar a dar banho nos colegas, gastando de 1 a 2 h, por dia, à realização deste trabalho, diante disso, o Procurador do Trabalho, membro da equipe de visita, de imediato, recomendou verbalmente à direção do hospital que corrija tal situação. Posteriormente foi emitida uma Notificação Recomendatória por parte do MPT/PRT 04, que entre outras, recomendou que o estabelecimento: “ABSTENHA-SE de exigir, pedir, permitir, solicitar ou recomendar que pacientes psiquiátricos realizem atividades laborais que deveriam ser realizadas por mão de obra do Hospital, tais como auxiliar outros pacientes a tomar banho, comer, vestir-se, acordar, lavar roupas, limpar ou organizar quartos/cômodos, ou outras tarefas”. [Hospital Psiquiátrico São Pedro - Porto Alegre/RS].

Quanto aos cuidados com outros pacientes foi visto logo na entrada do hospital um paciente cuidando de outro com deficiência, este estava deitado numa maca diferenciada, mais alta que as comuns, e segundo informações recebidas, ele passava o dia todo naquele local sendo assistido por outro paciente. Também foi dito à equipe nas entrevistas realizadas que alguns pacientes auxiliavam nos banhos, na administração de medicamentos e no auxílio à alimentação junto aos pacientes que possuíam dificuldades em realizar essas atividades individualmente. Os

profissionais relataram que os pacientes não recebiam nada em troca. Apesar da fala dos profissionais em relação a essas atividades desenvolvidas pelos pacientes ser algo comum; não foi encontrado nos prontuários nenhuma informação referente a estes procedimentos ou avaliação da equipe com este tipo de encaminhamento. [Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos - Barreiros/PE].

O uso da força de trabalho das pessoas internadas em atividades assistenciais típicas dos profissionais de enfermagem, que envolvem banho, alimentação, administração de medicamentos e a aplicação de contenção mecânica, será analisada mais adiante.

Salvo algumas exceções, os relatórios estaduais apontam que tais atividades não estão descritas no Projeto Terapêutico Singular dos usuários. Todavia, a problematização aqui proposta ultrapassa a existência de expressa indicação médica, multiprofissional ou, mesmo, a pactuação em projeto terapêutico. Trata-se, a rigor, de refletir sobre quais as dimensões psicossociais do trabalho a serem consideradas nos tratamentos hospitalares.

Especificamente na Comissão de Pão e Chá, caberia aos usuários “lavar as canecas utilizadas durante o servimento e organizar a copa do refeitório”, permanecer junto às cozinheiras enquanto é servida a alimentação “para observar qualquer intercorrência que possa ocorrer e auxiliar quanto às dúvidas”; e “orientar os pacientes quanto a não repetição e evitar que os mesmos solicitem repetição às cozinheiras”. (...) Evidencia-se o uso da força de trabalho dos usuários internados em atividades que, em qualquer estabelecimento de saúde, devem ser realizadas pelos funcionários do serviço. [...] Há, ainda, previsão de participação dos usuários no processo de preparo das refeições, ajudando a lavar os vegetais ou cortando-os, com supervisão e orientação das cozinheiras e auxiliares. De acordo com o projeto institucional isto agrega um valor terapêutico à alimentação “dentro do contexto do internamento, possibilitando trabalhar com os pacientes a valorização do trabalho em equipe, bem como a valorização do hábito de alimentar-se, e fazê-lo bem, de forma saudável e cooperativo”. [Hospital Psiquiátrico San Julian - Piraquara/PR].

A partir do relato acima, partindo para um cenário de internação em hospitais gerais, seja motivada por questões de saúde mental seja por quaisquer outras indicações clínicas, não se consideraria adequado que pessoas internadas “apoiassem” as atividades de banho de outro usuário internado ou mesmo prestassem “ajuda” aos setores da cozinha e limpeza. Tampouco se imaginaria a proposição de qualquer das atividades relatadas acima se a

motivação da internação hospitalar fosse o tratamento de diabetes e não o tratamento em saúde mental, álcool e/ou outras drogas.

Pensar nesses exemplos análogos permite refletir sobre a dimensão do trabalho da pessoa internada no contexto hospitalar. Se não há sentido na assunção de atividades de mínima manutenção quando em tratamento frente a distintos agravos, também não há frente ao tratamento em saúde mental. A dimensão aqui problematizada revela a situação de vulnerabilidade em que se encontram as pessoas com transtornos mentais, incluindo aquelas que fazem uso de álcool e outras drogas, dados os seus direitos básicos de tratamento invalidados e a sujeição à práticas abusivas.

É fundamental reafirmar a internação psiquiátrica como medida de excepcionalidade no tratamento em saúde mental, álcool e outras drogas, e, portanto, circunscrita às condições clínico-psicossociais de urgência e emergência, e balizada pelo princípio da brevidade, visando ao afastamento da vida comunitária pelo menor tempo possível.

Preconiza-se que as proposições terapêuticas durante a internação psiquiátrica sejam orientadas pela reinserção social dos sujeitos. Para tanto, é preciso que a dimensão do trabalho, a ser levada em consideração na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), implique ações articuladas à rede intersetorial e aos serviços de saúde mental territoriais de referência para o cuidado longitudinal das pessoas com transtornos mentais (e de seus familiares), incluindo aquelas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Conforme exposto no capítulo 3, os PTS apresentados pelos hospitais psiquiátricos visitados, quando existentes, circunscrevem-se ao diagnóstico e prescrição médica e à definição de atividades correspondente à categoria de cada profissional, sem periodicidade de reavaliação. Tampouco estão organizados com base na avaliação das singularidades dos sujeitos e não asseguram a participação ativa dos usuários e seus familiares. Ou seja, não evidenciam a dimensão da contratualidade necessária entre o sujeito e a instituição, imprescindível sob pena de não se configurar um projeto terapêutico singular.

Longe de se traduzir como uma mera dimensão burocrática ou prescritiva, tal cenário reflete a lógica assistencial operada no interior dos hospitais psiquiátricos, a qual impacta diretamente no cotidiano hospitalar.

Ademais, convém problematizar: por que as atividades de trabalho são propostas somente aos usuários internados pelo SUS? Não houve qualquer relato de ações institucionais, ou relato de profissionais e usuários entrevistados

sobre atividades de trabalho nas alas privadas ou particulares das instituições visitadas. Tal situação corrobora o entendimento de que as atividades de trabalho, defendidas com a finalidade terapêutica, não se sustentam, pois, caso contrário, não haveria distinção entre os públicos do SUS e do sistema privado.

Diante do exposto, considera-se haver uma **parcela das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos sujeita à exploração do trabalho durante a internação**, inclusive em condições **degradantes**,⁷ motivo pelo qual se recomenda a proibição de quaisquer práticas que se utilizem da mão-de-obra dos usuários durante a internação hospitalar.

Se há necessidades do sujeito relacionadas à reinserção social pelo trabalho, recomenda-se que os profissionais da equipe hospitalar desenvolvam ações integradas aos recursos comunitários, voltadas efetivamente à qualificação profissional e à iniciativas de geração de trabalho e renda no território.

5.3.1. Ocupação do tempo ocioso e eventuais recompensas

A realidade verificada nesta Inspeção Nacional expressou um cotidiano empobrecido de sentido, que leva as(os) usuários a buscar formas de ocupar o tempo ocioso realizando atividades de trabalho, como pode ser verificado nesses trechos extraídos de alguns relatórios inspecionários:

No vazio deixado pela desassistência e pelo isolamento as pessoas privadas de liberdade passam a exercer funções das equipes como forma de “passar o tempo”: na Ala Feminina elas realizam a faxina, cuidam do banho de outras internas e auxiliam na cozinha, sendo uma indicação da psicóloga de que realizem tais atividades; contam que preferem fazer essas tarefas, pois não há outro tipo de atividade durante o dia [Hospital Psiquiátrico André Luiz - Garça/SP].

Os usuários relataram que realizam essas atividades de manutenção como forma de “passar o tempo”, devido a ausência ou inexistência de atividades terapêuticas e recreativas [Hospital Psiquiátrico André Luiz - Garça/SP].

7 O trabalho degradante é aquele executado em condições insalubres, perigosas ou penosas, e/ou exaustivo, sobretudo sem observância de normas de segurança, medicina, saúde e higiene do trabalho.

“Levanto seis pra tomar o remédio, sete e trinta vou para o café, depois ajudo a limpar o hospital pra passar as horas mais rápido pra ocupar a cabeça, varrer, passar o pano, ajudo na cantina depois do almoço e janta, limpo as mesas, limpo as cadeiras, ajudo a passar pano se precisar. Elas me dão como paga fumo de rolo.” [Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira - São Sebastião do Paraíso/MG].

Convém, ainda, problematizar se a manifestação do interesse e desejo expressa pelas pessoas internadas quanto à arrumação e limpeza do próprio quarto, identificada por exemplo no Hospital Especializado Lopes Rodrigues (Feira de Santana/BA), pode revelar a afirmação da própria dignidade e o ímpeto de resgate da identidade pessoal ou a avaliação insatisfatória sobre a qualidade da limpeza no hospital, considerando o contexto degradante a que estão sujeitas nesses espaços de internação.

Em diálogo com profissionais e pacientes, identificou-se que alguns pacientes solicitam das equipes de limpeza que eles possam realizar essa função nos seus quartos, embora isso não seja recorrente. Quando questionados acerca dessa atividade, não houve menção dos profissionais que tal prática esteja de acordo com os PTS [Hospital Especializado Lopes Rodrigues - Feira de Santana/BA].

Muito embora tais práticas possam parecer louváveis, há que se ponderar que o fato de elas não serem prescritas no PTS pode revelar a despersonalização do cuidado e a exposição a uma série de violações de ordem estrutural, que perpassam a restrição de acesso aos insumos básicos, a qualidade da alimentação, as condições de acolhimento, privacidade e de higiene, questões apresentadas em capítulos anteriores.

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

Tabela 1: *Hospitais com Atividades de Trabalho realizada pelos usuários*

UF	Hospital	Tipo de atividades exercidas pelos usuários		Atividades de trabalho envolvendo adolescentes	Exercício de atividades obrigatórias por usuários de álcool e outras drogas	Atividade de trabalho dos usuários relacionada diretamente a	
		Manutenção da Instituição	Cuidado de usuários			Insuficiência de Profissionais	Ociosidade
AL	Hospital Psiquiátrico Teodoro Albuquerque	x					
AM	Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro	x					
BA	Sanatório Nossa Senhora de Fátima		x				
CE	Hospital de Saúde Mental de Messejana		x				x
CE	Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo		x			x	
GO	Casa de Euripedes	x					
GO	Instituto de Medicina do Comportamento Euripedes Ramanoff						x
MA	Clínica São Francisco	x					
MG	Hospital Psiquiátrico Fundação Sanatório Gedor Silveira	x	x			x	x
MT	CIAPS Adauto Botelho	x	x		x		
PR	Hospital Complexo Psiquiátrico Julião Moreira	x	x		x		
PE	Hospital Colônia Vicente Gomes de Mattos		x				
PR	Hospital Psiquiátrico de Maringá	x		x			
PR	Hospital Psiquiátrico San Julian	x	x	x	x	x	x
RJ	Hospital Psiquiátrico de Janguá	x					
RJ	Casa de Saúde Santa Monica	x					
RS	Clínica Professor Paulo Guedes	x	x			x	
RS	Hospital Psiquiátrico São Pedro		x				
SP	Clínica de Repouso Norte Leste	x					
SP	Instituto Repouso de Meneses	x					
SP	Hospital Psiquiátrico André Luiz	x	x		x	x	x
SP	Instituto Américo Baimal de Psiquiatria	x					
SP	Hospital Psiquiátrico Espírito Serrero de Meneses	x					
SP	Hospital Psiquiátrico GARS "Clemente Ferreira"	x		x			

Fonte: Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2019.

Dentre os vinte e quatro hospitais com indicativo de exploração do trabalho das pessoas internadas (conforme tabela acima), verificou-se em quatro⁸ instituições do circuito sul-sudeste a recompensa pelo trabalho executado durante a internação. A base de troca envolve, essencialmente, o fornecimento de fumo ou cigarro e, especificamente em dois hospitais da Região Sul, o privilégio a um quarto exclusivo com cafeteira, rádio, mobiliário e outros itens não permitidos às demais pessoas internadas. Exemplos dessas situações podem ser conferidas nas citações abaixo:

Em entrevistas com os usuários, alguns informaram realizar trabalhos de manutenção da instituição, trabalhando como jardineiros e pedreiros, por exemplo. Em troca dessa mão de obra, a instituição lhes paga fornecendo cigarros [Hospital Psiquiátrico André Luiz - Garça/SP].

8 Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso/MG), Hospital Psiquiátrico André Luiz Garça/SP, Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara/PR) e Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul/RS).

“Alguns ajudam por que quer, ganha um saquinho de fumo”. [Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira - São Sebastião do Paraíso/MG].

“A gente ajuda a limpar o hospital. Quem ajuda é pra ganhar cigarro. Tem gente que não tem as coisas. Às vezes os enfermeiros dão às coisas. Mas, ajudar é bom, porque ajuda a passar o tempo. A gente fica aqui vendo o tempo passar.” [Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira - São Sebastião do Paraíso/MG].

O grupo de “voluntários” possui quarto próprio, o que é justificado pelos trabalhadores da Clínica por serem acionados a qualquer hora do dia e da noite para atuar nas situações de agitação psicomotora, circunstância que poderia atrapalhar o sono dos demais. Este quarto, diferentemente dos outros, possui espelho e rádio e podem ser armazenados alimentos. [Clínica Professor Paulo Guedes - Caxias do Sul/RS].

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

Fotografias 50, 51 e 52: Três fotos referentes ao quarto dos voluntários da Clínica Paulo Guedes- Caxia do Sul/RS. Foto da esquerda mostra uma porta de entrada do quarto com cartaz impresso informando “Permitida entrada somente de voluntários”- Normas e Rotinas. Foto da direita, garrafa térmica, espelho e rádio, demonstrando regalias que os voluntários possuem em relação às demais pessoas internadas. Foto debaixo, folha de sulfite afixada na parede, escrito com caneta a rotina dos voluntários.



A ociosidade, revelam os relatos, está intrinsecamente relacionada à ausência de projeto terapêutico. O protagonismo dos usuários celebrado pela legislação em saúde mental desaparece com a ociosidade justamente porque cresce em um contexto de insignificância da proposta de tratamento. Observou-se, nos hospitais psiquiátricos inspecionados, um cenário de desassistência marcado pela ausência de proposições terapêuticas associado à falta de acesso a equipamentos, a produtos alimentícios, ao tabaco e a objetos afetos à dignidade humana.

5.3.2. A exploração da mão de obra das(os) usuárias(os) para compensar a insuficiência de funcionárias(os)

O uso da força de mão de obra dos usuários internados também revela, por sua vez, os meios institucionais para compensar a insuficiência de funcionários,⁹ constatada na grande maioria das instituições visitadas, conforme apresentado no capítulo 3. Tais situações extrapolam o circuito sul-sudeste, abrangendo também o Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza/CE).

Durante observação em visitação na ala masculina SUS, e dados coletados nas entrevistas, verificou-se que a utilização da mão de obra das pessoas em situação de privação de liberdade na instituição é algo recorrente, sendo que não há controle de horas trabalhadas, de atividades exercidas ou a relação com o PTS dos pacientes. [...] Este trabalho consensual é justificado pela ociosidade dos pacientes, pela falta de trabalhadores e como moeda de troca. Destaca-se o fato de que, apesar de ser um trabalho informal, a força de trabalho dos pacientes atende ao hospital, de maneira informal, em relação à necessidade de mais trabalhadores [Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira - São Sebastião do Paraíso/MG].

Muitos usuários relatam ajudar os mais comprometidos na hora do banho, denotando não haver quantidade suficiente de profissionais para desempenhar esta função [Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo - Fortaleza/CE].

A participação dos usuários em atividades complementares como as observadas in loco, vem aliviando a sobrecarga de trabalho observada em

⁹ A Portaria GM/MS n. 251/2002 estabeleceu parâmetros para a composição mínima dos recursos humanos preconizada para a assistência em hospitais psiquiátricos.

relação ao pessoal próprio. [...] Considerando que o quadro de pessoal próprio não atende os parâmetros mínimos estabelecidos pela Portaria n. 251/2002, deve haver atenção constante para que as pessoas internadas não assumam funções típicas do pessoal do hospital, o que consistiria em exploração do trabalho dos usuários. [...] é consenso entre os integrantes da presente missão que, contando com menos técnicos de enfermagem do que seriam necessários e apenas com pouquíssimas pessoas nas funções de assistência social e terapia ocupacional, o desenvolvimento de qualquer iniciativa visando a efetiva ressocialização, incluindo projetos que permitam a geração de renda para os internos, é inviável. [Hospital Psiquiátrico San Julian - Piraquara/PR].

Sobre esse aspecto é possível abordar duas dimensões identificadas nas visitas aos hospitais, quais sejam: a constituição de relações de hierarquia entre as pessoas internadas e o exercício de funções laborais de caráter eminentemente técnico. Tais elementos não são excludentes, sendo aqui destacados em separado tão somente para enfatizar pontos distintos de análise sobre o fenômeno encontrado.

Um ponto de inflexão sobre as funções exercidas pelos usuários na rotina de trabalho nos hospitais psiquiátricos diz respeito à possibilidade de alguns usuários assumirem papéis de fiscalização, disciplina e assistência à saúde das demais pessoas internadas. A assunção de tais responsabilidades pode gerar alguns efeitos nocivos às condições vulneráveis em que já se encontram as pessoas internadas. Primeiro, a atuação no auxílio a um par internado desresponsabiliza funcionários ordinariamente designados para a função. Segundo, situações de constrangimento e rivalização, na medida em que se admitem relações assimétricas e de poder entre as pessoas internadas. Terceiro - por extensão do segundo -, dada a natureza forçada de muitas das internações, bem como o caráter asilar comum a todas, o emprego da mão-de-obra da pessoa internada pode se dar em atividade de fortalecimento da oposição institucional à vontade dos demais internados.

“Eu ajudo a vigiar o pátio pra não pular o muro”. [Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira - São Sebastião do Paraíso/MG].

Cabe destacar, a função de intermediar a relação entre os demais usuários e os funcionários do hospital, transferindo-lhes tal responsabilidade técnica. Considerando a insuficiência da equipe mínima de saúde preconizada para assistência hospitalar [...] qualquer tipo de atividade desempenhada pelos usuários fica passível de discussão, pois a insuficiência da equipe técnica de saúde levaria a uma possibilidade do uso das “atividades”

desenvolvidas pelos usuários como uma forma de dar conta do reduzido número de funcionários [Hospital Psiquiátrico San Julian - Piraquara/PR].

Na Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul/RS), o papel assumido pelos usuários “voluntários” é de tamanho poder que o acesso da equipe de visita ao espaço de observação, destinado aos usuários em crise que demandam maior atenção e acompanhamento, foi condicionado à presença de integrantes desse grupo.

Cabe destacar que a equipe da inspeção só pôde entrar na Sala de Observação da Unidade de Observação Masculina na presença de dois pacientes do grupo de “voluntários” sob a justificativa de proteção dos trabalhadores. Segundo a equipe de enfermagem, todos os profissionais do hospital psiquiátrico adentram a sala apenas com os “voluntários”. Ressalta-se, contudo, que a Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 2057/2013 e a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem n. 427/2012 orientam que a contenção mecânica é atividade privativa dos profissionais médico e enfermeiro, respectivamente. [Clínica Professor Paulo Guedes - Caxias do Sul/RS].

A realidade apresentada expressa violação ao direito de proteção contra qualquer forma de abuso e exploração nos atendimentos em saúde mental, assegurados no artigo 2º, III, da Lei nº 10.216/2001.

Além disso, a substituição da mão de obra dos profissionais de saúde pela força de trabalho das próprias pessoas internadas aponta para a infração à norma constante do artigo 7º da Constituição e aos correspondentes direitos trabalhistas, no que tange: ao estabelecimento de jornada de trabalho adequada, ao direito à remuneração, à formação e qualificação técnica, ao acesso às medidas e equipamentos de segurança para prevenção de riscos e acidentes em igualdade de condições com os demais trabalhadores da instituição, dentre outros.¹⁰

10 BRASIL. Decreto-lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm>. Acesso em: 10 out. 2019.

5.3.2.1 Trabalho com compromissos, escalas, licenças e a execução de atividades assistenciais típicas dos profissionais de enfermagem

Conforme exposto anteriormente, há práticas de competência técnica da equipe de enfermagem sendo realizadas pelas pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos visitados, dentre as quais vale destacar: assistência ao banho, alimentação, administração de medicamentos e a aplicação de contenção mecânica.

A esse respeito, o Decreto nº 94.406, de 1987, que regulamenta o exercício da enfermagem, dispôs como incumbência privativa do enfermeiro o planejamento, coordenação e supervisão dos serviços da assistência de enfermagem. A responsabilidade do enfermeiro nos cuidados prestados deve perpassar, inclusive, a “prevenção e o controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a prestação dos cuidados pela equipe de enfermagem” (artigo 8º, II, c).

Cabe, ainda, a observância ao Código de Ética do Profissional de Enfermagem, que trata do dever dos profissionais de “prestar assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência” (Resolução COFEN nº 564, de 2017, artigo 45).¹¹ Da mesma maneira, o Código Civil Brasileiro trata da previsão de ressarcimento à vítima por ação indenizatória “[...] por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho” (Lei nº 10.406, de 2002, artigo nº 951).

Identificou-se, no relatório do Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros/PE), a atividade de administração de medicamentos de usuários exercida por outro usuário, o que se configura como grave irregularidade.

De acordo com o artigo 11, inciso III, alínea “a”, do Decreto nº 94.406, de 1987, a competência de ministrar medicamentos por via oral e parenteral é do auxiliar de enfermagem. Destaca-se que a administração de medicamentos configura-se como atividade técnica essencial para assegurar a

11 BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564, de 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Acesso em: 10 out. 2019.

segurança do paciente,¹² de modo a implicar ações da equipe de enfermagem para evitar ao máximo os erros no cuidado prestado que possam causar danos evitáveis na assistência em saúde.

As visitas ao Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso/MG), ao Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR) e à Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS) apontaram o uso da força de trabalho das pessoas internadas na prática da contenção mecânica ou física, procedimento este regulamentado¹³ pelos conselhos de classe para o exercício profissional da medicina e da enfermagem e pelo Ministério da Saúde.

O Protocolo Assistencial de Contenção Física, publicado pelo Ministério da Saúde¹⁴ para orientação à prática do SAMU em atendimentos de urgência e emergência, demarca os riscos da sua aplicação inadequada:

A contenção mecânica é um procedimento que, se não aplicada com critério e cuidados, pode desencadear complicações clínicas graves, como desidratação, redução da perfusão em extremidades, fraturas, depressão respiratória e até mesmo morte súbita.

Os conselhos de classe, por sua vez, estabeleceram o regramento para o emprego do procedimento pelos profissionais da medicina e da enfermagem destacando seu uso excepcional, para prevenir dano imediato ou iminente ao próprio paciente ou a terceiros.

A Resolução CFM nº 2057, de 2013, que versa sobre o ato médico na assistência psiquiátrica no tocante à contenção mecânica ou física, indicou, ainda, a necessidade de: prescrição médica e registro em prontuário;

12 No ano de 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria GM/MS nº 529/2013), considerando recomendações internacionais, a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente e a necessidade de se desenvolver estratégias, produtos e ações no âmbito do SUS, que possibilitem a mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção e contribuam para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde no território nacional. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 11 out. 2019.

13 Resolução CFM nº 2057/2013, Resolução COFEN nº 427/2012.

14 Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf>. Acesso em: 13 set. 2019.

supervisão imediata e regular por membro da equipe; e a informação ao representante legal ou familiares.

A Resolução COFEN nº 427, de 2012, que “Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes”, explicita a premissa a prevenção e o controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes; reafirma o direito constitucional segundo o qual “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”; e reconhece a contenção mecânica dentre os “cuidados de complexidade técnica” que exigem “conhecimentos de base científica, e capacidade de tomar decisões imediata”.

Desse modo, cumpre-nos destacar que os órgãos afetos ao emprego da contenção mecânica ou física fundamentam a regulamentação de tal prática, justamente, na cautela e na prevenção a agravos em saúde. Isso demonstra a gravidade da prática sustentada por algumas instituições psiquiátricas visitadas.

Os relatos no Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso/MG) sinalizam que a participação das(os) usuárias(os) é compreendida como “ajuda” ao trabalho dos profissionais no cotidiano hospitalar, marcado pela insuficiência de equipe. Neste caso, o modo de atuação das pessoas internadas é “informal” e sem prévia seleção ou estruturação de funções a serem exercidas:

Quando tem paciente agitado, em crise, e precisa conter, a gente pede pros pacientes que estão próximos pra ajudar a segurar. Somos poucos na enfermagem. A gente tem que dar conta com o que temos por aqui. [Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG].

De outro modo, a participação de usuários na execução do procedimento de contenção mecânica nos hospitais da Região Sul (Hospital San Julian e Clínica Paulo Guedes) caracteriza-se pela organização de grupos compostos por usuários para atuação, especificamente no emprego da contenção em situações de agitação, crise e conflitos entre as pessoas internadas.

No Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara/PR), é significativo o número de pessoas internadas que realiza algum tipo de atividade de ocupação a partir do trabalho na instituição. O trabalho das pessoas internadas é realizado, sobremaneira, através das Comissões e de Oficinas, estando sob coordenação da terapia ocupacional e supervisão dos trabalhadores responsáveis de cada setor.

De acordo com seu Projeto Técnico Institucional, o “*Grupo de Ajuda (GDA) atua na separação de brigas, conflitos e intercorrências clínicas, sendo acionados pelas pessoas internadas ou pela equipe técnica, participando, inclusive, da realização de contenções mecânicas*”. A atividade do GDA consta, também, no Plano Terapêutico Singular dos usuários e objetiva o desenvolvimento da “*capacidade de empatia e de ajuda ao colega em sofrimento, condições fundamentais para melhorar seu relacionamento social e familiar*”.

Trata-se de grupo de usuária(os) internadas(os) por necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, selecionadas(os) pela equipe técnica do hospital e treinadas(os) pelo educador físico, havendo revezamento dos participantes a cada quinze dias. As(Os) integrantes do grupo dispõem de quarto exclusivo e usam coletes de identificação. Organizam-se por escalas de plantão, tendo acesso preferencial ao refeitório na rotina de alimentação institucional. Há sirene para acionamento do GDA, com sinal luminoso e sonoro, localizada na unidade de internação, bem como orientações fixadas no posto de enfermagem para o acionamento do referido grupo de usuárias(os).

Fotografia 53: Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR. Sirenes de chamada do GDA instaladas no pátio externo da unidade Jellinek, com identificação sonora e visual de qual unidade está acionando (Clínica 1, Clínica 2, Rached, Triagem).



HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

Fotografia 54: Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR. A foto abaixo mostra orientações para acionamento do DA e a campainha localizada nos postos de enfermagem.



Fotografia 55: Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara - PR. A foto abaixo mostra o momento de acionamento da sirene do GDA no pátio da ala Jellinek. Destaque para os usuários de coletes vermelhos correndo em direção à enfermaria.



A equipe de visita do Hospital Psiquiátrico San Julian presenciou o acionamento do GDA, por sirene, duas vezes durante a inspeção. Segue um dos relatos:

A sirene disparou enquanto estávamos na ala e cerca de oito usuárias(os) identificadas(os) com os coletes correram em direção à enfermaria. O usuário estava acordando e relatou que foi ao ambulatório para fazer um exame pois estava com dores abdominais no domingo. Estava confuso, não sabendo onde estava, o porquê e tampouco a data (terça-feira). Solicitou que ligassem para a família, pois não queria ficar internado, não fazia uso de álcool ou drogas. O GDA ao chegar na enfermaria prontamente se mobilizou para iniciar a contenção mecânica, o que provavelmente somente não ocorreu porque estávamos presentes. [Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR].

Na Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul/RS), a atividade de trabalho dos usuários é compreendida como parte das propostas terapêuticas destinadas exclusivamente às pessoas internadas pelo SUS na instituição. A seleção dos usuários é realizada pela equipe multiprofissional e abrange homens e mulheres internados nas unidades abertas, incluindo àqueles internados por uso de álcool e outras drogas. A atividade é coordenada por uma enfermeira e uma educadora física, responsáveis pela organização das escalas de atividades e pelo treinamento desses usuários.

Trata-se de dois grupos: os “auxiliares” e os “voluntários”. A realização da contenção mecânica encontra-se dentre as funções exercidas pelo grupo de auxiliares, embora abranja também o grupo de voluntários. O grupo de voluntários atua em “casos de agitação psicomotora das demais pessoas internadas e são responsáveis por atividades tipicamente assistenciais, como acompanhamento do banho, alimentação, recepção da ambulância e revista de outras(os) usuárias(os)”.

Assim como constatado no Hospital San Julian, o grupo de voluntárias(os) da Clínica Paulo Guedes também dispõe de quarto exclusivo “por serem acionados a qualquer hora do dia e da noite para atuar nas situações de agitação psicomotora, circunstância que poderia atrapalhar o sono dos demais”.

Quando questionada sobre quais ações são efetivadas caso as(os) usuários do grupo “voluntário” se machuque ao conter outra(o) usuária(o), a resposta da direção foi a de que a(o) médica(o) responsável pela(o) usuária(o) machucada(o) é informada(o). A contingência manifesta, ainda, que a quantidade de profissionais existentes é insuficiente para o cuidado de todas pessoas internadas. [...] Tais atividades desvelam exploração da força de trabalho de pessoas que não são remuneradas ou protegidas

por legislação trabalhista, já que são convocadas a exercerem funções nas 24 horas do dia. [Clínica Professor Paulo Guedes, Caxias do Sul – PR].

A realidade narrada a partir dos relatos de visita aponta para a exploração da força de trabalho dos usuários de forma estruturada, com seleção, escalas de plantão, treinamentos e exposição das pessoas internadas - sejam os usuários-trabalhadores sejam os demais usuários - à situações de risco e danos, insalubres, exaustivas, sem observância de normas de segurança e saúde, características do trabalho degradante.

A lógica de estruturação de atividades de trabalho desempenhadas pelos usuários durante a internação foi verificada nos hospitais do sul supracitados, mas, também, no Hospital Psiquiátrico de Maringá. A organização das atividades laborais nessas instituições abrange algumas dimensões que remetem à rotina do trabalho formal, tais como: a definição de escalas de trabalho, a delimitação de funções, indicando a obrigatoriedade do compromisso com as tarefas, o uso obrigatório dos equipamentos de proteção individual, bem como a admissibilidade de “licença por motivos clínicos”:

Durante a visita de inspeção observamos um usuário da unidade masculina destinada às pessoas com transtornos mentais auxiliando nas atividades da copa, durante a realização do almoço. Tal sujeito exercia a função de servir a salada, enquanto duas funcionárias da cozinha serviam os alimentos quentes. O usuário estava paramentado com avental, luvas e touca, além de portar crachá de identificação. Ele relatou-nos auxiliar nas refeições por meio da limpeza das bandejas e das mesas do refeitório, bem como na tarefa de servir os alimentos, e afirmou gostar de realizar tal atividade. [...] Com base nos relatos obtidos identificou-se a existência das seguintes Comissões: Auxiliar de Enfermagem: ajudar a chamar os pacientes para os atendimentos, refeições e atividades ou propostas assistenciais; Refeitório/cozinha: ajudar a servir os alimentos e na limpeza das mesas; Higiene: ajudar a retirar o lençol, transportar o balde, empurrar o carrinho de limpeza. [Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR].

Fotografia 56: Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR. Usuário em atividade na função laborativa de auxiliar de Copa, durante a realização do almoço das pessoas internadas na ala masculina de transtornos mentais.



[...] O grupo de “auxiliares” desenvolve tarefas laborais distribuídas semanalmente em escalas de atividades disponibilizada no Posto de Enfermagem das unidades. Entre as tarefas desempenhadas estão: organização dos banhos; auxílio na cozinha; preparo de chimarrão, distribuição e descarte da erva-mate; preparo do café; distribuição do suco; distribuição do lanche da noite; limpeza do refeitório; auxílio da equipe médica; contenção mecânica de usuários; auxílio da assistente social; acompanhamento de focos de dengue. [Clínica Professor Paulo Guedes, Caxias do Sul – RS].

Havia orientações aos integrantes das Comissões de Copa e de Pão e Chá fixadas no refeitório do hospital, que detalhavam as funções das(os) usuárias(os) em Comissão. Orientava-se, de modo geral, o horário de chegada ao refeitório, o uso obrigatório dos equipamentos de proteção individual, o cuidado com os materiais (canetas, prancheta, caderno de presença, etc), a proibição quanto à repetição das refeições, [...] além da função de “substituir qualquer função quando o paciente estiver de licença ou ausente por questões clínicas ou troca da comissão”. Além disso, indicava-se a obrigatoriedade de seguir a escala de atividades definidas com a terapia ocupacional na reunião da Comissão, não abordar os outros usuários em casos de intercorrências, repassando a situação para os profissionais. Caberia, ainda, aos usuários membros da Comissão “deixar o refeitório com as mesas e bancos limpos e o piso organizado”. [...] Vimos pessoas internadas conduzindo o carrinho com o lanche da tarde até as enfermarias clínicas (Comissão de Pão e Chá); adolescente entregando escovas de dente com pasta e as recolhendo após a escovação (Comissão de Higiene); fiscal de medicação na ala Jellinek, servindo água e checando se os usuários engoliram a medicação; além de adultos na função de “anjos”, estimulando a interação e as trocas entre pessoas internadas na enfermaria clínica da ala Bion. [Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR].

Conforme relatado pelas pessoas entrevistadas, os usuários internados na unidade Jellinek [unidade de álcool e outras drogas destinada aos adultos] trabalham por cerca de 4 horas por dia em alguma Comissão, seja horta, marcenaria, lavanderia, ou na função de Anjos ou GDA [Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR].

O conjunto dos relatos apresenta práticas que infringem a legislação nacional, seja nos direitos fundamentais dos trabalhadores seja na proteção às formas de abuso e exploração, inadmissíveis num ambiente de tratamento em saúde.

5.3.3 Indícios de trabalho forçado ou obrigatório

Para a Convenção OIT nº 29, de 1º de maio de 1930,¹⁵ “a expressão ‘trabalho forçado ou obrigatório’ designará todo trabalho ou serviço exigido de um indivíduo sob ameaça de qualquer penalidade e para o qual ele não se ofereceu de espontânea vontade” (artigo 2º, 1).

No tocante às especificidades das atividades que envolvem as pessoas internadas por uso de álcool e outras drogas, além da realização de contenção mecânica, foi identificada no Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), no Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa – PB), no CIAPS Hospital Aduino Botelho (Cuiabá – MT) e no Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP) a responsabilização dos usuários pela lavagem das próprias roupas e pela limpeza do quarto em que estão alojados, desonerando o hospital da obrigatoriedade de prestação de tais serviços.

Destaca-se que a higienização em ambiente hospitalar, em razão do alto risco de contaminação biológica, tem regras específicas tanto em relação aos produtos químicos que podem ser utilizados para a limpeza, quanto às regras de manuseio, conservação e descarte desses produtos. A Norma Regulamentadora nº 32 (NR 32), referente à Limpeza e Conservação, determina a obrigatoriedade de o empregador capacitar os empregados responsáveis pela higienização hospitalar:

32.8.1 Os trabalhadores que realizam a limpeza dos serviços de saúde devem ser capacitados, inicialmente e de forma continuada, quanto aos princípios de higiene pessoal, risco biológico, risco químico, sinalização, rotulagem, EPI, EPC e procedimentos em situações de emergência.
32.8.1.1 A comprovação da capacitação deve ser mantida no local de trabalho, à disposição da inspeção do trabalho.

32.8.2 Para as atividades de limpeza e conservação, cabe ao empregador, no mínimo:

- a) providenciar carro funcional destinado à guarda e transporte dos materiais e produtos indispensáveis à realização das atividades;
- b) providenciar materiais e utensílios de limpeza que preservem a integridade física do trabalhador;

15 NAÇÕES UNIDAS. Organização Internacional do Trabalho. Convenção 29: Trabalho forçado ou obrigatório. 1930. Disponível em: <https://www.ilo.org/brasil/convencoes/WCMS_235021/lang-pt/index.htm>. Acesso em: 10 out. 2019.

- c) proibir a varrição seca nas áreas internas;
- d) proibir o uso de adornos.

32.8.3 As empresas de limpeza e conservação que atuam nos serviços de saúde devem cumprir, no mínimo, o disposto nos itens 32.8.1 e 32.8.2.

Há também regras rígidas quanto ao trabalho em lavanderias. Conforme a NR 32, no tocante às lavanderias:

32.7.1 A lavanderia deve possuir duas áreas distintas, sendo uma considerada suja e outra limpa, devendo ocorrer na primeira o recebimento, classificação, pesagem e lavagem de roupas, e na segunda a manipulação das roupas lavadas.

Assim, não é admissível que usuários procedam à lavagem de roupas no âmbito da unidade hospitalar, o que pode comprometer a sua saúde e segurança e de toda a equipe da unidade. Compete ao gestor do hospital solicitar a contratação de empresas prestadoras de serviços especializados ou a nomeação de pessoal próprio para o desempenho dessas atividades.

No espaço para internamento em relação à dependência química, os próprios internos lavam suas roupas, na perspectiva que seria a única forma de ter o que usar, fato este não presente no Projeto Terapêutico Singular de cada um. Cada um lava sua roupa na torneira localizada no salão de convivência do espaço com seu próprio sabão e varrem apenas os quartos em que dormem. [Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira, João Pessoa – PB].

No Projeto Terapêutico Institucional há um item chamado de 'Recurso Terapêutico' definido como laborterapia. [...] A laborterapia é acompanhada pela equipe e executada nos setores de limpeza (limpeza dos quartos, pátios, banheiros, refeitórios, sala de recreação, varrer e lavar o chão, limpar área do refeitório, lavar banheiros e bebedouros), cozinha (lavar louças, retirar pão da padaria e entregar no setor e limpeza do local), horta e lavanderia (estender, recolher, separar e dobrar roupas). Atualmente devido às reformas que estão acontecendo no hospital, os usuários também estão envolvidos com atividades de pedreiro. Apesar de constar no PTI que tal atividade não é obrigatória a adesão, logo em seguida há uma afirmativa de que ao demonstrar interesse terá sua presença na atividade como obrigatória. Não há menção de remuneração para as atividades, apesar de obrigatória a presença, lista de atividades a serem desenvolvidas e haver regras que a direcionem, necessitando

verificar uso da força de trabalho de pacientes, substituindo mão de obra que deveria ser contratada. Na entrevista com a direção foi informado que as pessoas internadas exercem atividades de trabalho não remunerada e de frequência diária. Atualmente segundo a direção há oito pacientes realizando esse tipo de trabalho de forma mais sistemática. [Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP].

Os usuários internados são os responsáveis pela lavagem das próprias roupas na área com tanque, função incorporada na rotina da ala, diariamente, das 6h às 8h da manhã, com recolhimento das roupas do varal às 18h. É facultado aos familiares realizar, durante as visitas, a troca de roupas sujas por limpas. [...] Considerando que a referida unidade de internação corresponde a 60% dos leitos do hospital, observa-se a desoneração financeira e de pessoal da instituição, relativa aos serviços de lavanderia e ao fornecimento de insumos e materiais básicos de higiene pessoal. A manutenção da limpeza dos quartos também conta com a força de trabalho das pessoas internadas. Na ala das pessoas internadas com questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas há um revezamento para essa função, entre os usuários que ocupam cada dormitório. [Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR].

Fotografia 57: Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR. Na Ala Jellinek, encontrou-se placa fixada na cama do usuário responsável pela limpeza diária do quarto.



Na Unidade III [destinada aos usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas], os internos desenvolvem pequenos reparos e atividades de limpeza dos próprios dormitórios, incluindo banheiros e áreas comuns. [CIAPS Hospital Adauto Botelho, Cuiabá – MT].

Atividades obrigatórias foram verificadas, também, em unidade de internação destinada à adolescentes no CAIS Clemente Ferreira (Lins/SP) e no Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR). As atividades de trabalho realizadas pelos adolescentes estão descritas em detalhes no capítulo 6, que versa especificamente sobre o público infanto-adolescente.

Note-se que a Organização Mundial de Saúde (OMS), em documento orientador para elaboração de leis em saúde mental e direitos humanos, pontuou, dentre os exemplos de tratamento desumano e degradante em instituições psiquiátricas, a “escassez de pessoal que leve a práticas pelas quais os pacientes sejam obrigados a executar trabalho de manutenção sem remuneração ou em troca de privilégios secundários”. Observe-se, portanto, que o modelo de trabalho por insuficiência de profissionais abordado no item anterior também pode se expressar por meio da imposição, ameaça ou violência desde as quais um internado é obrigado a trabalhar.

Ressalte-se que a obrigatoriedade de execução das atividades de limpeza do quarto e da lavagem das roupas pelos usuários cotidianamente nos hospitais citados fere o preceito constitucional dos direitos e deveres individuais e coletivos, em seu artigo 5º, segundo o qual “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”, a lei não há de obrigá-los a executar tal função. Ademais, a submissão a trabalhos forçados ou obrigatórios infringe, também, o artigo 8º do Pacto Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos.¹⁶

Destacam-se, ainda, os Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, cuja norma preceitua que:

Todas as pessoas acometidas de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, têm direito à proteção contra exploração econômica, sexual, ou de qualquer outro tipo, contra abusos físicos ou de outra natureza, e tratamento degradante.

16 BRASIL. Decreto nº 592, de 06 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos. Promulgação. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm>. Acesso em: 13 ago. 2019.

Encontram-se prejudicados eventuais argumentos que presumem o enquadramento terapêutico de tais atividades executadas pelas pessoas internadas, dada a total desconexão com as perspectivas de reabilitação em saúde mental conceituadas no início deste capítulo. Para tanto, vale sublinhar os seguintes aspectos deletérios de direitos: a padronização da rotina para todas as pessoas internadas na ala, a impossibilidade de recusa ou inobservância do consentimento do usuário, os indícios de exploração econômica e as condições degradantes para realização das atividades (tanques de cimento expostos ao sol ou torneiras adaptadas para este fim e o desprovisionamento dos insumos básicos pelo hospital).

5.3.4 Propostas de Geração de Trabalho e Renda

A totalidade dos relatos apresentados até aqui refere-se a ações e propostas institucionais desvinculadas de qualquer remuneração. A legislação trabalhista prevê a remuneração ou pagamento de salário aos serviços de natureza não eventual prestados, conforme artigo 3º da Consolidação das leis do Trabalho (CLT). Especificamente no campo da saúde mental, organismos internacionais afirmam o direito à remuneração adequada pelo trabalho realizado em estabelecimentos de saúde mental, em igualdade de condições aos demais sujeitos.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2010, debruçou-se sobre a temática de inclusão social pelo trabalho. As deliberações do controle social reunido à época apontaram como diretrizes políticas: a ampliação de oportunidades para efetiva inserção no mercado formal, respeitando as singularidades das pessoas com transtornos mentais, o fortalecimento ou criação de estratégias de qualificação profissional e educacionais envolvendo parcerias intersetoriais nos âmbitos territoriais, bem como, e especialmente, a implantação e apoio ao financiamento público de projetos de geração de trabalho e renda na perspectiva da Economia Solidária.

Trata-se, portanto, de compreender a reinserção social pelo trabalho considerando como dimensões a justiça social, os direitos trabalhistas, a previdência social e a economia solidária.

No que tange à economia solidária, as proposições da referida Conferência orientaram para o apoio à constituição de cadeias produtivas solidárias, por meio de cooperativas e empreendimentos sociais, que extrapolem iniciativas circunstanciais de oficinas no interior dos serviços de saúde mental, de modo a efetivamente se configurar como espaços de trabalho. Destacamos:

193. Garantir a Economia Solidária como política pública nas três esferas de governo através: do reconhecimento e apoio aos projetos de incubação e trabalho que ocorrem nos equipamentos públicos de saúde mental; da regulamentação da lei de cooperativas sociais¹⁷; da implantação de ações estratégicas para fomentar as cadeias produtivas solidárias; da capacitação dos empreendimentos economia solidária para todas as etapas do processo produtivo; favorecer, por meio de incentivos, às cadeias produtivas solidárias e, a disputa de mercado de consumo solidário; incentivar ponto de comércio justo e solidário.

671. Regulamentar, na Política Nacional de Saúde Mental, a implantação e consolidação dos projetos e oficinas de geração de trabalho e renda, priorizando a sua realização em sedes próprias, fora dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), reafirmando que o espaço destinado ao acolhimento de pessoas com transtornos mentais e particularmente à crise (Centro de Atenção Psicossocial) deve ser distinto do espaço de trabalho.¹⁸

Os relatos derivados das instituições psiquiátricas inspecionadas revelam a comercialização de produtos confeccionados por usuários ou por seus familiares em oficinas realizadas no interior dos hospitais da região sudeste do país.

De outro modo, qualquer proposição terapêutica durante a internação psiquiátrica, inclusive aquelas para a geração de renda, deve ser orientada exclusivamente para a reinserção social dos sujeitos e, para sua concretização, não basta que o discurso aponte nessa direção. As ações ligadas à dimensão do trabalho devem estar explicitamente vinculadas ao PTS, considerando a singularidade e os desejos das pessoas internadas, e à articulação com a rede intersetorial e à busca de autonomia e dignidade. Diante disso,

17 No ano de 2013, o governo brasileiro instituiu o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social - Pronacoop Social, por meio do Decreto nº 8.163/2013, com a finalidade de planejar, coordenar, executar e monitorar as ações voltadas ao desenvolvimento das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários sociais, pautado na não discriminação, no respeito pela diferença como parte da diversidade humana, na promoção de igualdade de oportunidades e na autonomia, visando a participação e inclusão de pessoas em desvantagem na sociedade. BRASIL. Decreto nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/D8163.htm>. Acesso em: 13 out. 2019.

18 BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

ressaltamos determinados engajamentos encontrados nos hospitais inspecionados oferecidos de maneira padronizada e desarticulada com os projetos de vida individuais, a exemplo do seguinte:

Além disso, é previsto no Projeto Institucional as oficinas de confecção de chinelos, horta, jardinagem e barbearia, com objetivo de “promover a busca vocacional, oportunizar o aprendizado técnico, introduzir novas habilidades e estimular hábitos de trabalho, lidar com a tolerância, promover aumento da autoestima e senso de identidade pessoal e profissional, estimular a socialização, a organização dos aspectos cognitivos e afetivos e a reinserção social”. [Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR].

Ademais, tal como observado nos hospitais abaixo destacados, há instituições em que a geração de renda proveniente da comercialização é revertida somente para a compra de insumos e materiais destinados à manutenção das atividades assistenciais do hospital ou para subsidiar direitos que deveriam ser asseguradas a usuários ou a familiares pelo poder público. Há também, entre as instituições psiquiátricas visitadas, especialmente no estado paulista, indicativo de que parte da renda gerada é revertida para o usuário que a produziu. Contudo, os relatos sugerem ausência de maiores informações de como esse processo se dá, além de sugerirem a alienação dos usuários sobre o conjunto do processo - que envolve desde a produção até o escoamento dos produtos e a remuneração pelo trabalho realizado.

No Centro de Atividades Educacionais são produzidos pelos internos diversos itens artesanais que, segundo os trabalhadores e a direção do HP, são comercializados e, com a renda gerada, são adquiridos materiais para a confecção de novos itens, sendo que os internos não recebem nenhuma parte deste recurso pelo trabalho realizado. [Clínica Nosso Lar Adamantina, Adamantina – SP].

A equipe entrevistada apontou que as ações são construídas na perspectiva da desinstitucionalização, relatando [...] trabalhos de geração de renda com usuários e suas famílias, [...] oficina de desenho e de doces (atualmente brownies). Os doces são revendidos para compra de materiais e auxílio para as passagens de familiares de pacientes que moram em outros municípios e/ou estado. [Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói – RJ].

[...] os produtos realizados em Terapia Ocupacional, tais como artesanatos de palito e panos de prato, podem ser vendidos em feira da cidade, havendo somente parte revertida ao usuário que produziu. Não foi informado o destino da outra parte do arrecadado [Clínica Antônio Luiz Sayão - Araras/SP].

A equipe de fiscalização observou que ocorre também alienação dos usuários em relação aos produtos fabricados por eles nas oficinas, que são vendidos, sendo a renda revertida para a compra de materiais e insumos destinados às próprias oficinas. [...] os produtos feitos nas Oficinas de Terapia Ocupacional, tais como artesanatos de palito e panos de prato, podem ser vendidos em feira da cidade, havendo somente parte revertida ao usuário que produziu. [Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente – SP].

Membro da equipe da unidade de internação para autismo informou que o “projeto de geração de renda”, com objetivo de ser um começo de inserção no trabalho, que negociam o valor do que fazem, mencionando a “pintura de camisetas”. [...] Não há contrato, é uma situação informal. De acordo com o relato, a referida encomenda possui o objetivo exclusivo de ajudar as atividades terapêuticas dos internos. [...] tal renda foi revertida em novas camisetas e insumos e para atividades de lazer com os pacientes, como ir ao cinema e passeios externos. Quem faz a gestão dessa renda é a equipe de funcionários. [...] cada paciente ambulatorial e os internos lucraram R\$ 120,00 (cento e vinte reais). De acordo com o que foi informado, o valor ganho pelos internos foi revertido para compra de itens e suprimentos pessoais. [Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana, São Paulo – SP].

Ressalta-se a necessária problematização sobre: i) o limitado - ou inexistente - protagonismo dos usuários na decisão relativa ao uso da renda proveniente do trabalho realizado; e ii) sobre a ausência de participação ativa e apoiada na aquisição dos produtos no comércio do território. Além disso, há indícios de que a renda obtida pelo trabalho dos usuários é utilizada para a compra de insumos básicos e materiais de higiene ou autocuidado que deveriam ser providos pelo hospital. Isso contradiz veementemente os princípios e diretrizes da perspectiva de trabalho e geração de renda pressupostas pela Economia Solidária.

Por fim, a equipe de inspeção do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói/RJ) indica haver bolsas de trabalho disponibilizadas às pessoas internadas para prestação de serviços em setores (arquivo, xerox e ambulatório) do hospital, conforme avaliação da equipe de saúde. Considera-se oportuna a avaliação de tais postos de trabalho pelos órgãos de fiscalização.

Conclui-se a análise deste capítulo reafirmando: i) que as internações psiquiátricas devam estar circunscritas aos princípios de brevidade e excepcionalidade; e ii) que a dimensão do trabalho, nos tratamentos em regime de internação, deve envolver somente ações articuladas com os serviços extra-hospitalares, visando à concretização de projetos de vida em liberdade no contexto social e comunitário.

6.

A INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES



Fotografia 58: Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC. A foto abaixo mostra o punho de uma adolescente amarrado ao beiral da cama que, no momento da visita, gritava pedindo que a soltassem.

Fonte: Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2018.

INTRODUÇÃO

Ante as informações obtidas durante a inspeção nacional em hospitais psiquiátricos realizada em 2018 apresentadas neste relatório, faz-se necessário distinguir a realidade de crianças e adolescentes da das demais pessoas privadas de liberdade nesses locais. Essa distinção expositiva é imperiosa porque além de a legislação e as políticas públicas serem-lhes específicas, a realidade biopsicossocial lhes é própria.

É, aliás, em razão da constatação histórico-científica das particularidades de crianças e adolescentes frente aos adultos que várias instâncias legislativas de âmbito internacional e nacional procuraram conferir-lhes tratamento distinto. É válido, assim, neste capítulo, antes de adentrar propriamente nos relatos sobre a realidade de crianças e adolescentes nos hospitais psiquiátricos visitados, introduzir os aspectos históricos e normativos a eles correlatos.

6.1 PROTEÇÃO INTEGRAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Antes da Constituição de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990),¹ o tratamento legislativo de crianças e adolescentes dispensando pelos Códigos de Menores de 1927² e 1979³ tinha como fundamento as doutrinas menorista e da situação irregular, as quais eram reguladas pelo binômio carência/delinquência, que na prática se traduzia no controle social da infância em situação de pobreza.

Detendo-nos nesta legislação, verifica-se que ela também tratava seu público de modo similar ao tratamento dispensado pela legislação que

1 BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 10 out. 2019.

2 BRASIL. Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927. Consolida as leis de assistência e proteção a menores. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D17943A.htm>. Acesso em: 10 out. 2019.

3 BRASIL. Decreto nº 17.943-A, de 10 de outubro de 1979. Institui o Código de Menores. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6697.htm>. Acesso em: 10 out. 2019.

atendiam às pessoas com transtornos mentais: ambos os tratamentos no modelo tutelar, anti-autonomista e dissociado do reconhecimento de dignidade e discernimento.

O Código Criminal do Império (1830)⁴ dispunha, no mesmo artigo 10, que não seriam julgados como criminosos os “menores de quatorze annos” e os “loucos de todo o gênero”. Do mesmo modo, o Código Penal de 1890 preconizava que não seriam considerados criminosos: os “menores de nove annos completos”; “os maiores de nove e menores de quatorze, que obrarem sem discernimento”; “os que por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação”; e “os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de intelligencia no acto de commetter o crime” (artigo 27). A Lei nº 844, de 10 de outubro de 1902,⁵ que autorizava a fundar um instituto disciplinar e uma colônia correccional, também inseria no mesmo tipo de tratamento os dois públicos. O Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, que previa a Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, instituía o Conselho de Proteção aos Psicopatas, com os seguintes membros: um dos Juizes de Órfãos, o Juiz de Menores, o chefe de Polícia do Distrito Federal, o diretor geral da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental. O Código Civil de 1916 retomou a emblemática dupla de incapazes absolutos (menores de dezesseis annos e loucos de todo gênero). O Código Civil de 2002 – vale lembrar, promulgado um ano após a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 – mantinha no mesmo quadro o público da faixa etária menor de dezesseis annos, o qual agregava “os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses actos” e “os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade” (artigo 3º).

Se os códigos civis não se adequaram ao modelo constitucionalista que nasceu ainda nos annos 1980, paralelamente, é a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que propõe o divórcio entre os dois segmentos (pessoas com transtornos mentais e crianças e adolescentes). Historicamente unidos para fins tutelares, ambos segmentos passam a ter seu estatuto de cidadania em leis próprias, objetivamente direcionadas à garantia de direitos específicos

4 BRASIL. Lei de 16 de dezembro de 1830. Manda executar o Código Criminal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM-16-12-1830.htm>. Acesso em: 10 out. 2019.

5 BRASIL. Lei nº 844, de 10 de outubro de 1902. Auctoriza o Governo a fundar um Instituto Disciplinar e uma Colonia Correccional, 1902. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1902/lei-844-10.10.1902.html>>. Acesso em: 10 out. 2019.

–quando a diferença pede o tratamento desigual –e, em alguns casos, direitos gerais –quando a equiparação os fortalece.

A Constituição caracteriza o Brasil como Estado Democrático de Direito e estabelece a dignidade da pessoa humana como fundamento da República no inciso II, artigo 1º Assim, dignidade e democracia caminham simbioticamente relacionadas. A próxima norma que contém o princípio da dignidade é aquela da definição das bases da família (artigo 226). O terceiro momento em que surge a expressão “dignidade” na Carta Constitucional é na norma do artigo seguinte, que abre os caminhos para a constitucionalização da proteção integral de crianças e adolescentes (em oposição às doutrinas menorista e da situação irregular), instituindo, como seu alicerce, o tripé da cooperação família, sociedade e Estado, a assegurar a dignidade, dessa vez, como um direito, dentre vários constantes do artigo 227. Por fim, na quarta vez em que emerge no texto constitucional, dignidade é o princípio a ser defendido, junto com bem-estar e direito à vida, para o envelhecimento saudável da pessoa idosa (artigo 230).

No ECA, a dignidade surge como condição para o “desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social” (artigo 3º) das crianças e dos adolescentes, ou seja, para o exercício de todos os seus direitos fundamentais. Mas, a seguir, já retoma sua dimensão de direito, ao ter de ser, entre outros, garantidos pelo mencionado tripé da cooperação (artigo 4º). Como tal, repete-se no artigo 15, ao lado dos direitos ao respeito e a liberdade (artigo 3º). Aqui, dignidade assume o papel de uma resultante valorativa dos vetores simbolizados pelos dois direitos (liberdade e respeito), uma vez que se tratam de direitos que não apenas viabilizem a realização dos demais, mas também protegem crianças e adolescentes de “qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor” (artigo 15). Daí em diante, dignidade surge assegurando plenas condições para crianças e adolescentes enfrentarem uma série de situações, como o sistema de justiça juvenil e o contexto da violência sexual.

Uma vez que a dignidade está amplamente apoiada na democracia –e vice-versa –, o consentimento para toda e qualquer intervenção sobre o corpo e desejo de crianças e adolescentes deve ser genuinamente apreendido pelo mundo adultocêntrico, categoricamente respeitado pelo tripé família, sociedade e Estado, sob pena de se esfacelar, junto, a noção de democracia.

Outro aspecto fundamental que organiza a análise dos relatos para a consecução do Relatório da Inspeção Nacional dos Hospitais Psiquiátricos é a ideia de proteção, proximal ou distal. A proteção é o fundamento da convivência familiar e comunitária, direito consagrado no ECA, em outras leis e planos políticos. O Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de

Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária⁶ propõe-se a “romper com a cultura da institucionalização de crianças e adolescentes” e estabelece estratégias de proteção não apenas a crianças e adolescentes – foco há muito aplicado – mas também de fortalecimento do núcleo familiar e, por consequência, comunitário. Em simultânea comunicação com o ECA, o Plano reforça a excepcionalidade e a provisoriedade das práticas de acolhimento institucional, em nome da “preservação dos vínculos familiares e a integração em família substituta quando esgotados os recursos de manutenção na família de origem” (artigo 92 e 100). A preservação de vínculos familiares, nucleares ou extensos, com crianças e adolescentes recebem, portanto, especial importância na legislação nacional.

Essa proposta rompe com processos de institucionalização, seja no ambiente das entidades de atendimento sócio-assistencial, seja no âmbito da saúde. Dentre outros eixos, o Plano se sustenta a partir de:

1. Centralidade da família nas políticas públicas
2. Primazia da responsabilidade do Estado no fomento de políticas integradas de apoio à família
3. Reconhecimento das competências da família na sua organização interna e na superação de suas dificuldades
4. Respeito à diversidade étnico-cultural, à identidade e orientação sexuais, à equidade de gênero e às particularidades das condições físicas, sensoriais e mentais.
5. Fortalecimento da autonomia da criança, do adolescente e do jovem adulto na elaboração do seu projeto de vida.
6. Garantia dos princípios de excepcionalidade e provisoriedade dos Programas de Famílias Acolhedoras e de Acolhimento Institucional de crianças e de adolescentes.
7. Reordenamento dos programas de Acolhimento Institucional.

Logo se nota a extensão do conteúdo normativo do Plano, uma vez que abrange os principais eixos deste capítulo. A dimensão protetiva, portanto, é o diferencial entre a situação de vida de crianças e adolescentes e o mundo adulto. Por isso a importância o arranjo constitucional mencionado no início: a combinação entre liberdade, respeito e dignidade estabelecida pelo ECA, e a construção de um Plano Nacional, de caráter impositivo, que vincula todos os itens anteriores sob o manto do fortalecimento familiar. A

⁶ Plano de políticas públicas aprovado, mutuamente, pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), em 2006.

matricialidade sócio-familiar, diretriz do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), é, em outros termos, o vetor determinante de toda essa ginástica normativa internacional e nacional, no que tange aos princípios que se arvoram na condição peculiar de desenvolvimento de crianças e adolescentes.

Em suma, democracia, consentimento, proteção, convivência familiar e comunitária orientam a direção e o sentido da expressão da dignidade de crianças e adolescentes; alicerçam, assim, os mais caros princípios autônomos da proteção integral. É evidente, diante disso, a contraposição extrema às doutrinas menorista e da situação irregular, estabelecidas ao longo do século XX, em tempos em que a democracia também assumia outros valores que não os candentes do atual período constitucional.

É possível constatar quão frequente é a distância entre a organização dos hospitais psiquiátricos e o direito à convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes e o quão próximos se situam as práticas hospitalares identificadas e o pensamento rigorosamente menorista. Faltante quanto aos direitos de liberdade, respeito, dignidade, proteção e ao diálogo democrático, elementos anteriormente sinalizados, a incapacidade institucional de garantir o direito à convivência familiar e comunitária reafirma o caráter asilar dos hospitais psiquiátricos inspecionados.

Se há consternação natural ao se presenciar situações de injustiça contra alguém, essa indignação adquire ainda mais seriedade quando esse alguém é, por exemplo, uma criança. A indignação, por sua vez, ganha contornos de mais intensa revolta ao saber-se que essa criança desrespeitada tem deficiência.⁷ Essa progressão subjetiva sobre a realidade objetiva de uma injustiça reflete-se no próprio direito brasileiro, que, taxativamente, atribui circunstâncias agravantes a crimes cometidos contra criança, pessoa maior de sessenta anos, enfermo, mulher grávida ou, ainda, quando o ofendido estava sob a imediata proteção da autoridade (Código Penal, artigo 61, alíneas h e i). É ultrajante encontrar quem quer que seja realizando trabalho escravo, mas a pena é aumentada quando a vítima é uma criança ou adolescente (Código Penal, artigo 149, parágrafo 2º, I).

A dosimetria de uma pena, portanto, aumenta conforme seus agravantes, e é contumaz agravante qualquer tipo de injustiça dirigida à coletividade de

⁷ Tal como apresentado na primeira parte deste Relatório, os princípios protetivos da Convenção das Pessoas com Deficiência incluem as crianças e adolescentes com transtornos mentais, bem como àquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

crianças e adolescentes, pois, nesse segmento, é reconhecida a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, processo de amadurecimento que requer proteções específicas e inadiáveis. O entendimento legal de que crianças e adolescentes têm condição peculiar de pessoa em desenvolvimento demarca o direito internacional desde a década de 1920, estabelecendo, de forma uníssona, os seus direitos à ajuda e assistência diferenciada.

No âmbito internacional, podem ser citados: a Declaração de Genebra, de 1924 sobre os Direitos da Criança, a Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, a Declaração dos Direitos da Criança das Nações Unidas, de 1959, o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, de 1966, as Regras de Pequim, de 1985 e a Declaração sobre os Princípios Sociais Jurídicos Aplicáveis à Proteção e bem-estar das Crianças, de 1986.⁸

Para fins deste relatório, contudo, especialmente importante é a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC),⁹ de 1989. Os Estados signatários dessa convenção assumiram compromisso de proteger as crianças, aqui designadas como “todo ser humano menor de dezoito anos” (artigo 1º), contra toda forma de discriminação; adotaram o princípio legal do interesse superior da criança, do respeito à liberdade de crença e de opinião; reconheceram o direito da criança à educação, tornaram o ensino primário obrigatório e proibiram qualquer forma de exploração econômica contra a criança. Adotaram, ademais, quatro princípios basilares, a saber: a não discriminação, o melhor interesse da criança, o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento e o direito à participação.

No campo da saúde mental, o artigo 23, 1, da CDC é, ainda, nítido ao estatuir que:

os Estados-Parte reconhecem que a criança com deficiência física ou mental deverá desfrutar de uma vida plena e decente em condições que garantam sua dignidade, favoreçam sua autonomia e facilitem sua participação ativa na comunidade.

O mesmo artigo estabelece, no item 2, que a criança com deficiência deverá ter:

8 NAÇÕES UNIDAS. Declaração sobre os princípios sociais e jurídicos relativos à proteção e ao bem-estar das crianças, com particular referência à colocação em lares de guarda, nos planos nacional e internacional. 1986. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/c_a/dec86.htm>. Acesso em: 10 out. 2019.

9 NAÇÕES UNIDAS. Convenção Internacional dos Direitos da Criança. 1989. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>>. Acesso em: 10 out. 2019.

[...] o acesso efetivo à educação, à capacitação, aos serviços de saúde, aos serviços de reabilitação, à preparação para o emprego e às oportunidades de lazer, de maneira que a criança atinja a mais completa integração social possível e o maior desenvolvimento individual factível, inclusive seu desenvolvimento cultural e espiritual.

A Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989 entendeu igualmente que, além de os Estados-Parte deverem adotar *“medidas eficazes e adequadas para abolir práticas tradicionais que sejam prejudiciais à saúde da criança”* (artigo 24, 3), reconhecerão o direito de:

uma criança que tenha sido internada em um estabelecimento pelas autoridades competentes para fins de atendimento, proteção ou tratamento de saúde física ou mental a um exame periódico de avaliação do tratamento ao qual está sendo submetida e de todos os demais aspectos relativos à sua internação (art. 25).

Já se adianta, contudo, o normativo dessa Convenção especialmente relacionado à realidade dos hospitais psiquiátricos:

Art. 37 Os Estados-Parte zelarão para que:

- a) nenhuma criança seja submetida à tortura nem a outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes. Não será imposta a pena de morte nem a prisão perpétua sem possibilidade de livramento por delitos cometidos por menores de dezoito anos de idade;
- b) nenhuma criança seja privada de sua liberdade de forma ilegal ou arbitrária. A detenção, a reclusão ou a prisão de uma criança será efetuada em conformidade com a lei e apenas como último recurso, e durante o mais breve período de tempo que for apropriado;
- c) toda criança privada da liberdade seja tratada com a humanidade e o respeito que merece a dignidade inerente à pessoa humana, e levando-se em consideração as necessidades de uma pessoa de sua idade. Em especial, toda criança privada de sua liberdade ficará separada dos adultos, a não ser que tal fato seja considerado contrário aos melhores interesses da criança, e terá direito a manter contato com sua família por meio de correspondência ou de visitas, salvo em circunstâncias excepcionais;
- d) toda criança privada de sua liberdade tenha direito a rápido acesso a assistência jurídica e a qualquer outra assistência adequada, bem como direito a impugnar a legalidade da privação de sua liberdade perante um tribunal ou outra autoridade competente, independente e imparcial e a uma rápida decisão a respeito de tal ação.

Não se há de argumentar que, no direito brasileiro, não se admite a força cogente do direito internacional. Primeiro, porque a Convenção dos Direitos da Criança de 1989 foi ratificada pelo Brasil por meio do Decreto Legislativo nº 28/1990,¹⁰ e está em pleno vigor na legislação nacional. Segundo, porque o próprio texto constitucional estabeleceu regras privilegiadas acerca de convenções internacionais sobre direitos humanos recepcionadas pelo Congresso Nacional, de modo que é evidente a intenção constituinte de salvaguardar direitos e garantias fundamentais. Não fora necessário argumentar sobre essas preliminares até o momento porque a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, principal marco normativo internacional para o segmento, já se basta em seu status constitucional. Contudo, o debate sobre os direitos de crianças e adolescentes precisa ser aprofundado pela notória posição do Supremo Tribunal Federal¹¹ acerca da natureza supralegal dos documentos internacionais promulgados anteriormente à Emenda Constitucional (EC) nº 45, de 30 de dezembro de 2004. Se essa Emenda regulamentou, com a inserção do parágrafo 3º ao artigo 5º da CF de 1988, os procedimentos para equivalência constitucional de documentos internacionais de proteção dos direitos humanos, os anteriores à EC n. 45, para não se manterem no limbo, foram tornados supraleais: se não uma emenda constitucional, também não apenas uma lei ordinária. Assim, está cancelada –por força da jurisprudência, fonte secundária do direito –a natureza normativa, ascendente à das leis infraconstitucionais brasileiras, dos documentos internacionais de proteção de direitos humanos

Deste modo, o aperfeiçoamento do direito, das instituições e dos Estados, assim como a própria marcha da história, estabeleceu, de modo inequívoco, aquilo que o próprio senso comum, em diversas culturas e povos, de algum modo intuiu: crianças e adolescentes são sujeitos de direito em condição peculiar de desenvolvimento, devem ter acesso à educação, à cultura, ao lazer, ao desenvolvimento pleno, devem ser destinatários preferenciais da atenção e do cuidado familiar, comunitário e estatal.

10 BRASIL. Decreto Legislativo nº 28, de 14 de setembro de 1990. Aprova o texto da Convenção sobre os direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 20 de novembro de 1989 e assinada pelo Governo brasileiro, em 26 de janeiro de 1990. Disponível em: <<http://www.criminal.mppr.mp.br/arquivos/File/informativos/INF91anexoDecretoLegislativo2890aprovaaconvencaosobreosdireitosdacrianca.doc>>. Acesso em: 10 out. 2019.

11 Cf. RE 466.343-SP e HC 90.172-SP, 2.ª Turma, votação unânime, j. 05 de junho de 2007 e j. 03 de dezembro de 2008.

Ficou, assim, exarado na Constituição Federal de 1988 que:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Em outras palavras, como se pode ver, se há forte influência do direito internacional na Carta Constitucional, de modo especial no tocante à criança e ao adolescente, há contundente atuação civil brasileira para atenuar qualquer tipo de medida autoritária contra essa população específica. É, pois, com base na premissa máxima da Constituição sobre crianças e adolescentes que os dados oriundos da Inspeção serão avaliados. Dados que evidenciam o quão problemática é uma prática assistencial alijada de preceitos democráticos, que, conforme vimos, traduzem os princípios e direitos humanos de crianças e adolescentes.

Vale retomar outra perspectiva em face da qual a garantia do direito à dignidade deve fazer-se valer. Assim, se há flagrante ilegalidade e inconstitucionalidade nas modalidades de internações involuntárias e compulsórias praticadas no País, essa realidade torna-se mais gravosa no caso de crianças e adolescentes.

O ECA é comumente usado para submeter crianças e adolescentes à internação psiquiátrica forçada. Para além da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, genérica em relação a faixas etárias, o instrumento legal especial recorrido é, comumente, a medida protetiva de “requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial” (artigo 101, V). Ocorre que há uma também recorrente falha de interpretação normativa: a medida em tela não é de submissão ao tratamento, mas somente de requisição do serviço clínico. Assim, a medida que se impõe, expressamente e em primeiro plano, é a do dever de o Estado ter à disposição os cuidados ambulatoriais ou de internação, isto é, no sentido do acesso, não de imposição do tratamento pela autoridade competente.

Todas as demais medidas desse mesmo artigo informam uma vetorização direta entre a autoridade que a ordena e a criança ou adolescente a ser protegido por meio da submissão forçada a uma decisão: encaminhamento aos pais ou responsável; orientação, apoio e acompanhamento temporários; matrícula e frequência obrigatórias em escolas; inclusão em serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção; inclusão em programa oficial ou

comunitário de auxílio; acolhimento institucional; inclusão em programa de acolhimento familiar; colocação em família substituta. Todas essas medidas exigem intervenção no corpo e no desejo de crianças e adolescentes.

Distinta é a medida de requisição de tratamento, única medida para cuja concretização intervém-se sobre o Estado, demandando dele ação. Com isso, não se ignora que, para as demais medidas protetivas, seja imprescindível a ação do Estado –essencialmente porque se trata de direitos sociais. O destaque dado à medida de tratamento é a posição em que se encontra a criança ou adolescente e o(a) juiz(a): a tônica da norma é o poder-dever judicial de se requisitar o serviço, diferente das demais medidas, cuja tônica é a própria inserção da criança ou adolescente na medida de proteção. Em outras palavras, a norma se inicia com a ação de magistrado de requisitar a medida. Nos demais casos, inicia-se pela ação em si de “deslocar” a criança ou adolescente para o contexto protetivo. A medida de tratamento, assim, tem norma que contextualiza o momento burocrático anterior, ou seja, a exigência judicial da ação protetiva.

Portanto, não está expressa a obrigação de a criança ou adolescente acatar, tampouco a família, o tratamento. Por isso, reafirma-se não haver medida de internação forçada de crianças e adolescentes prevista em lei. A exceção é a urgência, determinada pelo estado de crise dissociado de nenhuma outra opção extra-hospitalar de cuidado, o que, conforme o caso, deve ser garantida em estabelecimentos generalistas e adequados à condição de desenvolvimento do público infanto-adolescente.

6.2 CARACTERÍSTICAS DAS HOSPITALIZAÇÕES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NOS ESTABELECIMENTOS PSIQUIÁTRICOS INSPECIONADOS

Fotografia 59: *Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR. A foto abaixo mostra uma criança no refeitório da instituição.*

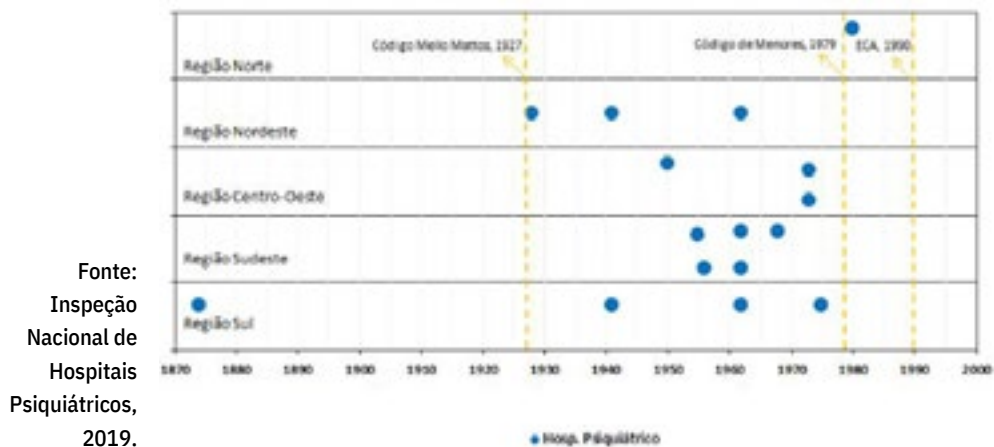


Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

O esforço do constituinte brasileiro de 1988, profilático contra a possibilidade de violação de direitos, deve-se, em grande medida, ao espectro deficitário do passado brasileiro, sobretudo no cuidado de crianças e adolescentes. Se, por exemplo, Código Mello Mattos, de 1927, tinha finalidade de promover saneamento social por meio da proteção e assistência, o Código de Menores de 1979, apesar dos avanços, ampliou conceitos de “desvio de conduta” do menor; os poderes cautelares das autoridades e o caráter institucionalizador e correicional. Em suma, dispôs-se à proteção, assistência e vigilância daquele público. Apenas com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o estabelecimento do princípio da proteção integral no ordenamento jurídico nacional, criaram-se estratégias para não asilar crianças e adolescentes em instituições.

É notável, entretanto, que muitas instituições visitadas perpassaram essas mudanças legislativas, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 5: Linha do Tempo: inauguração dos Hospitais Psiquiátricos que recebem crianças e adolescentes



Destaca-se o Hospital Psiquiátrico São Pedro como o mais antigo e ainda em funcionamento no mesmo local de fundação, cuja época remonta os tempos do império. É possível apurar que apenas o Hospital Psiquiátrico de Saúde Mental do Acre foi fundado após o advento do Código do Menor, de 1979. A maioria dos estabelecimentos psiquiátricos inspecionados, que recebe crianças e adolescentes nos dias atuais, foi inaugurada entre as décadas de 1950 e 1980, antes da promulgação do ECA, portanto.

Todavia, verificou-se o redimensionamento de alas e unidades de internação mais recentemente, o que sugere certa mobilidade das instituições, haja vista, por exemplo, a ampliação de trinta para sessenta o número de leitos destinados a adolescentes no Hospital San Julian, no final do ano de 2017. A unidade masculina de adolescentes por uso de álcool e outras drogas do CAIS Clemente Ferreira também foi inaugurada recentemente, no ano de 2014. Mais antiga, porém posterior à promulgação do ECA e da Lei nº 10.216, de 2001, a unidade de adolescentes do Hospital Psiquiátrico de Maringá data de 2008.

A maior parte desses hospitais psiquiátricos sobreviveu, portanto, a alterações na legislação vigente, a mudanças culturais, sociais e políticas. E,

apesar de terem evidentemente feito adequações que os permitiram conservar-se em funcionamento, continuam a resguardar muitos dos mesmos aspectos asilares de outrora, perpetuando objetivos segregatórios mais ou menos implícitos, a apresentar discursos de cuidados de saúde para promover, de modo hermético e latente, cerceamento de direitos.

Do conjunto de quarenta hospitais psiquiátricos inspecionados em dezembro de 2018, dezesseis¹² informaram receber crianças e adolescentes em contextos de hospitalização, nos setores de urgência e internação.

Houve menção à assistência à crianças e/ou adolescentes em hospitais das cinco regiões do país, concentrando-se a maioria dos leitos, respectivamente, nas regiões sul e sudeste.

12 São eles: Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC), Hospital Especializado Lopes Rodrigues (Feira de Santana – BA), Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo (Anápolis – GO), Casa de Eurípedes (Goiânia – GO), Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO), Hospital Nina Rodrigues (São Luís – MA), Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG), Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa – PB), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR), Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ), Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ), Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS), Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (São José – SC), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP), CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP).

A tabela seguinte apresenta as informações obtidas nos relatórios estaduais das inspeções:

Tabela 2 - As vagas destinadas à hospitalização de crianças e adolescentes

UF	Nome da Instituição	Total de leitos (Ocupados ou disponíveis)	Outras Especificações apresentadas nos Relatórios Estaduais
AC	Hospital de Saúde Mental do Acre	Sem informação numérica	Não há ala específica para atendimento a crianças e adolescentes no hospital, porém na data da inspeção uma adolescente de dezessete anos havia acabado de chegar na ala feminina. A adolescente esteve todo o tempo no mesmo local onde são internadas as usuárias adultas.
BA	Hospital Especializado Lopes Rodrigues	Sem informação numérica	Não havia adolescentes internados, de modo a não tornar possível identificar a prática assistencial. Há dúvidas se os adolescentes são internados junto aos adultos ou se somente são recebidos na emergência do hospital. Há um modelo de notificação psiquiátrica de internação de adolescente ao Ministério Público.
GO	Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo	2 (ocupados)	Há seis vagas em ala para o tratamento de adolescentes, sendo um deles destinado ao SUS. Havia uma criança com autismo acompanhado pela mãe e um adolescente usuário de drogas, acompanhada de uma funcionária da prefeitura.
GO	Casa de Eurípedes	Sem informação numérica	Verificou-se que não há distinção de tratamento entre adultos, crianças e adolescentes. Na ocasião da visita havia um adolescente do sexo masculino internado.
GO	Pax Clínica Psiquiátrica	Sem informação numérica	Verificou-se que não há distinção de tratamento entre adultos, crianças e adolescentes.
MA	Hospital Nina Rodrigues	Sem informação numérica	Recebe adolescentes, os quais ficam localizados apenas no Serviço de Pronto Atendimento, sem garantia da separação dos pacientes adultos.
MG	Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira	Sem informação numérica	Verificou-se que havia uma adolescente internada com mulheres adultas.
PB	Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira	11 (ocupados)	Verificou-se que havia uma adolescente internada na ala juntamente com dez adolescentes do sexo masculino.
PR	Hospital Psiquiátrico San Julian	60 (disponíveis)	Há ala com sessenta vagas para o tratamento de adolescentes do sexo masculino com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.
PR	Hospital Psiquiátrico de Maringá	13 (ocupados)	Ala destinada aos adolescentes do sexo masculino com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Doze dos adolescentes internados cumpriam internação compulsória.

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

RJ	Clínica de Repouso Três Rios	Sem informação numérica	Não há ala específica para atendimento a crianças e adolescentes no hospital, porém na data da inspeção havia um adolescente de dezessete anos, em internação compulsória, há mais de um ano no setor privado.
RJ	Hospital Psiquiátrico de Jurujuba	Sem informação numérica	Destina-se ao tratamento de adultos, mas ocasionalmente recebe crianças e adolescentes, por mandato judicial. No pronto socorro há um quarto específico para a internação de crianças e adolescentes, que não estava ocupado no momento da visita.
RS	Hospital Psiquiátrico São Pedro	28 (ocupados)	Há dez vagas para crianças e dez para adolescentes. Havia ocupação de 28 leitos na ala infanto-juvenil na data da visita.
SC	Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina	4 (ocupados)	Não há ala específica ou previsão para atendimento a crianças e adolescentes no hospital. Porém, são comuns as internações deste público por ordem judicial. Havia quatro adolescentes do sexo masculino internados junto com os adultos, um dos quais por necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.
SP	Hospital Psiquiátrico André Luiz	22 (ocupados)	Há cinquenta vagas para o tratamento de adolescentes com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em ala específica, sendo trinta masculinas e vinte femininas.
SP	CAIS Clemente Ferreira	34 (ocupados)	Há dezesseis vagas, em ala específica, para o tratamento de adolescentes com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas do sexo masculino, das quais quatorze estavam ocupadas. Havia duas adolescentes do sexo feminino também internadas. Verificou-se que havia dezoito adolescentes moradores na ala infanto-juvenil neurológica, a qual atende ambos os sexos.

Fonte: Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2019.

Oito dos dezesseis hospitais inspecionados apresentaram, portanto, dados sobre o gênero e a quantidade de crianças e adolescentes internados.

Seis relatórios estaduais fizeram explícita menção a vagas destinadas ao tratamento de necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas. É possível também aferir que a grande maioria de crianças e adolescentes estavam internados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas. Além disso, a maior parte dos internos é adolescente do sexo masculino.

Cabe destacar que dois hospitais da região sul do país, na ocasião da visita, contavam com mais crianças e adolescentes internados do que o número de leitos oficialmente informados como sendo a capacidade instalada dos estabelecimentos. A dinâmica de funcionamento dessas instituições sugere

uma margem de flexibilização da capacidade máxima de lotação dessas unidades, que podem variar conforme a demanda do hospital.

O Hospital Psiquiátrico de Maringá, por exemplo, admitiu a possibilidade de internar entre doze e quinze adolescentes, embora dispusesse, oficialmente, de doze vagas destinadas ao público adolescente. O Hospital Psiquiátrico São Pedro informou ter a capacidade para acolher dez crianças e dez adolescentes em regime de internação. Entretanto, havia vinte e oito usuários quando da Inspeção:

No dia da visita foram encontrados quatro leitos no corredor na unidade de infante juvenil na ala destinada à internação de adolescentes, tendo sido informado pela equipe do hospital que nos acompanhou durante a visita, que tais leitos eram destinados à adolescentes em situação de crise. (Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre – RS)

Destaca-se que as adolescentes internadas encontravam-se em condições de ainda maior vulnerabilidade, dada a predominância de instituições marcadas tanto pela exposição ao tratamento conjunto com adultos quanto pelo internamento em ala de adolescentes do sexo masculino.

a. Da internação de crianças e adolescentes em ambiente comum aos adultos

A organização institucional para o atendimento de crianças e adolescentes é um aspecto fundamental a ser analisado. Isto porque mais da metade¹³ dos hospitais inspecionados presta assistência a adolescentes em setores ou alas destinadas ao público adulto. Tal fato não coaduna com os cuidados específicos exigidos para esse segmento, conforme artigo 37, já apresentado, e artigo 3 da Convenção sobre os Direitos da Criança, que estabeleceu:

Art. 3º Os Estados-Parte devem garantir que as instituições, as instalações e os serviços destinados aos cuidados ou à proteção da criança estejam em conformidade com os padrões estabelecidos pelas autoridades competentes, especialmente no que diz respeito à segurança e à saúde da criança, ao número e à adequação das equipes e à existência de supervisão adequada.

¹³ Hospital de Saúde Mental do Acre (AC), Hospital Especializado Lopes Rodrigues (BA), Hospital Nina Rodrigues (MA), Casa de Eurípedes (GO), Pax Clínica Psiquiátrica (GO), Hospital Psiquiátrico Fundação Sanatório Gedor Silveira (MG), Hospital Psiquiátrico de Jurububa (RJ) e Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (SC).

Dos estabelecimentos visitados, o Hospital Nina Rodrigues é o único que recebe o público adolescente somente no setor de urgência do hospital, apesar de interná-los de modo indistinto dos adultos. O Hospital de Jurujuba dispõe de espaço específico para atendimento às crianças e adolescentes no setor de urgência, mas interna-os nas alas comuns aos adultos.

O Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, constituído pela Portaria GM/MS n. 1.608/2004¹⁴, discutiu a institucionalização de crianças e adolescentes, em particular os com transtornos mentais. Esse fórum, ao constatar a existência de crianças e adolescentes internados em instituições psiquiátricas voltadas à população adulta, em sua maioria por determinação judicial, recomendou:

que as internações necessárias ao cuidado clínico do usuário sejam feitas preferencialmente em hospitais gerais, respeitando-se a singularidade de cada caso e acionando-se os dispositivos da assistência social em casos de risco social ou de morte.¹⁵

Seguem, à título de ilustração, trechos do cotidiano das alas femininas do Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC), onde uma adolescente recém internada havia sido admitida na ocasião da inspeção, e do Hospital Gedor Silveira, que também contava com uma adolescente em ala conjunta com mulheres.

Recomenda-se o estabelecimento de rotina de atividades terapêuticas aos usuários, principalmente da ala feminina, hoje descoberta de qualquer atividade dessa natureza. [...] Tanto na ala masculina, quanto na feminina, existe sala destinada ao isolamento, com porta e cadeado, utilizada para usuário em contenção mecânica. (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC)

“Quando os usuários chegam à internação, é feita a exigência de fiquem sete dias em isolamento da família para adaptação, tanto leitos SUS quanto particular. Segundo entrevista com a direção, se trata de uma “solicitação, mas não proibição”. [...] Uma vez uma paciente da ala particular foi confundida e levada para a ala pública. Lá quiseram medicá-la com medicações diferentes do que ela estava tomando aqui. Ao negar tomar a

14 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.608, de 3 de agosto de 2004. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1608_03_08_2004.html>. Acesso em: 10 out. 2019.

15 Resolução n. 1, de 10 de fevereiro de 2005.

medicação, eles levaram ela pro COCI. Ela ficou amarrada e foi dopada. Só depois que perceberam que eles que erraram.” (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG)

O fato constatado nos hospitais psiquiátricos visitados apenas ratificou o que o próprio Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil verificara, há mais de dez anos, sem qualquer alteração substantiva: crianças e adolescentes são internados em hospitais psiquiátricos de adultos sem atenção específica a sua condição peculiar de desenvolvimento, sem prioridade de tratamento de saúde e sem proteção às situações de abuso e exploração.

b. Do predomínio de internações forçadas

Ao afirmar a capacidade das pessoas com deficiência, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência propõe a inversão das responsabilidades: da antiga autoresponsabilização do sujeito com deficiência para a heteroresponsabilidade do Estado, família e sociedade, que devem garantir a esse segmento condições de igualdade com as demais pessoas para o exercício saudável dos direitos. Enquanto o artigo 6º informa que a capacidade civil não é afetada por direitos pessoais, isto é, os de cunho não patrimonial, o exercício deles deve ser garantido também como expressão da liberdade, o que, até então, não era concebido¹⁶:

Os achados da Inspeção Nacional apontam situações ainda recorrentes, para cuja análise devemos retomar as modalidades de internação psiquiátrica e sua incidência nos leitos voltados à criança e adolescente. As internações forçadas ganharam destaque nos relatos:

Nas palavras do diretor clínico do hospital: “os adolescentes estão internados a pedido do Estado”, fazendo referência ao expressivo volume de internações por ordem judicial. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR)

[...] a proporção de internações compulsórias entre adolescentes é alta, correspondendo a mais de 90% do total de internados. (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR)

No dia da visita havia quatorze adolescentes internados no local,

16 BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 9.

sendo que nove adolescentes estavam ali por decisão judicial. (CAIS Clemente Ferreira, Lins – SP)

A unidade infanto-juvenil (CIAPS) apresentou um índice de internações compulsórias de 96%. (Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre – RS)

À exceção do Hospital San Julian, cuja minoria dos adolescentes correspondia à internações compulsórias no dia da visita, os relatos de outros oito hospitais inspecionados expressaram a predominância de crianças e adolescentes internados contra a sua vontade ou compulsoriamente, a saber: Hospital de Saúde Mental do Acre (AC), Clínica de Repouso Três Rios (RJ), Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (RJ), Hospital Psiquiátrico São Pedro (RS), Hospital Psiquiátrico de Maringá (PR), Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (SC), Hospital Psiquiátrico André Luiz (SP) e CAIS Clemente Ferreira (SP).

No Hospital CAIS Clemente Ferreira de Lins, averiguou-se que “internações compulsórias têm sido mantidas por tempo em muito superior à prescrição médica necessária para o tratamento de saúde”. O relatório inspetorial segue:

Analisando os processos judiciais dos seis adolescentes que, no dia 4 de dezembro de 2018, aguardavam decisão judicial para serem liberados após obterem alta médica, foi possível constatar que entre a alta médica e a liberação judicial o prazo é bastante dilatado. Havia, na ocasião, três adolescentes cuja alta médica ocorreu dia 8 de novembro de 2018, e dois, cuja alta médica ocorreu dia 12 de novembro de 2018, os quais ainda aguardavam a liberação judicial. Havia um caso bastante extremado de um adolescente cuja alta médica ocorreu dia 28 de março de 2018 e que ainda estava internado por determinação judicial (referido caso foi comunicado ao Núcleo da Infância e Juventude da Defensoria Pública de São Paulo para acompanhamento e adoção das providências eventualmente pertinentes). (CAIS Clemente Ferreira, Lins – SP).

O desrespeito aos princípios da brevidade e excepcionalidade da medida de tratamento, bem como ao do superior interesse da criança, expõem a fratura institucional na qual se sustentam os hospitais inspecionados. O caráter de tratamento se desfaz na medida em que os marcadores típicos de um processo terapêutico (tempo, pertinência e participação do sujeito) se diluem, perdendo-se no espaço asilar, cujo traço de isolamento ganha corpo na instituição total. A centralidade dos hospitais psiquiátricos é tamanha que o sistema de justiça, em casos como esse, endossa-os produzindo demandas que não se confundem com a necessidade em saúde:

[...] os que estão internados voluntariamente e involuntariamente ficam em média três meses. Os que estão por ordem judicial, acabam ficando mais tempo, pois mesmo com a alta do hospital, o juiz demora para avaliar e ainda retorna com pedido de reavaliação para daqui trinta dias. Assim, alguns acabam ficando internados até onze meses. Cabe acrescentar que em alguns casos, apresentados pelos próprios adolescentes, alguns que estão internados de forma compulsória eram considerados 'problemas' na cidade em que residiam, alguns cometiam delitos ou eram envolvidos com o tráfico de drogas, relacionando ainda mais este ambiente de tratamento do uso abusivo das drogas a uma instituição penitenciária. (Hospital Psiquiátrico André Luiz – Garça – SP)

Constatamos a presença de um menor (17 anos) internado com ordem judicial, juntamente com os demais pacientes da UDQ (Unidade de Dependência Química). Os trabalhadores informaram que este é um problema recorrente, sempre com internações por ordem judicial. (Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina - São José/SC)

Havia, ainda, um adolescente de 17 anos, em internação compulsória há mais de um ano no setor privado. Este caso é acompanhado pelo Ministério Público e pela Defensoria Pública. (Clínica de Repouso Três Rios - Três Rios – RJ)

Ao deixar o aspecto do cuidado em favor da segregação e do alijamento social, a internação compulsória ganha características prisionais. Em um raro paralelo presente neste Relatório, observe-se como a Constituição trata da medida socioeducativa de privação de liberdade:

Artº 227 (...)

§ 3º O direito à proteção especial abrangerá os seguintes aspectos: (...)

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

A analogia servirá para fins principiológicos. A brevidade e excepcionalidade da medida, quando protetiva de internação psiquiátrica, enseja uma avaliação criteriosa que, se confirmada a necessidade, exige o cumprimento de um conjunto de procedimentos que não se encontrou na Inspeção Nacional. Ademais, a legislação aponta um rol de condições para o tratamento em internação, como traz o ECA ao afirmar que “os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições” (artigo 112, parágrafo 3º).

Os relatórios indicaram, ainda, que o tempo de internação compulsória das crianças e adolescentes não se relaciona com o tratamento de saúde, mas como uma medida em nome da segurança. Os hospitais psiquiátricos são, assim, tratados como mecanismo de garantir o afastamento de adolescentes de seu meio para lhes garantir algum tipo de “segurança”.

É alarmante, nesse aspecto, um caso encontrado na ala particular do Hospital Psiquiátrico André Luiz de Garça – SP:

Foi relatado o caso de uma adolescente de dezessete anos internada há cinco meses e que essa não era sua primeira internação naquele local. De acordo com o enfermeiro a adolescente não é usuária de substâncias psicoativas e nem possui quadro de sofrimento psíquico grave, transtorno mental ou qualquer deficiência. Quando questionado sobre a justificativa para a internação foi informado que o caso envolve risco social importante e que o município de origem da adolescente é o responsável pelo custeio da internação. Importante destacar que a cidade de origem é Rolim de Moura - Rondônia que dista aproximadamente 2.500 quilômetros de Garça. (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP)

A internação psiquiátrica encontrada acima emerge como uma manifestação austera de desrespeito ao princípio da compreensão da condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento. Porém é justamente esse princípio que deve veicular as estratégias de proteção, dentre elas, a concretização do direito à convivência familiar e comunitária. Em outras palavras, o fortalecimento familiar mostra-se muito mais terapêutico do que a internação forçada de um público que depende, justa e primariamente, da proteção familiar para se desenvolver.

c. Da Convivência Familiar e Comunitária

Os processos de internação psiquiátrica constituem ruídos na relação entre o sujeito internado e seus familiares e conviventes comunitários. Esse é mais um motivo para a brevidade da intervenção. No contexto infanto-adolescente, a necessidade de manutenção do vínculo impõe prioridade na atenção à convivência familiar. A norma contida no artigo 23, 3, da CDPD informa que:

os Estados-Parte assegurarão que as crianças com deficiência terão iguais direitos em relação à vida familiar. Para a realização desses direitos e para evitar ocultação, abandono, negligência e segregação de crianças com deficiência, os Estados-Parte fornecerão prontamente informações abrangentes sobre serviços e apoios a crianças com deficiência e suas famílias.

Sendo assim, é prioritário, para o desenvolvimento e o exercício saudável de outros direitos, a garantia da convivência com a família, principalmente a nuclear. Em caso de conflito intrafamiliar –como ocorre nas situações que resultam em internações a pedido de familiares –, a CDPD preconiza que as medidas de salvaguarda dos direitos serão tomadas em apoio ao fortalecimento dos vínculos da criança com os familiares que for possível. Isso sem perder de vista que, “em nenhum caso, uma criança será separada dos pais sob alegação de deficiência da criança ou de um ou ambos os pais” (artigo 23, 4). A garantia da convivência familiar e comunitária se dá, a priori, pela internação em estabelecimento próximo da casa da criança ou adolescente. É o que se encontra definido, analogamente, no ECA quando da designação do critério territorial para o acolhimento institucional (artigo 101, parágrafo 7º). De outra parte, a territorialidade é diretriz do SUS, que rege as internações psiquiátricas encontradas. Logo, por direito das crianças e adolescentes e por dever do Estado, ambas as vias convergem para a conservação dos mais jovens no próprio território –ou próximo.

Em consonância com o ECA, a Declaração da ONU para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental (ONU – 1991), em seu Princípio 7 assegura:

2. Nos casos em que o tratamento for realizado em um estabelecimento de saúde gráficomental, o usuário terá direito, sempre que possível, de ser tratado próximo a sua residência, ou à de seus parentes ou amigos e terá o direito de retornar a comunidade o mais breve possível.

Seja salientado também que, conforme o artigo 7º, parágrafo 3º, Portaria MS/GM n. 3.088, de 2011,¹⁷ a família deve participar da elaboração do PTS juntamente com o sujeito internado e a equipe de saúde.

A mesma portaria estabelece, ainda, como diretrizes (artigo 2º):

2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

17 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 2011. In Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de saúde. Anexo V, Título I. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 24 nov 2019

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

A importância do cuidado territorial preconizado pelo SUS parece ser desconsiderada também do ponto de vista da articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na medida em que a convivência familiar e comunitária não é considerada na construção dos PTS de boa parte das internações encontradas.

Considerando os relatórios das inspeções realizadas nos estados, nove¹⁸ dos dezesseis hospitais psiquiátricos recebem adolescentes do estado inteiro, dada sua abrangência de pactuação territorial, ou ainda extrapolam esse limite geográfico, como no caso citado do Hospital Psiquiátrico André Luiz e no Hospital Psiquiátrico de Maringá.

No dia da visita desta equipe, havia 14 adolescentes internados. Um era de Ituverava (distante cerca de 313 quilômetros de Lins), dois de Laranjal Paulista (distante cerca de 272 quilômetros de Lins), um de Araras (distante cerca de 310 quilômetros de Lins), um de Guararapes (distante cerca de 118 quilômetros de Lins), um de Arthur Nogueira (distante cerca de 340 quilômetros de Lins), um de Itatinga (distante cerca de 230 quilômetros de Lins), um de Botucatu (distante cerca de 200 quilômetros de Lins), um de Itai (distante cerca de 270 quilômetros de Lins), um de Mococa (distante cerca de 355 quilômetros de Lins), um de Buri (distante cerca de 370 quilômetros de Lins), dois de Cerqueira Cesar (distante cerca de 430 quilômetros de Lins) e um de Lorena (distante cerca de 615 quilômetros de Lins). (CAIS Clemente Ferreira, Lins – SP)

[...] nenhum dos adolescentes internados residia na cidade de Maringá e, com exceção de dois usuários procedentes de cidades próximas (Sarandi e Nova Esperança), os demais eram oriundos de regiões de saúde distantes (mais de oitenta quilômetros de distância do hospital). Diversos usuários relataram a participação do Conselho Tutelar e da assistência social do município de origem no processo de internação, mas apontaram a fragilidade do contato contínuo com as famílias, acentuada por estarem “muito

18 Hospital de Saúde Mental do Acre (AC), Hospital Especializado Lopes Rodrigues (BA), Hospital Nina Rodrigues (MA), Hospital Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (PB), Hospital Psiquiátrico San Julian (PR), Hospital Psiquiátrico de Maringá (PR), Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (SC), Hospital Psiquiátrico André Luiz (SP) e Cais Clemente Ferreira de Lins (SP).

longe de casa". (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR)

Ainda que se tenha de internar distante de casa, diante da ausência de melhor alternativa, devem ser garantidos o espaço e a oportunidade de convívio contínuo com os pais ou responsáveis no ambiente institucional:

Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente (ECA).

Bastante distinto é o cenário encontrado nos hospitais psiquiátricos inspecionados. No Hospital Psiquiátrico André Luiz (SP), há expressa proibição da permanência de familiares no cotidiano hospitalar.

Foi informado pelo enfermeiro que acompanhou a visita que a Ala Particular é mista (homens e mulheres, tendo treze internos sendo três adolescentes). Questionada sobre a possibilidade da presença dos familiares no caso dos adolescentes, o enfermeiro respondeu que não é autorizado a presença da família e que os adolescentes que ali estão internados no momento não estão frequentando a escola. (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP)

Já o relatório do Complexo Juliano Moreira (PB) indica a falta de condições de permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável durante a internação dos adolescentes, situação semelhante à verificada no Hospital Psiquiátrico San Julian (PR), cuja indisponibilidade de acolhimento dos familiares é revelada pela própria estruturação da ala dos adolescentes, incluindo a disposição dos quartos e o número de camas. Não bastasse o descumprimento do preceito legal e das normas sanitárias, essa instituição paranaense ainda justifica a aglomeração de adolescentes como medida protetiva:

A unidade Rached, destinada aos adolescentes com idade entre doze anos e dezoito anos incompletos com problemáticas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, é composta por cinco quartos coletivos, que alojam de nove a treze pessoas, o que, segundo a Coordenadora da unidade e o diretor do hospital, minimizaria tentativas de suicídio e heteroagressividade, pela vigilância dos demais adolescentes que compartilham o mesmo quarto. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR)

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

Fotografia 60: Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR. Na foto abaixo, mostra-se o dormitório da unidade Rached, que aloja treze adolescentes.



Fonte: Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2018.

Somente os hospitais Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barnasulfo (GO) e o CAIS Clemente Ferreira (SP) indicam a possibilidade de permanência de familiar ou rede de suporte social à criança ou adolescente internada. Cabe contextualizar que, no caso do hospital goiano, a ala infanto-juvenil localiza-se na seção particular da instituição, a qual dispõe de um leito destinado ao SUS. O hospital paulista, por sua vez, permite que o familiar ou responsável durma na instituição quando for visitar a criança ou adolescente internados, porém o exercício desse direito fica limitado ao número de vagas disponíveis.

Em situações de visitas às crianças e adolescentes, caso a família queira dormir no hospital é necessário ligar com vinte e quatro horas de antecedência para verificar se há vaga disponível no alojamento. O alojamento conta com três vagas apenas. (CAIS Clemente Ferreira, Lins – SP)

As condições econômicas dos familiares, contudo, seguem sendo uma limitação para a convivência, particularmente devido à distância, conforme destacado abaixo:

Chamou a atenção o fato dos adolescentes estarem internados em local extremamente distante de sua residência. Considerando que, geralmente, são integrantes de família pobre, a distância é um fator que, certamente, prejudica o contato com a família, razão pela qual muitos adolescentes recebem poucas visitas de familiares. (CAIS Clemente Ferreira, Lins – SP)

O hospital de Maringá apresenta uma organização com horários de visitas diárias para os adolescentes, à exceção daqueles com menos de quatorze anos, cujas visitas se dão em horários fixos, aos fins de semana. Além disso, há grade semanal com horários pré-definidos pelos profissionais da equipe assistencial para atendimento com os familiares. É permitido, ainda, o contato telefônico com familiares e com a rede assistencial do município de origem uma vez por semana. Contudo, a possibilidade de receber visitas nas instituições é comumente inviabilizada pelas condições sociais familiares e pela distância dos municípios de origem, onde residem as pessoas internadas.

Um dos adolescentes informou que estava internado há vinte dias e não havia ainda recebido nenhuma visita. Outro adolescente, de quinze anos, chorou muito ao relatar que vinha de uma instituição de acolhimento de um município distante, no norte do estado paranaense, e que só mantinha vínculo com um irmão mais novo, que também se encontrava em situação de abrigo. Relatou a ausência de contato com o familiar, durante a internação, e afirmou o desejo de saber se teria a

oportunidade de passar o Natal com o irmão, “pois estava muito triste e tinha muita saudade”. (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR)

Nesse contexto, a equipe de inspeção desse hospital recomendou o acompanhamento das internações por órgãos da justiça, especialmente do público adolescente, visando ao “fortalecimento de vínculos familiares e encaminhamento desse público junto à Rede de Atenção Psicossocial local”. Destacou-se, tal como em outros hospitais inspecionados, a necessidade de qualificação dos PTS, considerando a participação de usuários e familiares, e as articulações com os equipamentos da rede de atenção psicossocial de base territorial e comunitária.

Na contramão das prerrogativas legais, as restrições do contato com os familiares são institucionalizadas pelos hospitais, seja pela organização assistencial seja como medida disciplinar.

No Hospital Psiquiátrico San Julian, na unidade Rached, destinada a adolescentes, visitas podem ser feitas às quartas-feiras e sábados, mas também o contato telefônico é limitado a cinco minutos e só pode ser feito a cobrar, o que restringe o contato familiar com famílias carentes.

Tal hospital reconhece a dificuldade de deslocamento ou transporte das famílias procedentes de municípios distantes flexibilizando-lhes o horário de visita. O projeto assistencial prevê a atenção às famílias por meio de três estratégias relatadas a seguir:

i) pela enfermagem e assistente social durante as visitas, orientando, atendendo e mediando as relações entre os usuários e seus familiares; além de (ii) horário semanal para contato telefônico com o profissional psicólogo e assistente social; e (iii) horário semanal de atendimento com médico para orientações e informações sobre o quadro do paciente, prognósticos e cuidados pós-alta. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR)

Ainda assim, os adolescentes internados referem sentir-se incompreendidos pela equipe técnica e relatam as saudades dos seus familiares, que residem em municípios distantes do hospital. O relatório estadual sobre o Hospital San Julian recomendou ao sistema de justiça do estado:

Acompanhar junto às Vara da Justiça, os casos de pessoas internadas que sejam procedentes de outros municípios do Paraná, especialmente as crianças e adolescentes, com a perspectiva de desinstitucionalização, fortalecimento de vínculos familiares e encaminhamento desse público junto à Rede de Atenção Psicossocial local, para evitar o

enfraquecimento ou a quebra de vínculos e fortalecer o desenvolvimento de estratégias de atenção psicossocial nos territórios em que residem. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR)

O CAIS Clemente Ferreira, de Lins – SP, trata de forma distinta os adolescentes institucionalizados pela condição de deficiência relacionada a agravos neurológicos daqueles internados pelo uso de álcool e outra drogas, uma vez que o nível de monitoramento exercido está em contraposição do respeito à singularidade das pessoas. Segue um exemplo sobre como ocorrem as visitas e ligações telefônicas das pessoas internadas por problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas:

[...] as visitas de familiares são monitoradas, assim como as ligações telefônicas, e se necessário, é feita a interrupção da ligação. Cartas podem ser escritas na presença de um profissional de forma que todas acabam sendo monitoradas. Entende-se que estas práticas colaboram para a ruptura dos laços afetivos e sociais. (CAIS Clemente Ferreira, Lins – SP)

Destacando o impacto negativo das longas distâncias entre os municípios de origem das pessoas internadas e o hospital, assim como a falta de “proposta efetiva de trabalho com familiares ou de ressocialização, principalmente nos casos de adolescentes internados”, a equipe de inspeção do CAIS Clemente Ferreira apontou, dentre as recomendações o que segue:

A localização do Hospital é de difícil acesso, o que não favorece o contato com a comunidade local e a circulação de familiares. Assim, há a necessidade de que o hospital promova atividades com a família e atividades externas com mais frequência, no sentido de garantir a convivência familiar e comunitária. (CAIS Clemente Ferreira, Lins – SP)

A preocupação com o acesso das famílias ao hospital também é expressa no relatório do Hospital Psiquiátrico São Pedro, considerando a restrição de dias e horários de visitas como um limitador para “a participação dos familiares no tratamento das pessoas internadas, especialmente para aqueles que são provenientes de outros municípios”. A análise dos PTS indica a ausência de participação dos familiares na pactuação das ações, dimensão a ser revista pela instituição conforme recomendações da equipe de inspeção.

Em outra instituição, de acordo com o Projeto Técnico Institucional do Hospital Psiquiátrico André Luiz, as visitas só são permitidas após uma semana de internação e estão suscetíveis à suspensão, tal como o direito à ligações telefônicas, em situações de mau comportamento do(a) adolescente.

Conforme relatado pela equipe de inspeção, as ligações telefônicas são monitoradas e também só podem ser feitas a cobrar, com duração de dez minutos.

As visitas podem ser realizadas nas quintas-feiras e nos sábados, com a possibilidade de acontecer em outros dias com o agendamento. Entretanto, usuários que se envolvem em brigas, tentativas de fuga, entre outros problemas com a equipe técnica ou ainda com outros usuários, recebem punição e perdem direito a visita. Ligações telefônicas só são permitidas nas quartas-feiras e nos domingos, fora isso é proibido qualquer tipo de contato com os familiares. (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP)

A equipe de visita ao Hospital André Luiz também externou a preocupação com o pouco contato das pessoas internadas com o meio externo, dada a restrição do acesso telefônico e de visitas na rotina hospitalar, aplicada à totalidade das pessoas internadas.

Por sua vez, o relatório do Complexo Juliano Moreira recomendou a elaboração de PTS para todas as pessoas internadas envolvendo a equipe multiprofissional do Hospital Psiquiátrico, as próprias pessoas internadas e seus familiares, bem como a efetivação de medidas que viabilizem sua execução.

As práticas narradas até aqui contrariam o disposto na Regra 59, das Nações Unidas, para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade, no que se refere aos direitos de contato com o mundo exterior:

59. Deverão ser utilizados todos os meios para garantir uma comunicação adequada dos jovens com o mundo exterior, comunicação esta que é parte integrante do direito a um tratamento justo e humanitário e é indispensável para a reintegração dos jovens à sociedade. Deverá ser permitida aos jovens a comunicação com seus familiares, seus amigos e outras pessoas ou representantes de organizações prestígioas do exterior; sair dos centros de detenção para visitar seu lar e sua família e obter permissão especial para sair do estabelecimento por motivos educativos, profissionais ou outras razões importantes.

Pelo relatos acima, em suma, nota-se que não apenas a convivência familiar é inviabilizada, mas até mesmo meros contatos telefônicos e o recebimento de cartas passam por restrições que constituem violações de direitos humanos.

6.3 AS DIMENSÕES ASSISTENCIAIS DAS INSTITUIÇÕES VISITADAS E OS DIREITOS À VIDA, À DIGNIDADE E À SAÚDE

Os direitos de crianças e adolescentes, com prioridade absoluta aos direitos à vida e à saúde, traduzem-se, em termos valorativos, no direito ao desenvolvimento saudável desse público. Se, como trata a OMS, saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”,¹⁹ é evidente a compreensão de que a saúde é mais seguramente garantida na medida em que outros direitos também o são. Nesse sentido, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) afirma categoricamente:

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

O ECA ainda preconiza que:

Art. 11. É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

§ 1º A criança e o adolescente com deficiência serão atendidos, sem discriminação ou segregação, em suas necessidades gerais de saúde e específicas de habilitação ou reabilitação.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

19 NAÇÕES UNIDAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Indicadores de saúde: elementos conceituais e práticos. Capítulo 1. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2019.

No âmbito do SUS, reconhece-se a saúde e o processo de adoecimento como elementos indissociáveis da organização social e econômica do país, de modo que os níveis de saúde da população resultam das condições de alimentação, moradia, saneamento básico, do meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e do acesso aos bens e serviços essenciais.

Assim, o processo de saúde-doença se constitui como fenômeno complexo relacionado a diversos fatores. O conceito de saúde integral compõe-se não apenas da prevenção ou tratamento de doenças, mas se dilata ao acesso à educação, ao lazer, ao esporte, à habitação, a atividades comunitárias.⁷ Nesse sentido, ganha destaque especial a convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes, *“a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”* (artigo 3º, ECA).

As normativas relacionadas ao cuidado com crianças e adolescentes, sobretudo o ECA, primam, portanto, pela convivência familiar e comunitária, prevenindo o afastamento de crianças e adolescentes do seu meio apenas de acordo com os princípios da excepcionalidade, provisoriedade, da preservação e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, da garantia de acesso e do respeito à diversidade e à não discriminação, da oferta de atendimento personalizado e individualizado, da garantia de liberdade de crença e religião e do respeito à autonomia da criança, do adolescente e do jovem²⁰.

Se é prevista a internação, é pacífico que ela não pode ser longa nem acontecer em instituições com características asilares. De acordo com o Ministério da Saúde,²¹ os serviços de saúde mental que atendem o público infanto-juvenil devem orientar suas ações de cuidado por diretrizes operacionais, dentre as quais destacamos:

- conduzir a ação do cuidado de modo a sustentar, em todo o processo, a condição da criança ou do adolescente como sujeito de direitos e de responsabilidades, o que deve ser tomado tanto em sua dimensão subjetiva quanto social;
- comprometer os responsáveis pela criança ou adolescente a ser cuidado – sejam familiares ou agentes institucionais – no processo de atenção,

20 BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

21 BRASIL. Ministério da Saúde. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 16.

situando-os, igualmente, como sujeitos da demanda;

- manter abertos os canais de articulação da ação com outros equipamentos do território, de modo a operar com a lógica da rede ampliada de atenção. As ações devem orientar-se de modo a tomar os casos em sua dimensão territorial, ou seja, nas múltiplas, singulares e mutáveis configurações, determinadas pelas marcas e balizas que cada sujeito vai delineando em seus trajetos de vida.

Tendo essas diretrizes em conta, abaixo será discutido as dimensões assistenciais das instituições visitadas.

a. Sobre o tratamento de crianças e adolescentes

Como ponto de partida cabe retomar a informação de que parte dos hospitais psiquiátricos inspecionados recebe crianças e adolescentes de forma extemporânea e em ambiente comum aos adultos. Os relatórios de inspeção desses hospitais não apontaram diferenças de tratamento ou atenção especial às peculiaridades de crianças e adolescentes na organização do projeto assistencial, tampouco nos projetos terapêuticos singulares. Trata-se de uma situação grave se considerado todo aparato normativo já percorrido. Resta-nos a problematização e a recomendação de que tal dimensão seja avaliada em nova oportunidade de inspeção por órgãos do sistema de justiça e da saúde.

Optou-se por restringir a discussão sobre o tratamento dado a crianças e adolescentes aos relatórios das instituições que prevêm atendimento a tal público, no que tange à rotina, tempo médio de permanência, projeto assistencial e terapêutico.

As equipes de inspeção depararam com propostas assistenciais pautadas em tempos de permanência de um a três meses de hospitalização, conforme tabela abaixo. Além disso, ressalta-se a dilatação das internações em razão da espera de decisão judicial, que se sobrepõe à decisão da alta médica em alguns hospitais visitados.

Tabela 3 - Tempo de hospitalização de Crianças e Adolescentes

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

UF	Nome da Instituição	Excerto dos Relatórios Regionais
GO	Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo	Sem informação.
MA	Hospital Nina Rodrigues	Adolescentes recebidos somente no Pronto Atendimento, com permanência por até 72 horas.
PB	Hospital Psiquiátrico Colônia Julianio Moreira	Passam em média trinta dias internados.
PR	Hospital Psiquiátrico San Julian	A proposta institucional prevê o tempo de duração do tratamento de 30 a 45 dias para os adolescentes.
PR	Hospital Psiquiátrico de Maringá	Internações duram em média 37 dias.
RS	Hospital Psiquiátrico São Pedro	As internações têm duração média de trinta dias.
SP	Hospital Psiquiátrico André Luiz	Em relação ao tempo de permanência dos jovens no hospital, os que estão internados voluntariamente e involuntariamente ficam em média três meses. Os que estão por ordem judicial, acabam ficando mais tempo, pois mesmo com a alta do hospital, o juiz demora para avaliar e ainda retorna com pedido de reavaliação para daqui trinta dias. Assim, alguns acabam ficando internados até onze meses.
SP	CAIS Clemente Ferreira	Ala de Adolescentes com Dependência Química: Nove dos quatorze adolescentes estavam internados por medida judicial, seis dos quais com alta médica, aguardavam liberação judicial. Foi possível constatar que entre a alta médica e a liberação judicial o prazo é bastante dilatado. Ala Infanto-juvenil Neurológica: Os adolescentes nesse setor são considerados moradores da instituição e não tem perspectiva de alta. A maioria deles está no hospital há vários anos.

Fonte: Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2019.

De modo mais sutil, um outro público, ainda adolescente, acaba se tornando morador do hospital psiquiátrico. É o que encontramos na Clínica de Repouso Três Rios (RJ) e no CAIS Clemente Ferreira de Lins (SP). No hospital carioca foi encontrando um adolescente internado em condição de longa permanência por medida judicial. Na instituição paulista havia dezoito pessoas com idades entre quinze e vinte e cinco anos institucionalizadas e sem perspectivas de alta na data da inspeção. Com base em informações complementares encaminhadas pela equipe inspecionária de Lins – SP, constatou-se a existência de uma criança e três adolescentes internado na ala neurológica; a criança, de dez anos de idade, estava internada há três anos, e um dos adolescente, de treze anos, estava institucionalizado desde os dois anos e meio de idade.

A morosidade dos processos de desinstitucionalização amplia o número de histórias de adultos institucionalizados desde a infância. Conforme os princípios e direitos alinhados com a convivência familiar e comunitária, ainda que não existam familiares acessíveis, outras estratégias de desinstitucionalização devem ser construídas. Trata-se de necessidade de moradia e atenção comunitária, e não mais de internação.

Com relação às propostas institucionais, os cinco hospitais das regiões sul e sudeste apresentaram projeto assistencial direcionado ao público infanto-juvenil. Vejamos.

No Hospital San Julian, o programa de tratamento está *“organizado em fases, marcadas por mudanças de ordem comportamental, participação das propostas de atividades e relacionamento interpessoal”*. Nota-se similaridade entre os objetivos e fases de tratamento propostos aos adolescentes e aos adultos com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O tratamento dos adolescentes é constituído por cinco fases: i) adaptação: momento em que o paciente se integra ao grupo; ii) pré-conscientização: momento em que o paciente entende a importância de participar da proposta terapêutica; iii) conscientização: compreensão de que o tratamento é fundamental para a mudança de vida; iv) assimilação: o paciente demonstra de forma clara a mudança dos seus comportamentos; e v) manutenção e preparo para alta: paciente mantém os comportamentos de mudanças e coloca em prática seu aprendizado durante o tratamento, com o objetivo de utilizá-lo após a alta.

O relatório de inspeção da instituição supracitada aponta para a falta de informações na documentação apresentada sobre as medidas previstas nas situações de recusa do tratamento. Apesar da afirmação de existência de PTS acordado com os adolescentes, estes *“relataram não saber quais medicamentos tomam, tampouco qual a análise/avaliação que a equipe faz do seu tratamento. Tais usuários indicam saber da obrigatoriedade de participar das Comissões, da atividade de abordagem verbal e grupos, bem como sobre a possibilidade de escolher dentre as propostas de teatro, coral, academia etc.”*.

A forma de organização dos atendimentos aponta para a incongruência entre o cotidiano hospitalar e o indicativo de estruturação do cuidado com base no PTS:

Destaca-se na grade horária disponibilizada a oferta de grupos com médico, psicólogo, assistente social, enfermagem, educador físico, músico e terapeuta ocupacional. Prevê-se horário para consultas médicas individuais duas vezes na semana e a psicologia destina 10 (dez) vagas semanais para atendimentos individuais, a serem definidos às

segundas-feiras. [...] Sobre o atendimento médico e multiprofissional e interação com a equipe, o contato com os profissionais é insatisfatório. Os adolescentes questionam o “olhar” ou a percepção dos profissionais, visto que a solução de grande parte das questões é dada por meio de medicação. Durante a visita expuseram a desconexão entre as necessidades de cada usuário e a proposta assistencial e postura da equipe: “não adianta falar com eles, tudo é fissura”, “não entendem que sentimos saudades de casa”, “não adianta conversar com eles, eu quero sair daqui”. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR)

O projeto assistencial do Hospital Psiquiátrico de Maringá traz marcadores temporais de projetos para internações de curta, média e longa permanência, cujas propostas terapêuticas envolvem o quadro nosológico e a condição de autonomia e independência dos sujeitos. Os adolescentes, bem como os adultos em crise psicótica ou aqueles que fazem uso de drogas, estão incluídos nos projetos de internação breve, os quais prevêem: grupos terapêuticos, psicoterapia breve e de apoio, reunião com familiares, atividades laborativas (Comissões), atividades físicas/esportivas, atividades recreativas e sociais, atividades manuais, artísticas e externas. Vê-se que a peculiaridade dos adolescentes se dissipa em um conjunto geral de proposições terapêuticas.

Conforme informado pelos profissionais, há atendimentos individuais e grupais desenvolvidos pela equipe técnica na ala, bem como atendimento semanal com familiares, porém considera-se que a interação da psicologia com os demais integrantes da equipe é insuficiente. No momento de chegada da equipe de visita à unidade alguns adolescentes participavam de um jogo de futebol em meia quadra. Todos pareciam demasiadamente medicados e a maioria estava sentado numa escadaria, à sombra (abrigados do sol forte). No período da tarde representantes da equipe de inspeção acompanharam a atividade grupal desenvolvida pelo terapeuta ocupacional, marcada por uma roda de conversa. Enquanto o grupo acontecia, a psicóloga realizou atendimentos individuais com os adolescentes na sala do refeitório, com duração média de 15 minutos cada. De acordo com os relatos, a(o) profissional da psicologia comparece à ala duas vezes por semana. [...] As(Os) usuárias(os) internadas(os) informaram não haver atividades terapêuticas nos finais de semana, período em que costumam assistir televisão à tarde e à noite, mediante autorização da(o) técnica(o) de enfermagem. [...] A maioria dos adolescentes informou desconhecer as atividades terapêuticas, tão pouco conhecer o próprio diagnóstico e a medicação que tomam. A referência do tratamento limita-se ao tempo de duração da internação. (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR)

Com relação ao Hospital Psiquiátrico São Pedro, as informações da equipe de visita indicam o que segue:

A administração do hospital entregou somente documentação de Projeto Terapêutico Singular da unidade CIAPS, nos projetos avaliamos cada criança e/ou adolescente é avaliada individualmente por profissionais médico, psicólogo, enfermagem e serviço social, cada uma faz avaliação própria e define condutas, não há informações sobre a participação do usuário e ou dos familiares na construção das ações. [...] Foi relatado e verificado-se, que os pacientes ficam a maior parte do tempo sem atividades e com poucos profissionais para realizar as intervenções necessárias. Na unidade infanto-juvenil, foi observado que todas as crianças estavam em atividades - entretanto, os adolescentes estavam sem nenhuma atividade a não ser assistir televisão ou algum entretenimento proposto pelas técnicas de enfermagem. (Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre – RS)

No contexto paulista, o Hospital André Luiz dispõe de alas feminina e masculina destinadas a adolescentes internados por uso de álcool e outras drogas. De acordo com o relatório de inspeção, a instituição atua na perspectiva de abstinência, sendo proibido o uso de tabaco pelos adolescentes, guardadas exceções. As adolescentes internadas relataram a possibilidade de fumar durante o período de visita caso seus familiares tragam cigarro. De modo geral, o PTS comumente é elaborado após dez dias de internação, tendo em vista a rotatividade de internações e a insuficiência da equipe.

Os adolescentes também iniciam, segundo o PTI, o tratamento através da Unidade de Cuidados Especiais. O programa terapêutico inclui a confecção do Projeto Terapêutico Singular (apesar de pouco observado na inspeção, tanto nos prontuários, como no relato da equipe). A indicação de participação de sala de aula, são as duas disponibilizada pelo hospital em parceria com o município. Ainda consta educação física, prevenção de recaídas, reinserção social (momento de ser desligado do tratamento), avaliação nutricional, grupos de DST e sexualidade. Há também atividades específicas e os adolescentes são avaliados antes da participação: Projeto de Vida, Informática, Artesanato, Lazer, Grupo de Partilha de Sentimentos, Cursos Profissionalizantes. Consta ainda Projeto Boas Maneiras e Projeto de judô. Está previsto trabalho com a família. da família. (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP)

No entanto, este não é cenário relatado pelos adolescentes entrevistados na visita nessa instituição. O cotidiano empobrecido contradiz a proposta assistencial documentada:

Adolescentes alegam que como não há nada a ser feito no local, quase nenhuma atividade é oferecida, e ainda não podem sair dali para algum passeio nem mesmo em outros espaços do hospital, muitas vezes alguns fogem apenas para dar uma volta e já retornam ao hospital. Um dos adolescentes entrevistado disse que nas últimas três semanas houve uma fuga e outra tentativa. [...] As atividades são compostas por atividades da Terapia Ocupacional às segundas-feiras; há aulas de judô terça e quinta-feira; e ainda um grupo católico, chamado Pastoral da Sobriedade, que oferece atividade na sexta-feira. Nenhuma dessas atividades é obrigatória, nem mesmo a aula. Uma questão que favorece a participação de alguns jovens com dedicação a estas atividades, diz respeito ao fato de que quanto mais participação houver nas atividades, maior a chance de ir embora do hospital: “quanto mais participar das atividades, mais fácil ir embora” (sic). (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP)

No tocante ao cotidiano hospitalar, fica evidente a rotina estruturada a que estão submetidas(os) as(os) adolescentes internadas(os) nas instituições visitadas. As rotinas dos hospitais se diferenciam apenas com relação ao regimento do acesso aos quartos durante o dia. Nos hospitais visitados no Paraná, o acesso aos quartos para o descanso faz parte da rotina diária, em horários padronizados. Já no Complexo Juliano Moreira e no Hospital André Luiz, afirmou-se haver momentos do dia em que as(os) adolescentes ficam trancadas(os) nos quartos. No hospital de Garça, “às 22 h todas(os) são obrigadas(os) a entrar em seus quartos, e lá ficam trancadas(os) até às 8 h da manhã, sem água e mesmo pedindo, as(os) profissionais presentes não lhes oferecem água, segundo relataram as(os) adolescentes”.

O projeto institucional do CAIS Clemente Ferreira prevê distinções entre a proposta de tratamento das(os) adolescentes internadas(os) na unidade masculina de tratamento à dependência química e aquela das(os) internadas(os) na unidade infanto-juvenil neurológica. Faz-se menção à importância do trabalho em rede com vistas à qualidade de vida e à reintegração social, bem como à promoção de um tratamento individualizado, por meio do PTS, incluindo o encaminhamento e acompanhamento da continuidade do tratamento junto aos serviços de referência territoriais.

A proposta de tratamento destinada às(aos) adolescentes institucionalizadas(os) na ala neurológica indica o “*fortalecimento dos vínculos sócio-familiar, PTS individualizado com revisão semestral para as(os) usuárias(os) de longa permanência*”. A análise da equipe de inspeção, entretanto, aponta para a ênfase “*na redução de sintomas e na melhor adaptação às rotinas do hospital, não vislumbrando perspectivas mais abrangentes de reabilitação psicossocial*”. Segue trecho do relato da rotina observada durante a visita à unidade:

No momento da visita as camas estavam sem roupa de cama. Não há nenhum objeto pessoal das(os) adolescentes no quarto e não há armários e/ou gavetas para guardarem seus pertences. Há fotos dos rostos das(os) adolescentes em cima das portas designando qual dorme em cada quarto. Havia uma sala grande com uma TV pequena, três colchonetes, sete sofás e quatro bancos com mau cheiro; sete adolescentes deitados nos sofás/colchonetes, uma adolescente na cadeira de roda, quatorze usuá-rias(os) andando pela sala, um dos usuários havia extraído um dente no dia da visita, estava sangrando muito, nenhum dos funcionários que estavam no local interveio ou realizou cuidados. Vale citar que foi informado haver no momento apenas uma(um) médica(o) psiquiatra para atender todo o hospital. (CAIS Clemente Ferreira, Lins – SP)

Com relação ao tratamento das(os) adolescentes internadas(os) por uso de álcool e outras drogas, a equipe de visita observou o foco assistencial “exclusivamente na dependência química, sem considerar a fase de desenvolvimento em que essas pessoas se encontram, assim como o desenvolvimento de suas potencialidades”.

A Diretora da Unidade afirma que a unidade de dependência química é fechada para evitar fuga dos adolescentes. [...] De acordo com informações colhidas durante as entrevistas, as atividades existentes no local são muito limitadas e consistem, basicamente, na cozinha terapêutica, bordado, fuxico e algumas atividades esportivas realizadas na quadra de esportes. Referidas atividades são realizadas sob a supervisão de um terapeuta ocupacional e um educador físico. Não há passeios externos. Os atendimentos psicológicos acontecem duas vezes por semana, são em sua maioria realizados em grupo. Apenas uma(um) das(os) psicólogas(os) faz atendimentos individuais, na sala destinada às visitas, e de forma insuficiente, pois as(os) pacientes reclamaram bastante da falta de um suporte psicológico mais efetivo. (CAIS Clemente Ferreira, Lins – SP)

Para além do exposto, verificou-se a padronização de PTS e situações em que o projeto terapêutico fora elaborado apenas no momento da alta. O prejuízo da convivência familiar e comunitária foi apontado considerando a distância entre o hospital e as residências das famílias, que impacta no contato com as(os) adolescentes e na ausência de participação de familiares na elaboração do PTS.

Assim como é fundamental o respeito aos normativos para as situações de internação de crianças e adolescentes, também o é para o momento da alta hospitalar e reinserção social. Nesse sentido, vale retomar aqui as diretrizes operacionais do Ministério da Saúde, destinadas aos serviços que atendem

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

o público infanto-juvenil. Destaca-se a articulação contínua com os serviços territoriais, na lógica do cuidado em rede, considerando as “*múltiplas, singulares e mutáveis configurações*” que constituem as “balizas que cada sujeito vai delineando em seus trajetos de vida”.²²

Expressa-se, a partir dos relatos apresentados na tabela abaixo, a fragilidade das ações desenvolvidas pelos hospitais na articulação com o território de origem das crianças e adolescentes internadas(os).

Tabela 4 - A Alta e Articulação com a RAPS

UF	Nome da Instituição	Excerto dos Relatórios Regionais
GO	Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo	Falta articulação com a RAPS.
MA	Hospital Nina Rodrigues	É articulada com a RAPS, encaminhando o paciente, por meio de formulário, para o CAPS do município de origem ou para as Clínicas de longa permanência, conveniadas com o SUS, localizadas na cidade de São Luís.
PB	Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira	Existe uma comissão de desinstitucionalização e equipe de desospitalização, esta última composta pelo Serviço Social e Psicologia, está voltada para os pacientes mais recentes internados, com objetivo que buscar a alta e apoio aos pacientes.
PR	Hospital Psiquiátrico San Julian	A alta é realizada com orientação e encaminhamento à rede pública de saúde, preconizando-se a continuidade do tratamento em CAPS, ambulatorios, Comunidades Terapêuticas, unidades de acolhimento transitório e outros serviços do SUS. De acordo com esta profissional, os adolescentes já saem com data e horário marcado no CAPS.
PR	Hospital Psiquiátrico de Maringá	Sobre o processo de alta, a direção da instituição informou ser realizada, sobremaneira, a orientação e encaminhamento (via papel) à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em detrimento de ações de articulação com os serviços diretamente.
RS	Hospital Psiquiátrico São Pedro	Conforme informações dos trabalhadores do HP São Pedro, todas as pessoas internadas, que estão de alta, são encaminhadas para os serviços da RAPS de seu município de origem, o serviço social do hospital fica encarregado desse contato. Entretanto avaliam que há fragilidades com a articulação dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, destacando dificuldade de acesso aos CAPS de alguns municípios.
SP	Hospital Psiquiátrico André Luiz	A alta segue com acompanhamento médico para serviços do município de origem. A articulação com a Rede Socioassistencial se dá após a alta, somente através dos encaminhamentos que o paciente leva ao deixar o hospital. Não há articulação do hospital com equipamentos comunitários.

22 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005

SP	CAIS Clemente Ferreira	Segundo a direção há articulação de trabalho com o CAPS, referenciando o usuário. O PTI indica o acompanhamento dos adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas na pós-alta, avaliando a aderência ao tratamento na rede, porém segundo relato da equipe técnica dificilmente há esse acompanhamento. Para os usuários da ala infanto-juvenil neurológica há pouca perspectiva de alta e ausência de trabalho efetivo no fortalecimento dos vínculos sócio-familiar em trabalho articulado com a rede de atendimento
----	------------------------	---

Fonte: Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2019.

Chama atenção a inexistência de encaminhamento implicado²³, tendo em vista: i) a incipiência de estratégias conjuntas, entre a equipe dos hospitais e a rede de atenção extra-hospitalar em saúde, para alta responsável e continuidade do cuidado territorial; e ii) a ausência de ações integradas com os serviços e recursos comunitários da rede intersetorial, tão importantes para o efetivo suporte ao desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes.

b. Direito à alimentação e água potável

Fotografia 61 Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR. A foto abaixo mostra adolescentes durante o almoço.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2019.

23 No documento “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil”, do Ministério da Saúde, o conceito de encaminhamento implicado “exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, se responsabilize pelo estabelecimento de um endereço (direção/rumo) para a demanda, acompanhe o caso até seu novo destino. Muitas vezes, o serviço que encaminha tem de fazer um trabalho com o serviço para o qual o caso é encaminhado, que consiste em discutir as próprias condições de atendimento do caso. Esse trabalho se insere na concepção de rede. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Caminhos-para-uma-Politica-de-Sa-de-Mental-Infanto-Juvenil--2005-.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2019.

A respeito da alimentação, direito constitucional garantido a crianças e adolescentes, apresentamos informações extraídas dos relatórios estaduais na tabela a seguir. Nela encontram-se destacados os quatro hospitais psiquiátricos cujas informações versam especificamente sobre o público infanto-adolescente. Para os demais hospitais, são apresentados os relatos disponíveis sobre o acesso à alimentação, ou seja, para todos os usuários sem distinção por ciclo de vida.

Tabela 5 - A alimentação fornecida nas instituições inspecionadas

UF	Nome da Instituição	n. de refeições diárias	Trechos dos Relatórios Estaduais
AC	Hospital de Saúde Mental do Acre	6	As(Os) usuárias(os) referiram que a alimentação é boa e suficiente às suas necessidades diárias. As(Os) trabalhadoras(es) relataram que já houve situações em que chegam a cotizar para comprar o pão para as(os) usuárias(os), informam que o momento mais crítico é a hora da alimentação, o que tem sido negligenciado pela SESACRE.
BA	Hospital Especializado Lopes Rodrigues	6	Nos diálogos realizados com as(os) usuárias(os), não houve queixas acerca da alimentação fornecida pela instituição.
GO	Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo	5 a 6	A qualidade da alimentação servida foi elogiada tanto pelas(os) funcionárias(os) como pelas(os) pacientes.
GO	Casa de Eurípedes	Sem informação	Há queixas em relação a alimentação de pouca qualidade. As(Os) usuárias(os) têm como alternativas para uma melhor alimentação uma cantina na instituição para obterem lanches e guloseimas custeados pelos familiares.
GO	Pax Clínica Psiquiátrica	4	As(Os) pacientes relataram mau cheiro na comida, variedade escassa e quantidade limitada. Informaram, também, que, no café da manhã, serve-se somente pão e leite, sem direito de repetir.
MA	Hospital Nina Rodrigues	6	Produção das refeições em quantidade suficiente no momento da inspeção. Havia diversidade de alimentos no cardápio, e as(os) usuárias(os) se referiram positivamente sobre a qualidade e quantidade da alimentação.
MG	Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira	5	Sem variedade e em quantidade insuficiente, principalmente nos horários de lanche. Frutas são disponibilizadas apenas às(aos) pacientes particulares.
PB	Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira	5	No que se refere à qualidade da alimentação, nos foi dito: “No início não gostei da comida, insossa, principalmente o arroz”
PR	Hospital Psiquiátrico San Julian	5	No cardápio mensal destinado observa-se que no café da manhã e o lanche da tarde são ofertados somente dois pães de leite, biscoito e chá em todos os dias. O cardápio do almoço e jantar indica a oferta de arroz e feijão, salada, proteína, suco e fruta diariamente. Verificou-se na data da visita que o almoço oferecido às(aos) usuárias(os) não era compatível com o cardápio programado.

PR	Hospital Psiquiátrico de Maringá	5	Foram citadas como refeições: 2 copos de chá e 2 pães no café da manhã; arroz, feijão, carne, verduras, salada e suco servidos no almoço, sendo o cardápio repetido no jantar; e café da tarde. O almoço e jantar das(dos) adolescentes é servido em marmitas de isopor, sendo para alguns insuficiente, enquanto para outras(os) é demasiado.
RJ	Hospital Psiquiátrico de Jurujuba	5	Os usuários entrevistados relataram receber alimentação em quantidade e variedade suficientes, muitos elogiaram a qualidade e sabor da comida.
RS	Hospital Psiquiátrico São Pedro	5	No cardápio do almoço e jantar verificamos que não são oferecidas frutas, há repetição de proteínas, especialmente “iscas” (não há referência de que tipo de proteína se refere), há pouca diversidade dos tipos alimentares nas refeições.
SC	Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina	5	Os relatos das(dos) pacientes e trabalhadoras(es) sobre a alimentação não apontaram problemas relativo à quantidade e/ou qualidade fornecida nas refeições.
SP	Hospital Psiquiátrico André Luiz	5	As(Os) adolescentes da Ala de Dependência Química Masculina relatam que caso alguém não coma alguma das opções oferecidas nas refeições, elas(eles) ficam sem a mistura. As(Os) adolescentes internadas(os) referiram a oferta de comida com qualidade e à vontade.
SP	CAIS Clemente Ferreira	5	As(Os) adolescentes foram questionadas(os) sobre a comida e não efetuaram reclamações.

Fonte: Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2019.

Vê-se um extrato com expressiva variação da avaliação da qualidade e suficiência da alimentação ofertada pelas instituições psiquiátricas visitadas. Verificou-se, em média, a oferta de cinco refeições diárias, o que no caso do Hospital San Julian, corresponde exclusivamente às(aos) adolescentes, visto às(aos) adultos serem disponibilizadas quatro refeições por dia.

Para além do exposto, sete²⁴ dos dezesseis hospitais que internam crianças e adolescentes mantêm cantinas em funcionamento. Aqui lembramos o leitor da discussão a respeito existência de cantinas feita no capítulo 1, as quais se traduzem em um ilegal negligenciamento do direito humano a uma alimentação adequada em favor de sua exploração econômica privada. .

Em relação à dinâmica das refeições observada na ala das(os) adolescentes do Hospital Psiquiátrico de Maringá, a equipe de inspeção considerou inadequada a qualidade nutricional, a gestão de porcionamento de alimentos e a forma como é servido o almoço e o jantar, qual seja, a

²⁴ Casa de Eurípedes (Goiânia – GO), Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG), Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa – PB), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ), Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ), Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP).

distribuição de marmitas prontas em isopor.

[... para algumas(ns) adolescentes, principalmente para as(os) que comem menos, o alimento é servido nas tampas das marmitas, o que requer muito cuidado para que a comida não caia. A enfermagem faz a gestão do porcionamento de alimentos e da distribuição das marmitas durante as refeições, oferecendo maior quantidade para aquelas(es) que comem mais e menor quantidade para aquelas(es) que comem menos. As(Os) profissionais do hospital informaram que geralmente há oferta de três a quatro marmitas a mais do que o número de adolescentes internadas(os), possibilitando a repetição da refeição conforme a demanda das(os) usuárias(os). Ainda assim, pareceu que a quantidade de comida ofertada não supre as necessidades nutricionais de todas(os) as(os) adolescentes. (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR)

Ademais, o relatório dessa instituição revela a percepção de atitudes agressivas por parte das(os) profissionais dirigidas às(aos) adolescentes durante o almoço, dimensão também apurada no relato das(os) próprias(os) usuárias(os), que expressaram sentir humilhadas(os) e coagidas(os) pela equipe:

Foi perceptível o tom agressivo e, em determinados momentos, humilhante por parte das(os) trabalhadoras(es), especialmente quando representantes da equipe de inspeção estavam em cômodo contíguo ao espaço destinado ao almoço. As(Os) adolescentes não se manifestaram, o que demonstrou e fortaleceu a impressão de que esse tipo de comportamento é naturalizado, tanto por parte das(os) profissionais quanto pelas pessoas internadas. [...] Várias(os) adolescentes referiram comumente sentirem-se criticados e humilhadas(os) pelas(os) profissionais de enfermagem, diante da solicitação pela repetição da refeição. Afirmaram que algumas(ns) profissionais reagem com expressões do tipo: “Você vai trabalhar na roça para comer tanto assim?” ou “Você veio da guerra?”. (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR)

No tocante às situações desumanas e degradantes, para além do hospital maringaense, apurou-se, no Hospital Psiquiátrico André Luiz, a obstrução do acesso à água no período noturno, conforme relato das(os) adolescentes: “Mesmo pedindo, as(os) profissionais não fornecem água”.

Destaca-se que as violações concernentes aos direitos à alimentação e à água potável contrariam a Regra 37 das Nações Unidas para Proteção de Jovens Privados de Liberdade,²⁵ a saber:

Cada estabelecimento assegurará que todos os adolescentes recebam alimentação convenientemente preparada e servida às horas normais das refeições e de qualidade e quantidade que satisfaça as normas dietéticas, de higiene e de saúde e, tanto quanto possível, requisitos religiosos e culturais. Água potável deve estar à disposição de todos os adolescentes em qualquer momento.

Sobre as condições de acesso à água potável, as inadequações notadas pelas equipes de inspeção referem-se, de modo geral, à indisponibilidade de copos individualizados para as pessoas internadas ou à insuficiência de bebedouros. Nessas condições, dentre os estabelecimentos que dispõem de ala específica para adolescentes, destacam-se o Hospital de Maringá, o San Julian e o Complexo Juliano Moreira.

No Hospital Psiquiátrico São Pedro constatou-se, ainda, que *“a água é disponibilizada em recipientes reutilizáveis, sem controle de temperatura, da qualidade e da potabilidade da água fornecida”*.

Com relação aos estabelecimentos que internam crianças e adolescentes juntamente com os adultos, foi identificada restrição ou inadequação do acesso à água potável, notadamente às(aos) usuárias(os) do SUS nos hospitais Fundação Gedor Silveira e no Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC).

25 NAÇÕES UNIDAS. Regras das Nações Unidas para a Proteção dos Menores Privados de Liberdade, 1990. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Crian%C3%A7a/regras-das-nacoes-unidas-para-a-protecao-dos-menores-privados-de-liberdade.html>>. Acesso em: 13 ago. 2019.

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

Fotografia 62: Hospital psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR. Na foto abaixo, adolescente come em um marmitex de isopor e com uma colher de plástico seu almoço.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

- c. Direito de usar as próprias roupas e do direito à posse de objetos pessoais

Fotografia 63: Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR. A foto abaixo mostra a rouparia da unidade Rached, destinada a adolescentes. Nas estantes, caixas de plástico organizadoras com roupas dos pacientes dentro delas.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

O contexto da institucionalização tem como marca importante a padronização dos sujeitos, expressa no vestuário e na perda do acesso aos pertences e objetos pessoais, que compõem dimensões da subjetividade e singularidade dos sujeitos.

As Regras das Nações Unidas para Proteção de Jovens Privados de Liberdade afirmam o direito à privacidade e ao bem-estar das(os) adolescentes, a ser assegurado por meio da posse de objetos pessoais e uso das próprias roupas:

35. A posse de objetos pessoais é um elemento básico do direito à privacidade e é essencial ao bem-estar psicológico do adolescente. O direito dos adolescentes possuírem objetos pessoais e disporem de lugares adequados para os guardar deve ser integralmente reconhecido e respeitado.

36. Na medida do possível, os adolescentes devem ter o direito a usar as suas próprias roupas. Os estabelecimentos devem assegurar que cada adolescente tenha roupa pessoal adequada ao clima e suficiente para manter em bom estado de saúde e que, de modo algum, seja degradante ou humilhante. Os adolescentes que saiam do estabelecimento ou que, por qualquer razão sejam autorizados a abandoná-lo, devem ser autorizados a usar as suas próprias roupas.

Nos relatórios das inspeções, a única referência à permissão de posse de objetos pessoais ocorreu na ala feminina para adolescentes do Hospital André Luiz de Garça – SP, indicando “dormitórios coletivos [...] com dois armários por quarto e com prateleiras individualizadas para uso”.

Quanto às(aos) demais adolescentes encontradas(os) na Inspeção Nacional, enquanto umas(uns) não tinham sequer direito de manter pertences próprios mínimos, outras(os), quando não estavam descalços, podiam usar apenas chinelos. O aspecto sectarista da psiquiatria hospitalocêntrica talvez apareça simbolicamente com mais vigor na massificação das roupas, na proibição de caracterização e da construção da identidade, tão fundamentais durante a adolescência. É o que encontramos nos relatos a seguir.

[... as(os) adolescentes não dispõem de armários para guardar seus pertences, tão pouco utilizam roupas individualizadas, mas sim, uniformes do hospital. O diretor clínico do hospital relatou que aboliram a roupa individualizada porque as(os) adolescentes faziam trocas que incomodavam os pais e geravam conflitos. [... Todas(os) utilizam roupas padronizadas, inclusive cuecas, e materiais de higiene disponibilizados

pelo hospital. As(Os) adolescentes relataram possuir, no máximo, foto ou Bíblia consigo. As(Os) usuárias(os) não podem utilizar tênis, de modo a todos calçar chinelos. Em questionamento, funcionárias(os) justificaram a medida como preventiva às tentativas de suicídio por meio do uso do cadarço, bem como para evitar o uso do tênis como artefato para heteroagressão. As(Os) adolescentes afirmaram o descontentamento com o uso exclusivo de chinelo, indicando que “não gostam” ou que “o pé fica gelado”. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR)

O fato de todas as roupas serem coletivas, inclusive as peças íntimas, com raras exceções (ala particular), foi confirmado na entrevista com a direção. (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP)

No relatório do CAIS Clemente Ferreira de Lins consta que todas(os) as(os) adolescentes utilizam vestimentas coletivas, adquiridas por doações ou confeccionadas no hospital. Segue o relato da organização da unidade masculina de adolescentes:

Na Unidade Masculina Adolescentes Dependência Química, as roupas que usam são fornecidas pelo Hospital. São roupas padronizadas, pois são todas muito parecidas. Na data da visita, os adolescentes estavam usando short e camiseta. Os adolescentes não são autorizados a ficar com nenhum objeto pessoal durante a internação, com exceção de chinelo e tênis. Os tênis ficam guardados num almoxarifado e somente são entregues a eles para realização de atividades no âmbito externo e no momento da alta. [... de acordo com a diretora da unidade [... os tênis e chinelos são guardados neste espaço “para não misturar e não causar conflito”. Os chinelos são utilizados diariamente. Não havia ninguém descalço. Os adolescentes não ficam com nenhum objeto pessoal e, por isso, não há armário destinado a guardar dos referidos objetos. (CAIS Clemente Ferreira, Lins – SP)

No que diz respeito a vestimenta, o CPJM fornece roupas e calçados para todos os internos, não disponibilizando nenhum local reservado para a guarda dos pertences. (Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira, João Pessoa – PB)

Os adolescentes são admitidos no hospital vindo acompanhados, em sua maioria, por assistente social do município, muitos dos quais com a roupa do corpo, demandando suporte familiar para acesso a roupas e materiais de higiene pessoal. [...] Conforme relato das pessoas entrevistadas, parte significativa dos adolescentes faz uso de roupas doadas, em razão da dificuldade dos familiares, seja por condições financeiras ou pela frequência de visitas. (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR)

À exceção das demais instituições, o Hospital Psiquiátrico São Pedro permite o uso de roupas próprias pelas crianças e adolescentes internados, limitando a oferta de vestimentas adquiridas por meio de doação ou uniformes àqueles que não disponham de roupas individualizadas. O relatório de inspeção aponta para as dificuldades de acesso à roupas limpas nos finais de semana, devido ao não funcionamento da rouparia. Ademais, destaca-se a desoneração do hospital quanto à higienização das roupas individualizadas, cuja responsabilidade recai sobre os familiares.

Dentre os hospitais destinados a adultos, mas com internação eventual de adolescentes, observou-se procedimento institucional semelhante, marcado pela disponibilização de roupas coletivas de doação ou uniformes, à exceção dos hospitais Fundação Sanatório Gedor Silveira (MG), Lopes Rodrigues (BA) e o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (SC), que possibilitam o uso de roupas pessoais, e da Pax Clínica (GO), onde recai sobre os familiares a função de disponibilizar as vestimentas às pessoas internadas.

Por fim, vale retomar a Constituição, a qual indica serem “invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação” (artigo 5º, X). Nessa temática, o Estatuto da Criança e do Adolescente assegura que o direito ao respeito consiste, entre outros, na “preservação da imagem” (artigo 17), e, no que tange à aplicação de medidas de proteção (como geralmente se pretende via internação psiquiátrica), no direito à privacidade: a promoção dos direitos e proteção da criança e do adolescente deve ser efetuada no respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da sua vida privada” (artigo 100, parágrafo único, V).

d. Direito ao lazer

Fotografia 64: Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR. A fotografia, tirada ao lado da quadra de esportes, mostra crianças e adolescentes descalços em momento de lazer.

Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.



Também previsto no ECA, o direito ao lazer é um direito a ser garantido também no interior do hospital psiquiátrico. Em outras palavras, deve ser oportunizado onde quer que a criança ou adolescente estejam. Não é essa, entretanto, a constatação das visitas aos hospitais psiquiátricos.

Inicialmente, convém fazer uma distinção entre a simples existência de espaços ou ambientes destinados à convivência e ao lazer e a oferta, propriamente dita, de atividades e ações institucionais com tal propósito.

Deve-se entender que o lazer proposto pela lei não é uma atividade qualquer, um mero dispositivo para passar o tempo. Atividades de lazer devem contribuir para o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes, no que se inclui, com relevo, a saúde, razão pela qual deve estar presente no Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Nesse sentido, neste Relatório Nacional, optou-se pela apresentação dos ambientes destinados ao lazer e à convivência a partir do seu efetivo usufruto.

Dentre os hospitais psiquiátricos visitados que recebem crianças e adolescentes esporadicamente, há descrição de atividades de lazer no Hospital de Saúde Mental do Acre, no Sanatório Nossa Senhora de Fátima e na Casa de Eurípedes. Como exemplo, segue o relato do que foi identificado no Hospital Psiquiátrico San Julian,

[...] a documentação apresentada indica a realização de atividades de lazer por meio de filmes selecionados pela equipe, esportes, jogos de mesa e vídeo-game. A unidade conta com [... área externa com quadra poliesportiva, orelhão com acesso controlado e mesa de ping-pong. [... as(os) adolescentes da unidade não possuem contato com as demais unidades, salvo quando vão à academia (apenas algumas(ns) são liberadas(os) a ir) e aos sábados, quando um grupo selecionado de usuárias(os) da ala Jelinek (destinada à internação de adultos com problemáticas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas), denominado “Anjos”, comparece à unidade para realização de atividade em grupo com as(os) adolescentes, momento marcado por relatos sobre as experiências de vida, dificuldades e tratamento. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR)

Embora o Projeto Institucional dessa entidade preveja certa variedade de atividades, as(os) adolescentes internadas(os) na ocasião não confirmaram os passeios:

O projeto institucional prevê a realização de passeios extra-hospitalares, de caráter educacional, cultural ou esportivo, destinados às pessoas internadas nas unidades Bion e Rached, sendo na primeira com frequência quinzenal ou mensal, e na segunda, sem periodicidade estabelecida. A coordenadora da unidade Rached informou haver passeios “com alguma frequência”. Em seu relato foram mencionados os seguintes passeios: teatro, circo, MON, jogo do atlético; pontuando que tais saídas contemplaram todas(os) adolescentes internadas(os). No contato com as(os) adolescentes não houve a identificação de passeios (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR)

A ala das(os) adolescentes do Hospital de Maringá conta com uma sala de TV, um pequeno pátio interno com piso e bancos de concreto, um saco de boxe, uma mesa de pebolim e cadeiras plásticas. Como parte da rotina institucional, as(os) adolescentes “são orientados a assistir TV” entre o horário do lanche da tarde e o jantar, o que dura cerca de duas horas. Ademais, são realizadas atividades esportivas e recreativas, conforme relato abaixo. Entretanto, chama atenção a percepção das(os) adolescentes entrevistadas(os), as(os) quais “não mencionaram participar de passeios, tão pouco estavam envolvidas(os) em outras atividades de lazer, cultura ou de escolarização”.

As atividades esportivas/recreativas têm, em média, a duração de trinta minutos a uma hora, e geralmente ocorrem às segundas, terças, quintas e sextas-feiras no pátio interno ou na área externa. As(Os) adolescentes têm atividades externas à unidade de internação duas vezes por semana, momento em que utilizam o pátio contíguo à ala masculina destinada às pessoas com transtornos mentais. (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR)

No Complexo Juliano Moreira, as(os) adolescentes também ficam nas áreas livres por cerca de duas horas nos períodos da tarde sem atividades de lazer direcionadas. Não há proposição de passeios externos a esse público.

Neste espaço destinado às(aos) adolescentes, há uma televisão na qual elas(eles) podem colocar a programação que querem assistir. As(Os) adolescentes também podem pedir às(aos) profissionais para que coloquem música. Há caixas de som acopladas ao teto das salas e quartos. No turno da noite, não fica ninguém no pátio. (Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira, João Pessoa – PB)

Tal como no hospital paraibano, o CAIS Clemente Ferreira não realiza passeios externos com as(os) adolescentes internadas(os) por uso de álcool e outras drogas. Projetos externos ao hospital são circunscritos à unidade infanto-juvenil neurológica, local em que “as(os) adolescentes se revezam na participação

das saídas para haver possibilidade de contemplar todos, de acordo com informações da equipe técnica”. Ambas as alas contam com um espaço para convivência ou recreação, caracterizado como “um espaço pequeno onde existe apenas aparelho de TV, uma mesa de ping-pong, uma outra mesa grande sobre a qual havia alguns jogos (como xadrez) e alguns bancos”.

No Hospital Psiquiátrico André Luiz, tanto a infraestrutura das alas quanto as proposições assistenciais sugerem discrepâncias entre o ofertado ao público feminino e ao masculino.

A ala adolescente feminina dispõe de “um espaço sem janela com um ventilador e com tapete e almofadas para TV/DVD com filmes que são doados e que as adolescentes escolhem qual vão assistir; Os passeios externos recreativos não são escolhidos por elas, são realizados a cada quinze dias em uma chácara ou em um lago. Eles são condicionados ao bom comportamento, se uma falhar na conduta, não acontece o passeio”.

No tocante às atividades de lazer, a ala das(os) adolescentes com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas é caracterizada pela limitação de atividades, com indicativo de aulas de judô, embora existam usuárias(os) ociosas(os) e sem a possibilidade de passeios externos ou acesso a outros espaços do hospital. A infraestrutura da ala, nas palavras da equipe de inspeção, revela-se precária e assemelha-se a uma “cadeia”.

A estrutura do local se assemelha muito a uma cadeia. Um pátio com muros altos, janelas altas com grades e sem cortinas. Não há nenhum banco ou cadeira para se sentar. Há apenas uma cadeira que fica em frente ao videogame, porém não é possível jogá-lo, pois a TV encontrava-se quebrada há mais de trinta dias. (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP)

A dimensão da ociosidade ou restrição de atividades de lazer às(aos) adolescentes foi, também, observada durante a visita na unidade infanto-juvenil do Hospital Psiquiátrico São Pedro, quando, na ocasião da visita: “[...] as(os) adolescentes estavam sem nenhuma atividade a não ser assistir televisão ou algum entretenimento proposto pelas(os) técnicas(os) de enfermagem”.

Nesse sentido, resta violado o direito ao brincar, expressão lúdica e etária do direito ao lazer. Segundo o ECA (artigo 16), o “brincar, praticar esportes e divertir-se” fundamentam o irrenunciável direito fundamental à liberdade. Logo, as práticas identificadas nos hospitais inspecionados violam, gritantemente e por mais uma via, o direito à liberdade.

Ademais, a Portaria nº 2.261, de 23 de novembro de 2005,²⁶ do Ministério da Saúde, impõe e regulamenta o funcionamento das brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação, as quais não foram verificadas nos hospitais psiquiátricos inspecionados.

e. Direito à liberdade de crença

Nota-se a presença de atividades religiosas nas instituições visitadas. O desenvolvimento espiritual é um direito previsto inclusive na Convenção sobre os Direitos da Criança, e a Constituição institui, no artigo 5º, como um direito fundamental

VI - é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias;

VII - é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva;

[...]

Os locais inspecionados que recebem o público infanto-adolescente, embora diversos no modo, limitam-se, basicamente à atividades religiosas católicas, evangélicas ou espíritas. Em algumas instituições, como o CAIS Clemente e o Hospital André Luiz, tais práticas estão incluídas na grade horária assistencial, embora não tenham cunho obrigatório. O Hospital de Maringá, por sua vez, informou não haver horários previstos na grade de atividades para a realização de cultos, missas ou outras formas de manifestação religiosa, sendo as práticas marcadas pela visita de voluntárias(os) de instituições religiosas. Em contrapartida, o outro hospital paranaense, San Julian, adota a prática de orações de cunho cristão antes do início das refeições na ala das(os) adolescentes, lembrando que o único objeto pessoal que tais usuárias(os) podem guardar consigo durante a internação é a Bíblia.

26 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html>>. Acesso em: 10 out. 2019.

6.4 DIREITOS SEXUAIS, DIREITOS REPRODUTIVOS E IDENTIDADE DE GÊNERO

Ao longo do século XX, no tocante aos direitos sexuais e direitos reprodutivos (DSDR), instâncias das Nações Unidas organizaram dez grandes Conferências, intituladas sobre População e Desenvolvimento, cujas primeiras foram mais ampliadas, a começar por Roma (1954). Entretanto, ao longo daquele século, o debate sempre esteve circunscrito ao lastreamento dos direitos sexuais aos direitos reprodutivos, estando aqueles contidos –ou diluídos– nesses. O Brasil, a partir da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento de 1994, no Cairo, foi protagonista nesta temática, especialmente quando o debate sobre os direitos reprodutivos incluiu o segmento adolescente, resultando, no relatório final, no apontamento para a relevância da vulnerabilidade e negligência dos direitos desse público nos serviços de saúde. Naquele momento, expunha-se para o mundo a plataforma institucional brasileira, que acumulava conquistas, desde a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, acerca do destacamento da dimensão sexual e sua indexação no campo dos direitos de liberdade. Essa Conferência traz, dentre outras, as recomendações algumas pertinentes ao Relatório:

- a. Encorajamento de um comportamento reprodutivo responsável e saudável;
- b. Que os programas e atitudes dos agentes de saúde não limitem o acesso das(os) adolescentes aos serviços e informações de que necessitam;
- c. Que os serviços resguardem o direito das(os) adolescentes à privacidade, confidencialidade, respeito e consentimento expresso;
- d. Respeitem os valores culturais e crenças religiosas, bem como os direitos, deveres e responsabilidades dos pais;
- e. Garantam mecanismos voltados para responder às necessidades peculiares dessa população, com a participação de ONGs e de movimentos organizados de adolescentes e jovens.²⁷

O protagonismo brasileiro se repetiu na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim (1995), na qual se deu maior visibilidade aos “direitos sexuais” de modo autônomo e na qual se definiu como importante diretriz “a prevenção das restrições de direito que favorecem a vulnerabilidade das pessoas”. A partir daí estabeleceu-se que a:

27 BRASIL. Ministério da Saúde. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0471_M.pdf>. Acesso em 10 out. 2019.

saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na auto-estima, que implica numa abordagem positiva da sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais.

Na Conferência descentralizada “Cairo +5” em 1998²⁸, intensificaram-se as vocalizações do campo dos agravos à saúde oriundos das práticas sexuais e reprodutivas, como as infecções sexualmente transmissíveis, em face do mediano esforço ao redor dos debates autonomistas de crianças e adolescentes. Em nível interno, uma forte lógica que se imprime a partir dos anos 2000 é do enfrentamento à violência sexual, comprometendo a ótica da violação como condutora das posições institucionais em torno do tema. Aos poucos, portanto, a ótica do dano ganha a dianteira em distância vertiginosa em relação à do desafio, isto é, do direito. Em outras palavras, as plataformas normativas²⁹ desenvolveram-se sob as narrativas da violação dos DSDR, e não de sua afirmação. Muito disso repercute nas práticas institucionais no campo da saúde e da saúde mental, incluindo o âmbito hospitalar. É assim que se vê nos relatos estaduais as condutas profissionais de coibição do exercício dos DSDR, tomando-os tão somente pela ótica da proibição, da falta de autonomia e da ausência de responsabilidade dos sujeitos crianças e adolescentes sobre seus próprios desejos. Embora sutis, tais manifestações presentes nos relatos informam um importante grau de violação de direitos humanos sexuais e reprodutivos, bem como à identidade de gênero.

Vale lembrar que, a despeito de o Brasil não produzir um significativo arcabouço legal especial especializado nos DSDR de crianças e adolescentes, e não obstante o país se destacar quanto à normatização de caráter

28 O Brasil participou das atividades que aconteceram em Santiago, Chile.

29 A exemplo da “Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” (Ministério da Saúde, 1999) e dos Planos (Nacional, Estaduais, Municipais e Distrital) de Enfrentamento à Violência Sexual de Crianças e Adolescentes (primeira versão, 2000), a “Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_5_28_SETEMBRO_2017.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

combativo e preventivo à violação de direitos, destaca-se a produção legislativa de inserção dos DSDR na agenda da atenção integral à saúde de crianças e adolescentes. Ainda que não esteja içado ao nível dos direitos de liberdade (DSDR como direitos de autonomia e autodeterminação sobre o próprio corpo), é expressiva a conquista oriunda do fortalecimento do marco regulatório dos DSDR no contexto dos direitos sociais. Vejamos.

Segundo o Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens, “a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos dessa população é uma questão de direitos humanos e propicia o pleno exercício do direito fundamental à saúde”. O documento traz as seguintes recomendações:

1. Construção e implementação de ações que assegurem a ampliação do conhecimento sobre corpo, sexualidade e saúde por adolescentes e jovens, com vistas a maior autonomia e vivência da sexualidade de forma segura, prazerosa e saudável, em todos os níveis de atenção, e com o envolvimento dos diversos sujeitos – gestores nacionais, estaduais, municipais e sociedade civil organizada.
2. Integração com outras políticas sociais na promoção da qualidade de vida e da construção de projetos de vida saudáveis, incluindo o lazer, os desportos, as atividades culturais, a educação e o trabalho.
3. Integração com outras instituições sociais na promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, como a família e escola, e outros espaços comunitários, fundamentais de para socialização, crescimento e formação de valores, com respeito à autonomia e aos direitos sexuais e direitos reprodutivos.
4. Produção de conhecimento sobre a vivência da sexualidade de adolescentes e jovens homossexuais, de ambos os sexos, e de suas necessidades específicas de saúde; e implementação de ações para garantir a atenção à saúde sexual destes grupos.

Ademais, a Nota Técnica nº 13, de 15 de janeiro de 2009 do Programa Nacional – DST/AIDS³⁰, do Ministério da Saúde, recomenda a ampliação do acesso a preservativos masculinos na rede de serviços de saúde do SUS.

30 BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 13/2009/GAB/PN-DST-AIDS/SVS/MS. Recomendações para ampliação do acesso aos preservativos masculinos na rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/system/tdf/legislacao/2009/notas_tecnicas_-_prevencao/nota_tecnica_13_2009_pdf_18964.pdf?file=1&type=node&id=51070&force=1>. Acesso em: 10 out. 2019.

Não obstante o vasto horizonte normativo internacional e nacional sobre os direitos sexuais e reprodutivos, sobretudo no contexto de promoção e proteção da saúde, chama a atenção o modo como as instituições inspecionadas lidam com o exercício desses direitos e a manifestação da identidade de gênero por durante a internação.

O Relatório estadual sobre o Hospital Psiquiátrico André Luiz assim informa:

A sexualidade é totalmente negada e proibida na instituição. Está expressamente proibida relações sexuais e visitas íntimas, por esse motivo não se fornece preservativos para as pessoas internadas, mesmo sendo informado que há muitas pessoas com DST. Segundo funcionárias se há manifestação desse tipo de afeto (beijo por exemplo) os funcionários chamam a atenção. Foi relatado pelo enfermeiro da Equipe que quando os pacientes se masturbam eles são medicados para que isso não ocorra, já que segundo o mesmo “aqui é para outros fins e não para se relacionar ou para isso”, indicando assim uma contenção química para que a masturbação e as relações sexuais não aconteçam. (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP)

O caráter proibitório foi averiguado, também, na Casa de Eurípedes. Relatou-se que “no momento da Inspeção foi visto [...] uma profissional dizer à paciente sobre a proibição de ficar ou namorar na instituição, estando [eles] sujeitos a advertências”. O relatório do Hospital Psiquiátrico Fundação Sanatório Gedor Silveira afirma que “não há oferta de preservativos, e a questão da sexualidade permanece como tabu entre os trabalhadores”.

No Hospital Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira os inspetores se depa-
raram com uma única adolescente internada junto com outros dez rapazes. A adolescente expressou a insegurança, constrangimento e a falta de privacidade a que está exposta, de acordo com o seguinte relatório:

Na ala de internamento para adolescentes, a única interna do sexo feminino, relatou na entrevista “medo” de ficar perto de outros meninos (no momento da Inspeção, ela estava internada numa ala onde tinha dez garotos e só ela de menina). A mesma relata que acorda várias vezes a noite, apesar de seu quarto ficar fechado, para que os garotos não entrem. Na hora do banho, sempre tem que falar com um profissional para que o mesmo fique na porta vigiando para que nenhum menino entre no banheiro. Afirmou que se quiser descansar, é preciso informar a um profissional para que “arrumem um canto”. Informou que seus objetos pessoais estão numa bolsa dentro do quarto no qual um adolescente do sexo masculino tem dormido, e que quando precisa de algo, informa a um

profissional para que ele pegue. O banheiro que tem utilizado também é dentro deste quarto. Quando precisa usá-lo, solicita a um profissional que fica na porta para não permitir a entrada de ninguém. (Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira, João Pessoa – PB)

Recorda-se que o artigo 227 da Constituição estabelece como dever da família, da sociedade e do Estado, com absoluta prioridade, colocar a salvo de toda forma de negligência e discriminação crianças, adolescentes e jovens. No aspecto da convivência respeitosa em meio à diversidade sexual e de gênero identificou-se ainda a falta de articulação com outros serviços de base comunitária e da proposição de ações relativas a saúde sexual e reprodutiva.

Não há articulação do hospital com equipamentos comunitários. Não constam no PTI ações voltadas para a especificidade do público LGBT, o que foi confirmado pela direção. A equipe relatou que há muita discriminação entre os adolescentes. Os próprios adolescentes se mostraram rígido quanto a não aceitação da diversidade, fatos esses que se faz estranhar a falta de um projeto conscientizador. (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP)

Encontramos os adolescentes trancados no quarto da enfermaria, o que foi questionado junto à(ao) profissional de enfermagem, sem retorno. Um dos adolescentes estava dormindo, outro relatou que dorme na enfermaria por motivação protetiva em razão da sua orientação sexual, e o terceiro adolescente relatou ter sido contido mecânica e quimicamente na noite anterior por conflito com educador social após recusar-se a participar da atividade de abordagem, indicada como obrigatória pela equipe de saúde. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR)

O adolescente encontrado na enfermaria nessa ocasião contou à equipe que preferia dormir nessa dependência administrativa, onde se sentiria mais protegido. Já no Hospital Psiquiátrico Fundação Sanatório Gedor Silveira verificou-se que, “no que tange à identidade de gênero, a direção do hospital afirma que há uma separação do grupo que se identifica com orientação homossexual e que os horários de almoço e janta são organizados em momentos distintos do restante do grupo com identidade heterossexual para que “não haja mobilização demasiada” do grupo”. O complexo tema sofre negligência no âmbito dos Projetos Terapêuticos Singulares. Nesse sentido, a organização do trabalho dos profissionais limita-se a arranjos de separação dos sujeitos, na intenção de evitar possíveis situações de violência.

O CAIS Clemente Ferreira, por seu turno, informou que todas as adolescentes faziam uso de anticoncepcional e, inclusive, havia disponibilização de

preservativos. Não foram encontradas, entretanto, “ações voltadas para o público LGBT” e, além disso, “não é permitido qualquer contato homossexual”. Essa instituição, ao contrário das demais, até parece reconhecer a possibilidade de que há, de fato, práticas sexuais, mas exclui a possibilidade da manifestação homoafetiva. Em contrapartida, cumpre problematizar se é assegurado o direito de escolha do método contraceptivo que melhor se adapta às suas necessidades, no bojo do planejamento reprodutivo.

Essas(es) jovens estão, portanto, sob a autoridade de instituições que lhes negam –por vezes, com punição –a livre manifestação de seus desejos e o exercício de seus direitos. Ao mesmo passo, as mesmas instituições impõem aos jovens a manifestação de performances heteronormativas. Essa dupla coerção evidencia um conjunto de condutas de inafastável violação de direitos humanos, acima relatadas.

6.5 OS DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES À EDUCAÇÃO E À QUALIFICAÇÃO PARA O TRABALHO

Fotografia 65: Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR. A foto abaixo mostra o que seria uma sala para estudos da instituição que, contudo, está trancada com cadeado.



Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.

A garantia do direito à educação tem vasto estofo normativo, a começar pelo ECA:

Art. 53. A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho.

Das oito instituições que informaram sobre a garantia do direito, nenhuma oferece acesso à educação formal a crianças e adolescentes internadas. Sete instituições inspecionadas não apresentaram informações. Apenas os dois hospitais paulistas – o Cais Clemente Ferreira e o Hospital Psiquiátrico André Luiz – apresentaram um parco conjunto de ações que se tentam assemelhar às relacionadas ao mundo escolar.

No relatório do hospital Cais Clemente Ferreira, cita-se a rotina das(os) adolescentes internadas(os) por uso de álcool e outras drogas:

O atendimento educacional apresenta diversos problemas. Segundo informado pelos adolescentes, não há atividades escolares diárias. Há um professor que frequenta a unidade, porém, não souberam precisar quantos dias ele efetivamente comparece. Nos dias em que o professor está na Unidade, os atendimentos são individuais, seletivos (apenas alguns adolescentes são chamados) e com duração variável, de quinze a cinquenta minutos. A atividade educacional consiste na cópia de pequenos textos e, em alguns casos, realização de operações matemáticas. (Cais Clemente Ferreira, Lins – SP)

Nota-se, no relato de profissionais e da direção destacado abaixo, ser comum a opção pela retirada do acesso a materiais lúdicos, objetos e pertences pessoais, como forma de minimizar conflitos no cotidiano hospitalar. Nesse sentido, a manutenção da “ordem” e da disciplina sobressai diante do papel de mediação, de abertura de espaços de negociação e de gerenciamento de conflitos que a equipe assistencial deveria assumir - na perspectiva de respeito às singularidades dos adolescentes e da assunção de estratégias voltadas ao seu desenvolvimento saudável.

Foram retirados dos dormitórios, inclusive os gibis, que eram permitidos nos finais de semana, pois eles rasgavam ou usavam para fazer rolinho e cheirar os remédios que eram amassados, conforme relato da enfermeira e Diretora do local. (Cais Clemente Ferreira, Lins – SP)

O PTI da unidade de moradias protegidas indica que algumas(ns) moradoras(es) frequentam “o projeto educacional EJA; o ensino fundamental; o ensino

médio e o Centro Esportivo-Cultural “Paulo Magalhães”, todos na rede municipal. Não é especificado o número de moradoras(es) que frequentam estes locais”. Contudo, não foi possível verificar o alcance de tais propostas às(aos) adolescentes institucionalizadas(os) no hospital. De todo modo, o próprio relatório estadual concluiu não haver a garantia do direito:

As(Os) adolescentes internadas(os) não frequentam a escola da rede de ensino formal. Há o atendimento educacional feito por uma(um) professora(or) no hospital, porém as atividades escolares não são diárias; os atendimentos são individuais, somente para algumas(ns) adolescentes e com duração variável. Desta forma, entende-se que o hospital não garante efetivamente o direito à educação às(aos) adolescentes, contrariando o disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente. (Cais Clemente Ferreira, Lins – SP)

No Hospital André Luiz, o projeto assistencial destinado ao público adolescente indicou a oferta de atividades em sala de aula, disponibilizada em parceria com o município de Garça. Na ala feminina verificou-se “uma sala de aula com várias carteiras, e uma estante contendo “livros e jogos”. Há, ainda, uma sala de computadores para jogos e digitação, cujo acesso está condicionado à presença da “professora”. As adolescentes referiram que a “sala de aula que se resume à leitura, cópia e interpretação de texto”. Na ala masculina, afirmou-se a permissividade do acesso a livros em determinados horários, “contudo, foi possível observar que, em maioria, somente havia bíblias, que eram levadas por familiares”. Já na ala particular do referido hospital, os relatos apontaram para o fato de os adolescentes ali internados não frequentarem escola. No local, avistou-se uma pequena biblioteca com livros disponíveis e computador, a qual estava trancada no momento da visita.

No que concerne à educação, o Hospital San Julian parece ter já procurado implementar um sistema de educação. Contudo, além de institucionalizante – pois desenvolvido no interior, e não fora da instituição -, tal sistema soçobrou justamente em razão dessa totalização a que visa a gestão do estabelecimento:

Dividem-se os adolescentes em grupos menores para a participação de atividades concomitantes com os diferentes profissionais. O diretor clínico do hospital referiu que já tentaram aplicar um “modelo escolar” na unidade de adolescentes, mas desistiram diante da baixa adesão e resistência à rotina escolar. Atualmente apostam em atividades guiadas como forma de evitar conflitos. [... Os adolescentes não frequentam a escola durante a internação, tampouco há atividades voltadas à escolarização. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR).

A equipe de Inspeção do Hospital Psiquiátrico São Pedro relatou:

Na unidade infanto-juvenil foi constatado o afastamento de atividades escolares durante o período de internação e a ausência de estímulo a atividades de educação formal no contexto das unidades, implicando em prejuízos para o aproveitamento escolar. (Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre – RS).

Já no Hospital Psiquiátrico Maringá, “não foram localizados livros, revistas, material escolar ou recreativo disponibilizados às(aos) adolescentes” e as(os) próprias(os) “adolescentes não mencionaram participar de passeios, tão pouco (sic) estarem envolvidas(os) em outras atividades de lazer, cultura ou de escolarização”. Também o Hospital Psiquiátrico Fundação Sanatório Gedor Silveira parecer ser dotado apenas de “uma pequena sala com livros descrita como biblioteca pelos trabalhadores. Contudo os usuários não têm acesso a este espaço, nem há profissional identificado responsável por esta”. A inspeção identificou ainda que “não há oferta de ações educacionais e atividades escolares para os pacientes, nem oferta de atividades ou apoio para o desenvolvimento profissional e/ou retorno ao mercado de trabalho”.

Definitivamente, a escolarização não é direito garantido ao público de crianças e adolescentes encontrado nos estabelecimentos inspecionados, o que infringe também a lei nº 9.394/1996³¹ (LDB) em seus artigos 4º e 5º.

Nas recomendações deste relatório serão apresentadas assertivas propositivas para a qualificação das políticas públicas pertinentes. Contudo, já se adianta que não serão sugeridas estratégias de garantia de educação formal no interior de hospitais psiquiátricos; assim como não o serão em nenhum estabelecimento de saúde, mesmo os não asilares. Isto por um motivo muito simples: estabelecimentos de saúde não têm condições de se qualificarem como espaços de educação formal.

Sobre a evidente impossibilidade de justaposição de equipamentos de saúde e de educação formal, vejamos o que preconiza o ECA em seu artigo 53:

Art. 53. A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício

31 BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9394-20-dezembro-1996-362578-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 10 out. 2019.

da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando-se-lhes:

I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;

II - direito de ser respeitado por seus educadores;

III - direito de contestar critérios avaliativos, podendo recorrer às instâncias escolares superiores;

IV - direito de organização e participação em entidades estudantis;

V - acesso à escola pública e gratuita, próxima de sua residência, garantindo-se vagas no mesmo estabelecimento a irmãos que frequentem a mesma etapa ou ciclo de ensino da educação básica.

A LDB reitera e detalha os itens a partir de seu caráter normativo especial, inserido no contexto educacional, prescrevendo que a educação formal é muito mais do que o mundo escolar; e este, por sua vez, é muito mais complexo do que a breve transmissão de informações técnicas isoladas no diálogo professor-aluno. A educação formal desdobra-se em diversos direitos inseridos no processo de garantia do direito à educação. Direitos descumpridos, no interior de um estabelecimento de saúde. Razão não há, portanto, em sopesar o nível de descumprimento, mas revelar a integral violação do direito à educação, porquanto o caráter asilar define-se –e, ao que se inspecionou, concretiza-se –pelo completo divórcio da instituição com o mundo exterior.

O que se denota na Inspeção Nacional não é apenas o descumprimento dos deveres de garantia da educação formal, mas sua completa inviabilidade, pela natureza própria do estabelecimento e, por consequência, da internação psiquiátrica executada.

Em outras palavras, e por extensão do raciocínio empregado até o momento, a educação é direito a ser garantido em meio comunitário, pois, não se constituindo apenas de professores e sala de aula, a política educacional tem por objetivo assegurar a sociabilidade, o desenvolvimento de habilidades diversas, a relação com o bairro onde se localiza a escola, a proximidade afetivo-territorial, entre outros.

Os direitos à educação e à profissionalização e à qualificação para o trabalho constituem-se como dimensões do desenvolvimento infanto-juvenil. Ambos os direitos, assegurados pela Constituição e pelo ECA, primam pelo processo de desenvolvimento de crianças e adolescentes, visando o efetivo exercício da cidadania. No que tange ao trabalho, a legislação vigente estabeleceu a possibilidade de empregabilidade de adolescentes a partir dos quatorze anos, na condição de aprendiz.

O parágrafo 1º do artigo 68 do ECA define, ainda, qual é o sentido de um trabalho na adolescência: “Entende-se por trabalho educativo a atividade laboral em que as exigências pedagógicas relativas ao desenvolvimento pessoal e social da(o) educanda(o) prevalecem sobre o aspecto produtivo”. A própria lei, portanto, perfila o caráter educacional do trabalho da(o) adolescente e delimita o que é exigível a essa(e) jovem.

Dedicamos um capítulo deste Relatório Nacional especificamente para tratar das atividades de trabalho desempenhadas pelas pessoas internadas nas instituições inspecionadas (vide capítulo 5). Em síntese, identificou(aram)-se usuárias(os) inseridas(os) em atividades de apoio à manutenção do hospital e de cuidado de outras pessoas internadas, o que se relaciona com o contexto de insuficiência de funcionários, ociosidade e ausência de projeto terapêutico. Soma-se a isso a existência de atividades obrigatórias no cotidiano hospitalar, exercidas essencialmente pelas pessoas internadas por uso de álcool e outras drogas.

As proposições assistenciais destinadas aos usuárias(os) de álcool e outras drogas merecem destaque. Isto porque se verificou semelhanças entre as práticas institucionais voltadas ao público adolescente e ao público adulto nos estabelecimentos inspecionados.

Em três³² hospitais visitados foram constatadas atividades de “apoio” à rotina de manutenção institucional realizadas pelas(os) adolescentes internadas(os) por uso de álcool e outras drogas. Tratam-se, em suma, de atividades de limpeza.

Entre as(os) adolescentes, os relatos indicam que recai sobre a responsabilidade das(os) usuárias(os) internadas(os) somente a dispensa da sobra de alimentos no lixo e ajudar na limpeza do refeitório. Verificou-se parte da escala de limpeza diária fixada na sala destinada às refeições da ala, com identificação nominal de cada adolescente internado em esquema de rodízio. Entretanto, de acordo com as pessoas entrevistadas, a maioria dos usuários não as cumpre. [...] A rotina de limpeza das unidades de internação vinculadas ao SUS conta com apoio dos usuários internados, responsáveis por retirar o lençol, empurrar o carrinho e limpeza e levar o balde. (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR)

32 Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR); Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR) e Cais Clemente Ferreira (Lins – SP).

Há, ainda, atividade voltada às normas e combinados, artesanato e período semanal com duração de 1 h 30 min para realização da Comissão de Limpeza, com a participação de dois adolescentes de cada enfermaria. [...] Como atividade diária, eles são obrigados a arrumar as camas e também a lavar a louça em dias determinados. (Cais Clemente Ferreira, Lins – SP)

A limpeza do piso do dormitório é feita por escala, sendo que a limpeza dos outros lugares é condicionada a vontade de cada uma. (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP)

A obrigatoriedade de realização de atividades de apoio à manutenção institucional também foi apontada no relatório do Hospital San Julian. Especificamente neste hospital, os adolescentes, tais como os adultos, são inseridos em “Comissões”, por meio das quais se objetiva, de acordo com o hospital, “maior integração do paciente ao meio terapêutico e estimular a responsabilidade, a sociabilidade, o respeito, a pontualidade, as funções mentais e a tolerância”.

Conforme o relatório inspecionário, a rotina dos adolescentes é rígida e estruturada. Afirmou-se que todos são responsáveis por arrumar as próprias camas e que “tais usuários indicam saber da obrigatoriedade de participar das Comissões, da atividade de abordagem verbal e grupos, bem como sobre a possibilidade de escolher dentre as propostas de teatro, coral, academia, etc”.

No caso dos adolescentes, foi relatado que as atividades são desempenhadas diariamente através das Comissões e que os usuários ganham “pontos” de acordo com sua rotina, comportamento e ações. Conforme já exposto ao longo deste relatório, as atividades laborais compõem o Projeto Técnico Institucional do hospital e o Plano Terapêutico Singular dos usuários, sendo seus efeitos presumidamente terapêuticos, uma vez definidos, a priori, pelas características de cada atividade. De acordo com a direção do Hospital “quanto mais atividade, menos tempo para brigas, menos tempo de estranhamento, e ainda se cria uma função/responsabilidade aos internos”. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR)

Nota-se aqui, mais uma vez, uma lógica de recompensas e barganha institucional para a ocupação do tempo, agora voltada aos adolescentes internados.

A coordenadora informou, ainda, haver um sistema de computação de pontos para cada adolescente. Quando estes atingem duzentos pontos ganham um “lanche especial” e quando atingem quatrocentos pontos uma “surpresa TOP”, que poderia ser uma aula de luta, um passeio, sair para comer algum lanche fora, etc. No contato com os usuários, foi dito por um

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

adolescente que ele já tinha passado dos duzentos pontos e até então não tinha ganhado nada. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR)

Durante a visita neste hospital a equipe deparou-se com um adolescente atuando na Comissão de Higiene, após o almoço, com a responsabilidade de porcionar a pasta de dente nas escovas, entregá-las a cada usuário e certificar-se da devolução após a escovação. Há outras seis comissões destinadas ao público adolescente, a saber: i) *banho*: dois usuários responsáveis por arrumar o kit banho (sabonete e xampu); ii) *copa*: três usuários ajudam a servir a comida nas refeições, organizam a fila, recolhem bandejas; iii) *telefone*: dois usuários organizam a fila e tempo dos telefonemas; iv) *gibi*: dois usuários carregam a pasta e caixa de gibis; v) *coleta*: dois usuários ajudam a recolher lixo da clínica e da grama; e vi) *apoio*: dois usuários responsáveis pelo apoio na organização das cadeiras na sala de atividades coletivas, pela secagem de copos/canecas, etc.

Não se poderia, absolutamente, nominar atividades feitas para a manutenção da instituição como um direito ao trabalho, tampouco considerá-las atividades que favoreçam o desenvolvimento profissional dos adolescentes, visando à inclusão produtiva das pessoas internadas.

Registramos, mais uma vez, que não se pretende sugerir aqui que hospitais psiquiátricos ofereçam educação formal, trabalho ou profissionalização para seus internos. Muito pelo contrário, preconizam-se internações de curta permanência, cuja reabilitação ou tratamento hospitalar tenha por finalidade a articulação com os serviços e recursos comunitários, voltadas efetivamente à reinserção familiar e comunitária e à qualificação profissional, no território. Para tanto, é fundamental que Estado brasileiro, nas suas diversas instâncias, priorize a implementação e fortalecimento de serviços de atenção psicossocial territorial, adequados às necessidades infantojuvenis, e apoie a integração das redes intersetoriais.

Sendo assim, recomenda-se a extinção das distintas práticas que envolvam o uso da força de trabalho de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos.

Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.



6.6 MEDICAÇÃO EXCESSIVA, CONTENÇÃO MECÂNICA E A ELETROCONVULSOTERAPIA

Fotografia 66: Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre – RS. Esta foto, tirada na enfermaria clínica da instituição, mostra um armário cuja base encontra-se bastante danificada pela ferrugem. Através do vidro, podem-se ver medicamentos dispostos desorganizadamente.



O ECA estabelece que liberdade e dignidade são condições para o exercício de todos os direitos fundamentais (artigo. 3º). A seguir, inclui o direito ao respeito, formando a triade de direitos (liberdade, respeito e dignidade) que exige que crianças e adolescentes devam estar a salvo de “de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor” (artigo. 15).

É nesse contexto de exigibilidade dos direitos humanos que iniciaremos a apresentação deste item com a discussão acerca do isolamento e da aplicação de outras medidas disciplinares, com fins de castigo ou punição, à crianças e adolescentes internadas nas instituições inspecionadas.

Não obstante o isolamento constituir prática proibida em hospitais psiquiátricos (conforme apresentado no capítulo 3), foi ele identificado no Hospital André Luiz, no Hospital Psiquiátrico de Maringá, no Hospital Psiquiátrico San Julian, no Complexo Juliano Moreira e no Cais Clemente Ferreira, conforme trechos reproduzidos abaixo.

Quando da chegada ao local, adentrou-se nos quartos, e notou-se que em um deles havia porta reforçada com ferro e tranca pelo lado de fora. Segundo os profissionais presentes, aquele quarto era a Unidade de Cuidados Especiais (UCE), que servia para observar o comportamento dos adolescentes quando estes estavam em crise ou com algum problema de saúde que necessitasse observação da equipe profissional, visto que havia um buraco na parede do quarto interligado diretamente à sala dos profissionais. Em diálogo com os adolescentes, relataram que este quarto seria o quarto para o castigo, e que iria pra lá quem “aprontasse”. Relataram também que quando há brigas, ou tentativas de fuga, os envolvidos chegam a ficar de três a cinco dias presos na UCE. (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP)

[... alguns adolescentes relataram que em caso de conflito e/ou agitação, são obrigados a permanecer 24 horas no quarto de observação ou no próprio dormitório, isolados, e a fazer as refeições sozinhos. Caso exista oposição à restrição, são contidos (amarrados à cama) entre uma e duas horas. Em alguns casos, além da contenção mecânica, também são ministrados medicamentos. Desta forma, cabe avaliar se a contenção tem sido utilizada com propósito de disciplina, punição ou coerção em casos de conflitos. (Cais Clemente Ferreira, Lins – SP)

Encontramos os adolescentes trancados no quarto da enfermaria, o que foi questionado junto a profissional de enfermagem, sem retorno. Um dos adolescentes estava dormindo, outro relatou que dorme na enfermaria por motivação protetiva em razão da sua orientação sexual, e o

terceiro adolescente relatou ter sido contido mecânica e quimicamente na noite anterior por conflito com educador social após recusar-se a participar da atividade de abordagem, indicada como obrigatória pela equipe de saúde. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR)

O acesso ao banheiro pelos adolescentes durante o dia é livre, mas à noite todos são direcionados aos quartos e as portas são trancadas, conforme relato dos usuários, comprometendo o acesso ao banheiro e à equipe técnica. Tal prática pode ser configurada como isolamento, o que é proibido pela Portaria GM/MS n. 251/2002, devendo ser imediatamente extinta pelo hospital. (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR)

Ainda, segundo os adolescentes internados, um deles afirmou que já ficou trancado, fato que os outros dois entrevistados confirmaram, mas justificaram o fato dizendo que “quando fica em surto, é comum ficar trancado”. Esse isolamento na maioria das vezes é acompanhado de falta de água para beber e do intenso calor que o quarto promove. (Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira, João Pessoa – PB)

Pelos exposto acima, verifica-se a preponderância de relatos de isolamento em unidades com adolescentes internados por uso de álcool e outras drogas.

A existência de espaços de isolamento também foi apontada em outros dois hospitais inspecionados, onde se verificou a internação do público infanto-adolescente de forma esporádica, a saber: Hospital de Saúde Mental do Acre e Casa de Eurípedes.

Além do isolamento, situações de violência e desrespeito a crianças e adolescentes foram identificadas em dois hospitais que também internam adultos:

Durante a inspeção irregularidades foram constatadas pelas equipes técnicas como paciente em quarto de isolamento totalmente insalubre com relatos de maus tratos, pacientes com narrativas de agressão [...]. No momento foi identificado adolescente internado na ala de adulto o que contraria o Estatuto da Criança e do Adolescente. (Hospital Espírita Eurípedes Barsanulfo, Goiânia – Goiás)

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

No Hospital André Luiz também foram identificadas práticas (castigo por “mau-comportamento”) com indícios de tortura dirigidas às(aos) adolescentes tanto da ala feminina quanto da masculina:

A contenção mecânica é aplicada, segundo as adolescentes, quando não aceitam ir para o confinamento no apartamento ou na UCE. Com auxílio de dois ou três homens são contidas e amarradas com faixas nos pés, braço e medicadas imediatamente com fenegan, diazepam. [...] As duas adolescentes que tentaram fugir, permaneceram quatro dias no isolamento. (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP)

[...] quando há fuga ou algo de gravidade semelhante, elas(eles) (adolescentes) ficam de uma a duas semanas, sem direito a visita, ligação, ou qualquer saída, como ir à aula ou ainda passar pelo atendimento da equipe; o almoço é levado no quarto, e fica disponível um galão com água. A saída deste quarto vai depender do comportamento apresentado pela(o) jovem lá dentro. Em relação às fugas, há bastante tentativas e algumas delas acabam bem-sucedidas. (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP)

Cabe ressaltar que a Unidade de Cuidados Especiais (UCE) constitui-se, também, como local de alojamento das(os) adolescentes na admissão da internação, de onde saem após liberação médica, “o que ocorre somente na sexta-feira, dia em que esta comparece no hospital. Assim sendo, há casos de permanência de vários dias nesse local”.

São diversas as situações de violência a que estão expostos as(os) adolescentes internadas(os) nas instituições visitadas:

Descreveram que a revista que é feita na entrada, há uma necessidade de tirar os shorts. Um deles afirmou que as enfermeiras respondem com “abuso” quando eles pedem para falar com a assistente social. (Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira, João Pessoa – PB)

[...] foi citado por um adolescente, que “na base de uma brincadeira”, por um funcionário, foi usada a palavra ‘neguinho’ para um negro. “Às vezes um adolescente é ‘zuado’ (sic), mas ninguém sabe se ele é homossexual”. (Cais Clemente Ferreira, Lins – SP)

Algumas(ns) adolescentes referiram situação ainda mais grave, marcada pela experiência de violência policial no contexto de internação, associada à contenção mecânica indevida e medicalização excessiva pela equipe do hospital. (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR)

Notória, assim, a violação do direito à dignidade na medida em que a internação não apenas não garante direitos –pois inviabilizados os direitos à liberdade e ao respeito –mas ainda expõe os mais jovens a contextos desumanos, violentos, aterrorizantes, vexatórios e constrangedores. A dignidade também é violada no âmbito da LBI, que define que, em especial, crianças e adolescentes serão protegidas(os) “de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, tortura, crueldade, opressão e tratamento desumano ou degradante” (artigo 5º). Trata-se da produção de ciclos de violência institucional que, ao reverberar nas(os) internas(os), são reprodutores do circuito de violação de direitos.

Seja registrado que o gênero e a idade são variáveis fundamentais para o escalonamento de prioridades que a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência propõe, estando nesse rol especial, portanto, o segmento de crianças e adolescentes:

os Estados-Parte adotarão leis e políticas efetivas, inclusive legislação e políticas voltadas para mulheres e crianças, a fim de assegurar que os casos de exploração, violência e abuso contra pessoas com deficiência sejam identificados, investigados e, caso necessário, julgados (artigo 16, ponto 5).

Com relação à contenção mecânica, praxe das internações hospitalares verificadas na Inspeção, cumpre salientar que deve ela se orientar pelas determinações objetivas constantes da Resolução CFM nº 2057, de 2013 e Resolução COFEN nº 427, de 2012. As resoluções condicionam a realização da contenção física à prescrição médica e à presença de enfermeiro supervisor, quando fora do ambiente de urgência, além de exigirem registro nos prontuários e notificação imediata aos familiares. Ambas as normas informam a imperiosidade de não se realizar a contenção física para fins de castigos, correção ou punição. Não deve ter, portanto, finalidade disciplinar. Contudo, os relatos a seguir demonstram a ocorrência do contrário, em latente violação de direitos humanos.

Durante o momento da inspeção, uma adolescente de dezessete anos chegou em surto, trazida pelo SAMU e foi contida mecanicamente, por uma técnica em enfermagem, de forma inadequada e sem a prescrição médica. (Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC).

Conforme observou-se, há prescrição médica de contenção. Todavia, a prescrição é feita previamente. Nos prontuários de alguns adolescentes consta, além da prescrição da medicação, a prescrição da contenção, “caso

se mostre necessária”. Há anotação no prontuário da realização da contenção e também do acompanhamento. (Cais Clemente Ferreira, Lins – SP)

Por meio da análise que fez dos prontuários das(os) usuárias(os), a equipe de visita verificou que o adolescente submetido a uma sessão de ECT na ocasião da visita ao hospital, também foi submetido diversas vezes à Contenção Mecânica, que aparece nos prontuários por meio da sigla “CM” e à contenção química, identificada pelo uso da sigla “SOS”. Verificou-se a aplicação de contenção mecânica sem prescrição médica em duas ocasiões e a ausência de registro sistemático de monitoramento pela equipe de enfermagem na maioria das vezes em que o adolescente estivera contido. [...] Há registro de uso de medicação “SOS” justificada por quadro de insônia do adolescente, sugerindo o emprego de contenção por conveniência da equipe de enfermagem circunstancialmente. Ademais, chama atenção o emprego da medicação de urgência/emergência em plantões noturno de determinados profissionais, o que sugere fiscalização do Conselho de Enfermagem a fim de averiguar possíveis abusos. (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO).

As(Os) adolescentes (da ala infanto-juvenil neurológica) estavam em sua maioria contidos mecanicamente, e aparentemente bastante medicadas(os). Segundo a equipe, as contenções mecânicas tem como principal função evitar riscos de queda. (Cais Clemente Ferreira, Lins – SP)

Percebe-se que, de modo geral, não há cumprimento dos normativos de saúde sobre contenção mecânica. Há, ainda, relatos de que as instituições realizam práticas cruéis, desumanas e degradantes por meio da aplicação da contenção. Menciona-se os exemplos do Hospital Psiquiátrico de Maringá, cuja narrativa indica suspeição de tortura, do Hospital San Julian, que dispõe de uma “camisa-de-força de leito” confeccionada para contenções mecânicas de adolescentes, e do Complexo Juliano Moreira:

Houve quem relatasse que, quando já contido, um dos profissionais de enfermagem subiu na cama e, pisando nos braços do adolescente, evocou: “Ah, seu filho de uma égua”. Outro adolescente, que tem balas alojadas pelo corpo, referiu ter sido agredido por um profissional de enfermagem, que apertou tais locais, propositadamente, enquanto realizava o procedimento de contenção, causando-lhe dor. Alguns destacaram, ainda, o uso prolongado da contenção mecânica –com duração “a noite toda” –ocasionando dores no corpo e dificuldades para dormir. (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR)

A contenção mecânica é aplicada, segundo as(os) adolescentes, quando não aceitam ir para o confinamento no apartamento ou na UCE (Unidade de Cuidados Especiais). (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP)

O contexto de uso punitivo da contenção foi também verificado na unidade Rached. Um adolescente fora contido mecânica e quimicamente na noite anterior, pois recusava-se a participar de atividade prevista na grade horária da ala. O usuário mordeu o disciplinador após conflito com o profissional, que o forçava a dirigir-se para o local da atividade. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR)

Na entrevista com um dos adolescentes, o mesmo afirmou que já foi amarrado com força com uma “faixa de pano”, porque se envolveu em uma briga. Outros disseram que tal fato ocorre nessas situações de confusão, e os apoiadores os amarram e a enfermeira “vem e dá uma injeção”. Não sabem qual medicamento que é aplicado, e que eles soltam quando a pessoa dorme e que essa pessoa fica trancada no quarto sozinha. Ainda sobre os medicamentos, relataram que ontem um paciente ficou com o “pescoço torto” e a médica veio e tirou o “remédio azul”. (Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira, João Pessoa – PB)

Do mesmo modo que encontramos um uso inadequado da contenção mecânica, a liberdade dos sujeitos, de maneira geral, é comprometida no processo de hospitalização. Nesse sentido, comumente o uso da contenção mecânica as instituições visitadas é sucedido da aplicação de medicamentos com efeitos tranquilizantes ou sedativos.

É nesse contexto que encontramos o uso não racional de medicamentos pelos hospitais psiquiátricos com crianças e adolescentes internadas(os).

Tem-se discutido o uso excessivo de medicamento para crianças e adolescentes nos variados contextos de vida e cotidianos. Com grande tendência a categorizações patológicas, tudo é reputado como doença, o que, por conseguinte, enseja a produção e oferta do respectivo remédio. Sentimentos diversos são nosologicamente enquadrados como depressão, agitação ou hiperatividade. É o que revelava a publicação do homônimo Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil, realizado pelo Ministério da Saúde (2014). Essa dinâmica parece se intensificar nos Hospitais Psiquiátricos. Em razão disso, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), na Resolução n. 177, de 11 de dezembro de 2015, manifestou-se que:

Art. 4º Os órgãos e entidades que integram o Sistema de Garantia de Direitos deverão prevenir a ocorrência de violação dos direitos da criança e do adolescente decorrentes da excessiva medicalização, tendo como ações, dentre outras, a promoção de campanhas educativas e debates para a divulgação do direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de excessiva medicalização.

Neste sentido, ressaltamos as principais irregularidades detectadas em torno do uso excessivo de medicações pelas crianças e adolescentes internadas(os) nos hospitais psiquiátricos inspecionados:

Na ala das(os) adolescentes, as pessoas entrevistadas afirmaram o uso indiscriminado e punitivo da medicação (via endovenosa), nas situações consideradas inadequadas pelos profissionais, tais como os usuários conversarem entre si quando estão deitados nos intervalos ao longo do dia. De acordo com as(os) adolescentes, “qualquer coisa, já vêm com injeção”. [... Durante a visita observamos outro adolescente visivelmente dopado, que necessitou de ajuda de um colega para se levantar na quadra poliesportiva, pois estava bastante sonolento, com a fala desconexa, e pouco tempo depois estava dormindo. O tratamento medicamentoso foi, em geral, visto como excessivo. (Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR)

Há registro de uso de medicação “SOS” justificada por quadro de insônia do adolescente, sugerindo o emprego de contenção por conveniência da equipe de enfermagem circunstancialmente. (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO)

(Adolescente) Questionada sobre os medicamentos, afirmou: “Já tomei remédio que só a mulesta” (sic). Relatou que não sabe quais são os remédios que toma nem para que servem. A cuidadora quem lhes entrega, e o próprio hospital os fornece. (Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira, João Pessoa – PB)

Convém avaliar, inclusive, em nova oportunidade de visita de órgãos fiscalizadores, eventual uso excessivo de medicações no período noturno para maior controle sobre as pessoas internadas. Na ala das(os) adolescentes, as pessoas entrevistadas afirmaram o uso indiscriminado e punitivo da medicação (via endovenosa), nas situações consideradas inadequadas pelas(os) profissionais, tais como as(os) usuárias(os) conversarem entre si quando estão deitadas(os) nos intervalos ao longo do dia. De acordo com as(os) adolescentes, “qualquer coisa, já vêm com injeção”. (Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR)

Foi relatado pelo enfermeiro da Equipe que quando as(os) pacientes se masturbam elas(eles) são medicados para que isso não ocorra, já que segundo o mesmo “aqui é para outros fins e não para se relacionar ou para isso”, indicando assim uma contenção química para que a masturbação e as relações sexuais não aconteçam. (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP)

Verifica-se, portanto, que diversos tipos de irregularidade relacionada à medicação em todos os hospitais psiquiátricos que internam crianças e adolescentes. Em alguns deles, há uso evidente de medicamento como forma de punição. Na lógica do uso não racional, a medicação passa a ser uma estratégia de contenção (invasiva) de comportamentos e não necessariamente de finalidade terapêutica. No Hospital Psiquiátrico São Pedro, por sua vez, constatou-se o “controle precário tanto do estoque quanto da dispensação e a presença de medicamentos vencidos na Enfermaria Clínica e na unidade infanto-juvenil”.

Com relação ao uso da eletroconvulsoterapia (ECT) - analisado com mais detalhes no capítulo 3 - cumpre-nos aqui discorrer sobre seu uso especificamente em adolescentes. Dentre as experiências verificadas, identificamos a presenciada pela equipe inspecionária da Pax Clínica, do estado de Goiás:

Esse caso merece toda a atenção. Após a realização do procedimento de ECT a equipe de visita se dirigiu ao Posto de enfermagem do local onde é aplicado a ECT, para solicitar seu prontuário. Um dos membros da equipe informou que achava que ele já tinha dezoito anos. No entanto, ao solicitar acessar seu prontuário, verificou-se que ele havia nascido em 2001, mas estava registrado lá que tinha dezesseis anos. De todo modo, com dezesseis ou dezoito anos, ele ainda é considerado um adolescente pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), lei n. 8.069/1990, não deveria estar internado com adultos e precisava de autorização para que o procedimento fosse realizado. (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO).

Resgatando o que discutido no Capítulo 3, lembremos que para a realização da ECT é indispensável o prévio consentimento daquele que receberá a intervenção e não há consenso técnico e científico a respeito de sua utilização. Por tais razões, o relato abaixo é de extrema gravidade, no qual se verificou o uso da ECT em um adolescente, sem seu prévio consentimento ou de seu responsável legal:

[...] Na análise de seu prontuário verifica-se ainda que foi registrado o pedido de autorização por parte da assistente social, no dia 09/11/2018, no entanto o familiar que está designado como seu responsável, só tem sua presença registrada na Pax Clínica no dia 13 novembro 2018, um dia após

a aplicação da primeira sessão de ECT recebida pelo adolescente. E, além disso, não há documentação comprobatória no prontuário de saúde que ateste consentimento do adolescente e/ou de seus familiares quanto a realização de tal procedimento. Isso configura uma grave violação dos direitos desse adolescente (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO).

Ademais, destaca-se que o adolescente em questão estava em internação involuntária, condição incompatível, segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), com a aplicação da ECT:

No prontuário do usuário adolescente consta, ainda, que se encontrava internado involuntariamente desde o dia 09 de outubro 2018 e teria começado a receber sessões no dia 12 de novembro 2018, ou seja, aproximadamente um mês após sua entrada na clínica e, num contexto de investigação diagnóstica de outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física, associados ao quadro psicótico. No dia da visita da equipe o adolescente estava recebendo a décima sessão de ECT. (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO)

Sobre a incompatibilidade entre a internação involuntária ou compulsória e a ECT, o artigo 19 da Resolução CFM nº 2.057, de 2013, é claro:

Art. 19. A neuropsicocirurgia e quaisquer tratamentos invasivos e irreversíveis para doenças mentais não devem ser realizados em pacientes que estejam involuntária ou compulsoriamente internados em estabelecimento de assistência psiquiátrica, exceto com prévia autorização judicial, obedecendo ao prerequisite de fundamentação mediante laudo médico. § 1º Nos demais casos, segundo os ditames da Lei nº 10.216/01 e do Código de Ética Médica, deverão ser precedidos de consentimento esclarecido do paciente ou de seu responsável legal e aprovação pela Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina, homologada por seu plenário.

Por fim, cabe ressaltar que a aplicação de ECT em adolescentes, relativizada pelo CFM, é contra indicada pela Organização Mundial de Saúde,³³ que recomenda aos países a formulação de legislação que proíba tal prática.

A equipe de inspeção que testemunhou a aplicação da ECT no adolescente em

33 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Livro de Recurso da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: cuidar sim, excluir não. 2015. p. 14. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf>. Acesso em: 15 out. 2019.

Goiás, relatou seus efeitos adversos, bem como detalhes em seu prontuário:

Esse paciente adolescente foi visto pela equipe de visita deambulando nos corredores da ala onde foi aplicado a ECT, aproximadamente uma hora após a aplicação de ECT, desorientado, babando, falando com dificuldade, letárgico e não soube dizer quem era ou quantos anos ele tinha. Apenas se dirigiu a um dos membros da equipe que, nesse momento, estava na porta de saída dessa ala, esperando alguém abrir a fechadura e disse: “Eu quero ir para casa” (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO).

Evidentes as graves irregularidades constatadas na visita à instituição supracitada, dentre as quais destacam-se: internação em ambiente compartilhado com adultos; aplicação de procedimento invasivo sem consentimento livre e esclarecido da(o) usuária(o), sem autorização da(o) responsável legal e em situação de internação involuntária, o que contraria normativos da própria classe médica. Não obstante, num cenário em que há controvérsias sobre o uso seguro da ECT, no que diz respeito à indicação diagnóstica, eficácia e efeitos colaterais, não se justifica a sua aplicação em casos de investigação diagnóstica. Além disso, nas palavras da OMS, “*não há nenhuma indicação para o uso de ECT em menores e, conseqüentemente, ela deve ser proibida por legislação*”.³⁴

Nesse sentido, cumpre ressaltar a omissão da legislação nacional que assegure a proibição do uso de ECT em crianças e adolescentes, de modo a protegê-las(los) em sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, de tratamentos cruéis, desumanos e degradantes. É esse um princípio basilar do Estatuto da Criança e do Adolescente, pois se reúnem nele todos os atributos que distinguem esse ciclo de vida dos demais. Crianças e adolescentes são diferentes de adultos porque se encontram nessa condição, o que lhes confere especial proteção, inclusive diante de práticas oriundas do campo da saúde.

34 Id.

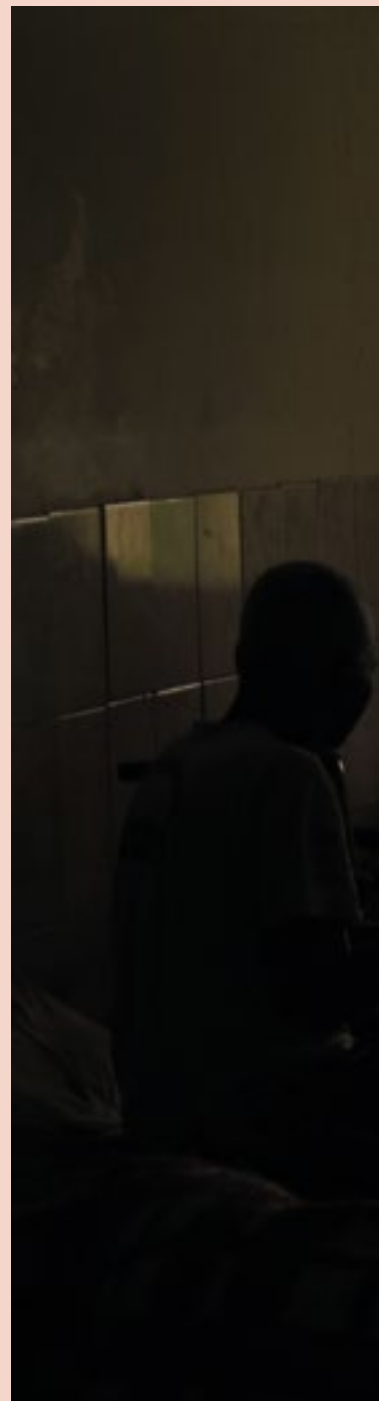
7.

DIREITO DE VIVER DE FORMA INDEPENDENTE E INCLUÍDO NA COMUNIDADE

Fotografia 67:

*Casa de Saúde
Cananéia,
Vassouras - RJ. A
foto abaixo mos-
tra dois pacientes
cadeirantes em
seu dormitório. A
janela do quarto
tem grades.*

Fonte: Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2018.





INTRODUÇÃO

A história da atenção psiquiátrica no contexto hospitalar é marcada pelo processo de institucionalização das pessoas com transtornos mentais, decorrentes ou não do uso de substâncias psicoativas. Entende-se por longa permanência o período de um ano, ou mais, de internação ininterrupta, fato gerador da institucionalização, dinâmica essa que também passa a caracterizar a pessoa interna como moradora do hospital psiquiátrico. Essas definições seguem normatização do Ministério da Saúde, a exemplo da Portaria GM/MS nº 2840/2014, que “cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.¹

Na época em que só existia o Hospital Psiquiátrico como destino das pessoas com transtornos mentais, este, além de lugar de tratamento, era lugar de moradia e também de sociabilidade. Enquanto o Hospital Psiquiátrico era a única referência para o tratamento das pessoas com transtornos mentais, essas ficavam relegadas ao isolamento e tantas ao esquecimento. Na história brasileira muitas passaram boa parte de suas vidas em tais locais, sem ter a chance de experimentar a vida em liberdade.

No entanto, todo o processo de redemocratização que o país viveu, culminando na promulgação da chamada Constituição Cidadã, favoreceu o questionamento desse modo de tratamento e trouxe para a cena do cuidado em saúde mental o território e a comunidade, através da organização de serviços e modos de cuidado no campo da atenção à saúde e no intersetorial que privilegiasse o exercício dos direitos humanos. Com essa luta histórica, conforme discutido na parte I deste Relatório, vem se estruturando uma complexa rede de ações e serviços de diferentes setores da sociedade para garantia do cuidado integral das necessidades das pessoas com deficiência. Ainda assim, na atualidade, é desafiante para a sociedade a garantia da vida em liberdade dessas pessoas, uma vez que a inspeção nacional se deparou com um significativo número de pessoas em situação de institucionalização nos estabelecimentos visitados.

A Lei nº 10.216/2001, importante marco do redirecionamento do cuidado em saúde mental, de maneira categórica orienta a necessidade da definição

1BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_5_28_SETEMBRO_2017.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

de políticas específicas para a alta planejada das pessoas institucionalizadas, conforme demonstra o trecho abaixo:

Art. 5o O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário..

Mais recentemente, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) reforçou os princípios constitucionais de viver em comunidade e de liberdade de escolha para as pessoas com deficiência, reforçando a necessidade do Estado-Parte realizar “medidas efetivas e apropriadas para facilitar às pessoas com deficiência o pleno gozo desse direito e sua plena inclusão e participação na comunidade”.² Conforme o artigo 19 da CDPD, que versa sobre “Vida Independente e Inclusão na Comunidade”:

Os Estados Partes desta Convenção reconhecem o igual direito de todas as pessoas com deficiência de viver na comunidade, com a mesma liberdade de escolha que as demais pessoas, e tomarão medidas efetivas e apropriadas para facilitar às pessoas com deficiência o pleno gozo desse direito e sua plena inclusão e participação na comunidade, inclusive assegurando que:

- a) As pessoas com deficiência possam escolher seu local de residência e onde e com quem morar, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, e que não sejam obrigadas a viver em determinado tipo de moradia;
- b) As pessoas com deficiência tenham acesso a uma variedade de serviços de apoio em domicílio ou em instituições residenciais ou a outros serviços comunitários de apoio, inclusive os serviços de atendentes pessoais que forem necessários como apoio para que as pessoas com deficiência vivam e sejam incluídas na comunidade e para evitar que fiquem isoladas ou segregadas da comunidade;
- c) Os serviços e instalações da comunidade para a população

2 DIAS, Joelson et al. Novos comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. 3. ed. 2014. p. 131.

em geral estejam disponíveis às pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades, e atendam às suas necessidades.”

Isto posto, é imperativo ao Estado brasileiro tomar as devidas providências para que as pessoas com deficiência possam “usufruir dos bens e serviços sociais em igualdade de condições com as demais pessoas”. Situações de internação que culminam na fragilização dos laços familiares/comunitários não justificam, de maneira alguma, a institucionalização das pessoas com deficiência. Ao contrário, trazem à tona a necessidade de ações no sentido de resgate/ fortalecimento desses laços e a oferta de apoio, seja para a pessoa em sofrimento mental, seja para as pessoas que conformam sua rede de suporte social. A partir da Constituição e, especialmente da CDPD, da LBI, do SUS, da lei da Reforma Psiquiátrica e do SUAS, não restam dúvidas de que todas as pessoas devem ter seus direitos garantidos.

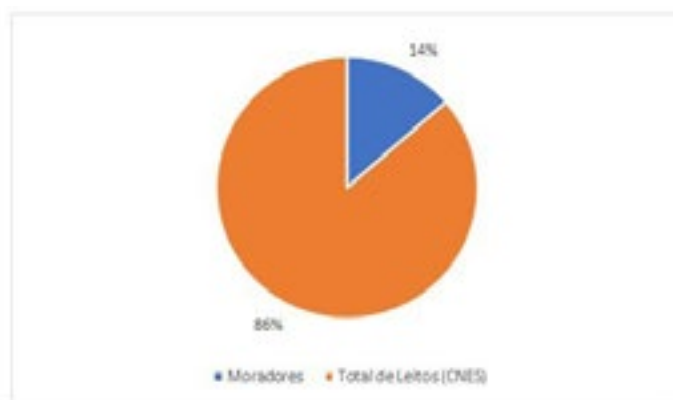
7.1 INTERNAÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Dos quarenta estabelecimentos visitados, em trinta e três³ foram identificadas pessoas em situação de longa permanência, havendo pelo menos

3 Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco/AC); Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca – AL); Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA); Hospital Especializado Lopes Rodrigues (Feira de Santana – BA); Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA); Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE); Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo (Anápolis – GO); Casa de Eurípedes (Goiânia – GO); Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO); Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG); CIAPS Hospital Aduino Botelho (Cuiabá – MT); Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa – PB); Instituto de Psiquiatria da Paraíba (João Pessoa – PB); Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros – PE); Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR); Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR); Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ); Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ); Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ); Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ); Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ); Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS); Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS); Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (São José – SC); Clínica Nosso Lar Adamantina (Adamantina – SP); Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP); Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP); Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP); Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP); CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP); Lar Bussocaba (Osasco – SP); Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP); Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP)

1185⁴ pessoas nessa condição, o que corresponde a aproximadamente 14% do total de leitos psiquiátricos existentes. O dado nacional mais atual, relativo ao número de pessoas em situação de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos, data de 2011,⁵ sendo 9.947 pessoas nessa condição. O último Saúde Mental em Dados⁶, publicado pelo Ministério da Saúde, apontou para tendência consolidada de queda dos leitos psiquiátricos no Brasil, sendo assim, pode-se inferir que o número de pessoas institucionalizadas vem caindo ao longo dos anos. No entanto, a falta de dados precisos sobre o número de pessoas e o detalhamento da condição de cada internação atrapalham o planejamento para a desinstitucionalização dessas pessoas com a brevidade que a legislação nacional exige.

Gráfico 6: *Proporção de moradores em relação ao total de leitos existentes*



Fonte: Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2019.

4 Alguns relatórios estaduais trouxeram informação de que havia pessoas institucionalizadas, entretanto não precisaram o número, por falta de informação da própria instituição.

5 Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do SUS - Ação Nacional - PTGM nº 2.398/2011. Iniciativa coordenada pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), em estreita parceria com a Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde.

6 BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**, 12, p. 28 2015.

Quanto mais tempo institucionalizada a pessoa, mais ela é afastada de seus atributos como memória, história de vida, vínculos familiares, afetos, autonomia etc., o que resulta em maiores desafios para sua reabilitação psicossocial. Quatorze⁷ relatórios estaduais destacaram a presença de pessoas institucionalizadas há mais de dez anos. Os fragmentos abaixo são alguns exemplos dessas situações encontradas:

O Gerente de Atenção à Saúde Mental refere, ainda, que no Hospital Colônia Vicente de Matos tem pacientes com mais de quarenta, cinquenta anos de internamento, e, portanto, é grande a institucionalização desses “pacientes” [Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE].

Em relação aos moradores e às internações de longa permanência, há diversos casos de pessoas que se encontram institucionalizados há muitos anos. De acordo com a lista mencionada, há sessenta e uma pessoas internadas há mais de dez anos, dos quais quarenta e oito estão internadas há mais de vinte anos, vinte e nove delas estão há mais de trinta anos, vinte delas estão há mais de quarenta anos, e cinco delas estão há mais de cinquenta anos na instituição. Sendo que uma pessoa está no hospital desde 1963. [Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP].

De uma forma geral, os residentes do CCS são idosos. Foi identificado um paciente com vinte e seis anos, internado há sete anos por decisão judicial. Ele apresenta quadro grave de autismo, com presença de auto e heteroagressão, necessitando supervisão constante e manejo diferenciado. [Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, São José – SC]

Em relação ao período de internação foram constatadas divergências em todas as unidades visitadas, inclusive a identificação de usuários moradores do hospital com histórico de mais de trinta anos de internação. [Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP].

7 Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG); CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT); Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros– PE); Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR); Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ); Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ); Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ); Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP); Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP); Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP); Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP); Hospital Psiquiátrico Espirita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP).

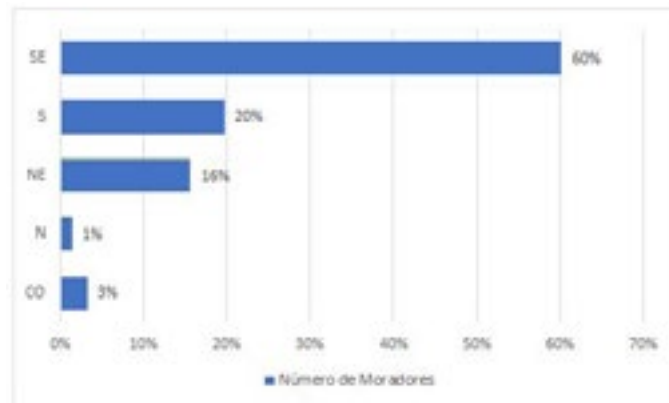
A maior parte dos usuários entrevistados estava internada no local há mais de quatro anos, alguns há mais de dez anos, além do histórico de internações anteriores. Todos eram munícipes de cidades próximas e o desejo de sair da internação foi manifestado por muitos [...] A maioria das internações é de longa permanência, com mais de um ano de internação ininterrupta, as mais antigas datando do ano de 2008 [Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ].

Muitos relataram estar internados há mais de seis meses. Um usuário relatou estar internado há vinte anos, o que fora confirmado com um funcionário técnico, que complementou a informação dizendo que este sequer possui certidão de nascimento, e é chamado pelos demais internos e pela equipe da clínica por um nome que inventaram para ele. [Casa de Saúde Santa Mônica, Petrópolis – RJ]

São inestimáveis o sofrimento e o peso que as longas internações provocam na vida das pessoas, que muitas vezes mal conseguem se lembrar do que é viver fora de uma instituição e algumas perdem inclusive a própria identidade. Daí a necessidade urgente de desinstitucionalização através da construção de projetos terapêuticos que tenham como base a autonomia, a ampliação dos direitos e a reabilitação psicossocial.

Conforme os dados da mencionada avaliação nacional de 2011, 37% das pessoas estavam internadas há mais de um ano. Verificou-se que, desse público internado há mais de um ano, 60% estão na região sudeste, que perdura como a região com maior concentração de leitos psiquiátricos e de pessoas em situação de institucionalização.

Gráfico 7: Percentual de moradores distribuídos pelas Regiões do Brasil



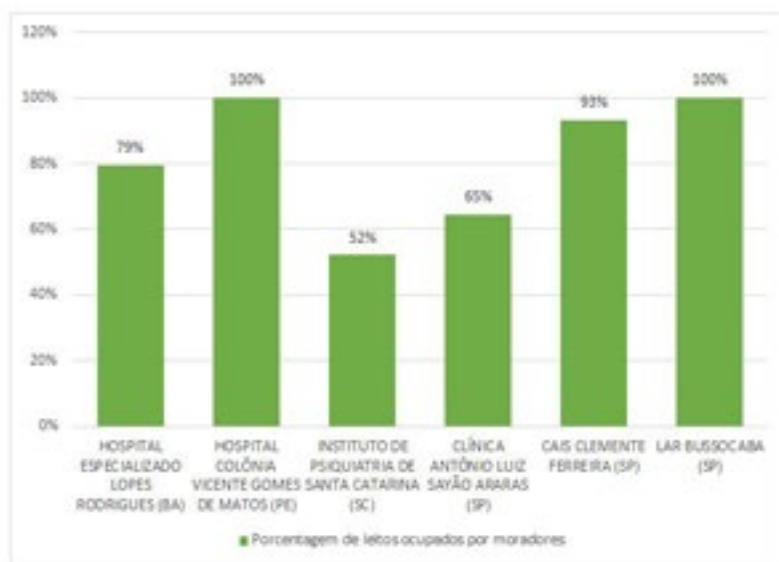
Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2019.

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

O Estado de São Paulo se destaca pelo número de moradores ainda existentes: foram localizadas, pelo menos, 685 pessoas (58% do total), em todas as instituições inspecionadas.

Quando verificamos o total de leitos dos estabelecimentos visitados, comparados com o número de moradores, seis se destacam por possuir mais de 50% dos leitos ocupados por moradores.

Gráfico 8: Percentual de ocupação dos leitos nos seis HPs com maior quantitativo de moradores



Fonte: Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2019.

Os fragmentos abaixo servem de exemplo para apresentação do cenário quantitativo da internações de longa permanência nos estabelecimentos visitados, destacando-se que, em alguns relatórios, não foi possível identificar o número exato de pessoas institucionalizadas, tendo em vista a falta de informação das próprias instituições visitadas:

O hospital dispõe de 144 leitos SUS (96 masculinos e 48 femininos), sendo 53 leitos ocupados por moradores, o que representa 36% dos leitos. Os dados conferem com as informações do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Segundo documento entregue pelo hospital,

no dia da inspeção havia 130 pessoas internadas, sendo 42 mulheres e 88 homens. [Clínica Nosso Lar Adamantina, Adamantina – SP].

Nos pavilhões de longa permanência (UPG e UPL), há 54 moradores, segundo documentações oficiais. No momento da inspeção, havia 14 pacientes internados nos Pavilhões Agudos (masculino e feminino), totalizando 68 pessoas institucionalizadas. [Hospital Especializado Lopes Rodrigues, Feira de Santana – BA].

A ocupação dos leitos de longa permanência se distribuiu da seguinte maneira: unidade Celestino Prunes 19 moradoras; unidade Missões 14 moradores; unidade Ana Freud 22 moradoras idosas, e Unidade Moisés Roitman 18 moradores. Há mais uma enfermaria de longa permanência, denominada Madre Mathilde, destinada ao público feminino, entretanto a equipe de visita não teve acesso ao número de pessoas internadas. Conforme informações da direção do estabelecimento atualmente não há ingresso de novos moradores. [Hospital Psiquiátrico São Pedro - Porto Alegre/RS]

Observou-se que há usuários com sintomas residuais, com longos períodos de internação residindo na instituição sem processo ou projetos de desinstitucionalização. Diante da documentação apresentada, não é possível assegurar a quantidade exata desses usuários, devido a incompatibilidades nas informações prestadas. Contudo, foram presenciados, aproximadamente, oito usuários de longa permanência. [Pax Clínica Psiquiátrica - Aparecida de Goiânia – GO].

7.1.1 Desinstitucionalização

A longa permanência, então, como fenômeno existente nas instituições psiquiátricas, requer que medidas urgentes para a desinstitucionalização das pessoas sejam realizadas. A Portaria nº 3088/2011⁸, que definiu a RAPS, tem entre seus componentes, um voltado especificamente para apoiar os processos de desinstitucionalização:

8 BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 2011. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo V, Título I. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 24 nov 2019

Art. 11, § 1º O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

Uma vez que a institucionalização das pessoas implica em um amplo processo de enfraquecimento de laços sociais e familiares, a vida restrita ao contexto asilar promove restrição do repertório e das habilidades para a vida em sociedade. Por isso, o sujeito e sua família, caso houver necessidade, precisarão contar com apoio concreto e bem estruturado para possibilitar o exercício do seu direito a uma vida em liberdade, conforme aponta O Ministério da Saúde:

Estão implicadas no direito à vida comunitária e social de pessoas com transtornos mentais: a) a montagem de redes amplas e diversificadas de base territorial; b) a construção na sociedade de uma nova sensibilidade cultural para a questão da loucura; c) a produção de conhecimento científico e de outros saberes oriundos da cultura relacionados à inovação do cuidado; d) a oferta de qualificação permanente para os operadores da mudança; e) a abertura e garantia de condições sustentáveis para a participação e protagonismo dos usuários e familiares, e f) o compromisso das esferas de gestão pública, diretamente ligadas ao tema, para conduzir e mediar os inevitáveis conflitos que se apresentam no projeto ético-político de construção de um lugar social para a loucura (Brasil, 2016)⁹.

A ausência de ações de apoio para construção de um projeto para desinstitucionalização, além de ferir o direito a uma vida digna, coloca as pessoas institucionalizadas em uma situação de fragilidade e desamparo, na medida em que parte do pressuposto de que as pessoas institucionalizadas não possuem capacidade para viver fora das instituições, conforme destacado pelos quatro relatórios abaixo:

Registra-se ainda, que durante a inspeção só foi possível entrevistar um morador desta casa; o mesmo estava bastante irritado e ficou o tempo todo questionando a equipe sobre o porquê estavam fazendo aquilo com

9 BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial.** Relatório de Gestão 2011-2015. 2016.

ele, e com os outros pacientes. Diante desta fala, mais uma vez ficou a sensação da equipe da inspeção, de que as informações referentes ao processo de desinstitucionalização não estavam sendo trabalhadas com os pacientes, e que estes, eram meros espectadores de todo o processo vivido no hospital [Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE]

Outra questão é que funcionários do hospital se referem aos pacientes como parte de sua família, preocupando-se com a saída deles e a possível falta de cuidados adequados, porém não há em vários discursos dos profissionais que atuam na instituição o senso crítico em relação aos malefícios da longa permanência em uma instituição de caráter fechado e o quanto estes usuários estão restritos de uma convivência comunitária, naturalizando o cenário que institucionaliza e torna as pessoas que ali residem dependentes do hospital. [Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente – SP].

[...] não há registro de ação em relação ao contato com a família e proposta para projeto de desinstitucionalização da usuária. Segundo a Enfermeira, a usuária não tem perfil e nem indicação para internação psiquiátrica, no entanto, o Hospital não apresenta Projeto Terapêutico Singular para o processo de desinstitucionalização, nem mesmo procedimentos que indiquem a possibilidade de habilitação e reabilitação. [Hospital de Saúde Mental de Messejana, Fortaleza – CE]

A diretora informou que há 3 tipos de paciente no local: os que não têm condições de receber alta, os que têm condições, mas não tem familiares para recebê-los e, por isso, continuam na instituição. Havendo também os que são internados, melhoram e recebem alta. [Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ)]

Não bastasse a falta de ações para efetivação da desinstitucionalização de todas as pessoas, verificou-se também que as condições¹⁰ das alas destinadas às pessoas internadas em situação de longa permanência são mais precárias que as das alas para as internações breves:

Durante a visita foi possível perceber diferenças estruturais e de cuidado desta ala em relação às demais do hospital. Observou-se fortes odores de

10 Além dos dois destacados, as condições também estavam precárias nas alas de longa permanência nos seguintes hospitais: Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ); Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS).

urina, pacientes usando roupas provenientes de doações e/ou disponibilizadas pela instituição. O espaço físico com higienização insatisfatória, grades nos corredores e portões trancados. Não foi percebido pelos membros da missão de inspeção, características ambientais que possam promover reconhecimento e identificação do local como de atenção humanizada, dentro dos parâmetros para um modelo de atenção psicossocial. [Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo, Anápolis – GO].

Verificou-se ainda falta de condições estruturais e funcionais desses espaços. A casa que foi visitada pela equipe da inspeção tinha poucos móveis, sofás rasgados, ventiladores quebrados, e ausência de armários nos quartos ou guarda-roupa ficando tudo jogado na cama. Foi informado à equipe que a limpeza da casa era responsabilidade dos pacientes; a mesma estava bastante desorganizada e descuidada. [Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE]

A Portaria GM/MS nº 251/2002¹¹ define que a desinstitucionalização das pessoas em situação de longa permanência é de responsabilidade dos hospitais psiquiátricos em que vivem. Para o cumprimento de tal dever, as gestões dos estabelecimentos têm a obrigação de construir projetos terapêuticos específicos, nos termos da portaria:

2. Normas para atendimento hospitalar.

(...)

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

(...)

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.

11 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 251, de 2002. In Portaria de Consolidação nº 5, 03 de outubro de 2017, Anexo XXV. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 24/11/2019

Em pelo menos 27¹² estabelecimentos visitados os relatórios apontam que não há ações específicas para as necessidades das pessoas institucionalizadas, tampouco são estruturadas ações efetivas para sua desinstitucionalização:

Não foi constatada nenhuma ação realizada pelo HP para garantir a desinstitucionalização das pessoas internadas, assim como inexistem projetos terapêuticos singulares para os internos de longa permanência. [Clínica Nosso Lar Adamantina, Adamantina – SP].

Não foi observado qualquer projeto terapêutico específico para esses usuários. Não existe equipe de desinstitucionalização atuando no hospital [Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ].

Durante a visita não foi apresentada qualquer menção ao processo de desinstitucionalização dos moradores da instituição, sendo desconhecido pelos profissionais entrevistados. Os profissionais entrevistados, inclusive a direção, informou que não utilizam essas suas estratégias na rotina de seus processos de trabalho, não levando em conta o número de moradores existentes no hospital psiquiátrico, entre os documentos solicitados. [Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA]

não há registro de ação em relação ao contato com a família e proposta para projeto de desinstitucionalização da usuária. Segundo a Enfermeira, a usuária não tem perfil e nem indicação para internação psiquiátrica, no entanto, o Hospital não apresenta Projeto Terapêutico Singular para

12 Além dos quatro destacados: Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco/AC); Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca– AL); Hospital Especializado Lopes Rodrigues (Feira de Santana – BA); Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA); Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo (Anápolis – GO); Casa de Eurípedes (Goiânia – GO); Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO); CIAPS Hospital Aduino Botelho (Cuiabá – MT); Instituto de Psiquiatria da Paraíba (João Pessoa– PB); Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (Barreiros– PE); Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR); Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR); Casa de Saúde Cananéia (Vassouras – RJ); Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ); Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ); Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul– RS); Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS); Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (São José – SC); Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP); Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP); Lar Bussocaba (Osasco – SP); Hospital Psiquiátrico Espirita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP); Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP).

o processo de desinstitucionalização, nem mesmo procedimentos que indiquem a possibilidade de habilitação e reabilitação. Sobre o desenvolvimento de projeto terapêutico específico para pacientes de longa permanência, é colocado que os casos com 1 (um) ano ininterrupto de internação são avaliados e, posteriormente, comunicado ao Ministério Público Estadual. [Hospital de Saúde Mental de Messejana, Fortaleza – CE]

Em conformidade com o SUS, cada ente federativo possui responsabilidade para a efetivação do processo de desinstitucionalização e, conforme descrito abaixo, todos os estabelecimentos psiquiátricos que possuem moradores e não construíram seus planos para desinstitucionalização encontram-se irregulares, cabendo ao Ministério da Saúde seu monitoramento:

Art. 9º Parágrafo único. Os Gestores Estaduais ou Municipais deverão apresentar, em um prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a partir da data de publicação desta Portaria, novo plano de desinstitucionalização de todos os pacientes moradores dessas instituições. (Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017)

Durante a inspeção nacional, não somente foram identificados estabelecimentos em situação de irregularidade quanto à construção do plano de desinstitucionalização de seus moradores, como também estabelecimentos que apresentam resistência a esse processo:

Há resistência na aceitação de uma política que busque a efetiva desinstitucionalização, dos que até o momento se encontram institucionalizados, segregados e impedidos do cuidado extra hospitalar, sendo dito pela equipe expressamente que “o problema é que hoje em dia as pessoas estão demorando muito a internar” [Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ].

Ao contrário, tanto trabalhadores quanto a diretoria demonstraram ser contra a transferência dos moradores do HP para residências terapêuticas. Do mesmo modo, não demonstraram ter crítica sobre as iatrogenias do cuidado de longa permanência no HP, pelo contrário, acreditam que os moradores internos estejam protegidos e bem cuidados no HP, mesmo que estejam privados do direito à liberdade, à individualidade e à convivência familiar e comunitária. [Clínica Nosso Lar Adamantina, Adamantina – SP].

Uma questão importante que nos foi relatada pela equipe e pelos moradores do Lar Abrigado, é o receio de que estas pessoas sejam

transferidas para residências terapêuticas, pois em um dado momento alguns internos do hospital foram transferidos de forma brusca, sem preparação tanto pelo hospital como pela Rede externa o que foi motivo de sofrimento para as pessoas transferidas e pelos trabalhadores, que expressam que “os (SRT) Serviço Residencial Terapêutico não tem um bom funcionamento e que as pessoas ficam sem os cuidados adequados” o que faz com se tenha a impressão que os cuidados efetuados no hospital para estas pessoas institucionalizadas são melhores do que os cuidados que a Rede externa ao hospital oferece. [Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente – SP].

Essas narrativas causam preocupação e demonstram um apego não só aos usuários em si, mas à cultura hospitalar e asilar que é um dos muitos fatores que mantém essas pessoas internadas. É claro que não podemos ignorar os problemas no funcionamento da RAPS em todo o país e nem os casos em que os pacientes já não têm mais referências familiares, fraternais nem territoriais, mas a crença na cultura hospitalar e asilar pareceu muito forte no discurso de alguns dos profissionais entrevistados e, no limite, andam na contramão da reforma psiquiátrica colaborando para a manutenção desses pacientes no hospital. [Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente – SP].

Podemos afirmar que a condição de institucionalização das pessoas com deficiência denota a falência do aparato social e legal que tem a responsabilidade de garantir o direito à saúde, à vida digna e o bem estar dessas pessoas. A LBI, em seu artigo 8º, afirma: “É dever do Estado, da sociedade e da família assegurar à pessoa com deficiência, com prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida [...]”.

Essa omissão é vivida de maneira solitária pelas pessoas com deficiência, com reverberação inclusive na impossibilidade de morrer com dignidade, e não em condição de abandono, o que foi destacou em três relatórios:

Não foram identificadas ações de desinstitucionalização dos moradores, há relatos de funcionários de que são pessoas que muito provavelmente ficarão na Instituição até virem a óbito. [Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP].

Não há referência a trabalhos em articulação com as residências terapêuticas, CAPS, ou outros equipamentos. Assim, não parece haver perspectiva de saída, sendo mencionado por um dos entrevistados que muitos só sairão da Clínica com “alta celestial”. A fim de ilustração, foi observado que

no espaço comum há um setor de nome “velório”, que demonstra o aspecto de instituição total, na qual se prevê a desinstitucionalização somente após a morte. [Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP].

Na ocasião da inspeção, foi verificado que se trata de ala de moradores, dos quais a maioria chegou à clínica ainda bebê e, majoritariamente, com dificuldades de locomoção, estando várias pessoas em cadeiras de rodas. No Projeto Terapêutico Institucional, é mencionado que 80% das pessoas desta unidade é cadeirante. Foram verificadas ações e projetos quase nulos para a desinstitucionalização destes. [Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP].

As internações de longa permanência têm profundas repercussões para as pessoas internadas, que têm suas vidas reduzidas aos limites das instituições fechadas, com redução de interação social, impossibilidade de construção de subjetividade e perdas dos vínculos familiares e sociais.

Na história da desassistência psiquiátrica encontram-se pessoas que, às vezes desde jovens ou mesmo crianças, são transferidas de um instituição para outra, como explicitado no relatório no CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT):

No CIAPS Hospital Adauto Botelho foram encontrados moradores, ou seja, pessoas internadas (homens e mulheres), com longa data de internação, alguns oriundos de encaminhamentos feitos após o fechamento do Instituto Neuropsiquiátrico em 2004, os quais na sua maioria hoje idosos e segundo os profissionais, “crônicos”. Muitos, segundo ainda informam a equipe de referência, não apresentam mais condições de autocuidado e sua condição de saúde clínica encontra-se fragilizada. Os únicos cuidados diferenciados citados em relação ao cuidado dos mesmos foram de que eles (homens) ficam em um espaço separado (posto 2) e que recebem doação de roupas e calçados (sendo permitido o uso por moradoras e moradores) [CIAPS Hospital Adauto Botelho, Cuiabá – MT].

A condição de institucionalização não se resume às pessoas internadas em leitos SUS, mas também às submetidas à internações em leitos privados. Ressaltamos que os normativos acerca da relevância das ações de desinstitucionalização colocadas pela lei nº 10.216/2001 têm a mesma abrangência.

Em conjunto com o processo de consolidação do SUS, o Brasil vem construindo aparatos legais e financeiros para viabilizar a desinstitucionalização das pessoas moradoras das instituições psiquiátricas e para a consolidação da reorientação do modelo de cuidado em saúde mental:

A desinstitucionalização e efetiva reintegração de doentes mentais graves na comunidade é uma tarefa a que o SUS vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos. Juntamente com os programas **De Volta Para Casa e Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT)** vem concretizando as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico.¹³

O processo de desinstitucionalização, portanto, é acompanhado da mudança de paradigma no marco dos direitos humanos das pessoas com deficiência: do paradigma, de matriz biomédica, da decisão substitutiva à do sujeito, para o paradigma, de matriz social, da decisão do sujeito apoiada, mudança essa que implica em complexificação das ações estratégicas para a garantia da inclusão de todas as pessoas institucionalizadas. A LBI representa um importante marco normativo, uma vez que coloca a participação social como norteadora para cuidado em saúde, conforme os artigos abaixo:

Artigo 14, parágrafo único. O processo de habilitação e de reabilitação tem por objetivo o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas.

(...)

Art. 17. Os serviços do SUS e do SUAS deverão promover ações articuladas para garantir à pessoa com deficiência e sua família a aquisição de informações, orientações e formas de acesso às políticas públicas disponíveis, com a finalidade de propiciar sua plena participação social.

(...)

Art. 74. É garantido à pessoa com deficiência acesso a produtos, recursos, estratégias, práticas, processos, métodos e serviços de tecnologia assistiva que maximizem sua autonomia, mobilidade pessoal e qualidade de vida.

13 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências Terapêuticas: o que são para, para quê servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 7. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

Acrescenta-se que a falta de apoio familiar, de nenhuma maneira, deve ser entendida como impeditivo ou responsável pela dificuldade da desinstitucionalização; ao contrário, no contexto do sofrimento psíquico, a família deve ser também acolhida e acompanhada.

A Portaria GM/MS nº 2840/2014 trata, entre outras estratégias, do apoio necessário às instituições e às gestões locais para constituírem equipes de suporte à desinstitucionalização das pessoas em situação de longa permanência. Verificamos, contudo, que a maioria das instituições que possuem moradoras não cumprem os compromissos para viabilizar a desinstitucionalização.

7.1.2 Os direitos da pessoa idosa

A presença de idosos foi identificada em vinte¹⁴ estabelecimentos, questão sensível que merece discussão específica. Abaixo destacamos alguns relatos acerca da presença de idosos nas instituições visitadas:

Dentre os pavilhões de longa permanência, há um exclusivo para pessoas que precisam de cuidados geriátricos. Esse pavilhão, contudo, é anexo ao pavilhão de longa permanência para público geral, o que permite a interação. A maior parte dos pacientes idosos não possui contato com as famílias e percebe-se que há pouco ou nenhum investimento no intuito de sua desinstitucionalização, dada a condição de baixa autonomia relacionada à idade. [Hospital Especializado Lopes Rodrigues, Feira de Santana – BA].

14 Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA); Hospital Especializado Mário Leal (Salvador – BA); Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG); CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT); Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR); Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR); Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ); Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ); Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS); Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS); Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (São José – SC); Clínica Nosso Lar Adamantina (Adamantina – SP); Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP); Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP); Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP); Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP); CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP); Lar Bussocaba (Osasco – SP); Hospital Psiquiátrico Espirita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP); Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP).

Os usuários são, em sua maioria, pessoas com deficiências, transtorno neurológico e/ou quadro psiquiátrico agudo [Clínica Nosso Lar Adamantina, Adamantina – SP].

Há grande número de usuários idosos na Clínica. Contudo, a maioria dos idosos em ambas as unidades estão internados em regime de longa-permanência, por vontade da família ou por não haver vínculos familiares. [Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes].

Há grande número de usuários idosos na Clínica, havendo duas alas geriátricas mistas – Genny Mercatelli (particular /convênio) e Nida Scanavinni (SUS). Na unidade Genny Mercatelli, há usuários em situação aguda, com previsão de desinternação após remissão de sintomas. Contudo, a maioria dos idosos em ambas as unidades estão internados em regime de longa-permanência, por vontade da família ou por não haver vínculos familiares. Os usuários são, em sua maioria, pessoas com deficiências, transtorno neurológico e/ou quadro psiquiátrico agudo. Há idosos também em outras unidades, a depender do diagnóstico. Foi verificado um idoso que está internado há 60 anos na Clínica devido ao uso de álcool. [Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP].

A população idosa constitui-se num grupo populacional prioritário para proteção integral, assim como as pessoas com deficiência e as crianças e adolescentes. Para tanto, políticas específicas devem ser efetivadas com maior urgência. A condição de pessoa idosa com deficiência impõe latentes necessidades de organização social. Segundo o Estatuto do Idoso:¹⁵

Art. 9º É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. [...]

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

15 BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 10 out. 2019.

O Estatuto do Idoso impõe atenção diferenciada no sentido de respeitar as especificidades dessa população. Observou-se que os estabelecimentos não garantem um processo de trabalho que priorize os direitos dessa população considerando suas necessidades específicas:

Não foi verificada a existência de procedimentos específicos para atendimento ao Estatuto do Idoso. Por exemplo, parece não haver trabalho ou espaço para a inclusão de acompanhantes, que seriam de direito do idoso, no cotidiano destes, sendo verificado apenas que podem receber visitas nos horários previstos. Tampouco foram mencionados procedimentos ou fluxos específicos para notificação de maus-tratos contra o idoso. Verifica-se que a atenção a este público é a mesma que a dos usuários adultos, não havendo projeto terapêutico diferenciado, que respeite as especificidades desta faixa etária em termos de desenvolvimento, saúde e direitos [Clínica Nosso Lar Adamantina, Adamantina – SP].

Verifica-se que a atenção a este público [de pessoas idosas] é a mesma que a dos usuários adultos, não havendo projeto terapêutico diferenciado, que respeite as especificidades desta faixa etária em termos de desenvolvimento, saúde e direitos [Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente – SP].

Há idosos em privação de liberdade no hospital. Não foi verificado nenhum tratamento diferenciado para os idosos e idosas, nem para diabéticos e hipertensos. Há espaços dentro e fora das alas com barreiras arquitetônicas, como rampas sem corrimão, inexistência de adaptações nos banheiros como a inclusão de barras de apoio para minimizar o risco de quedas, prejudicando tanto os idosos quanto os grupos com mobilidade reduzida. Além disso há pacientes que fazem uso de medicações para doenças crônicas, agravadas com a idade avançada. Alguns destes relatam não terem acompanhamento para estas doenças. [Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira - São Sebastião do Paraíso – MG].

Segundo a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência:

os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde, incluindo os serviços de reabilitação [...] em especial [...] propiciarão serviços de saúde que as pessoas com deficiência necessitam especificamente por causa de sua deficiência, inclusive diagnóstico e intervenção precoces, bem como serviços projetados para reduzir

ao máximo e prevenir deficiências adicionais, inclusive entre crianças e idosos (art. 25).

A Convenção ainda preconiza, em seu artigo 28, que deve ser assegurado “o acesso de pessoas com deficiência, particularmente mulheres, crianças e idosos com deficiência, a programas de proteção social e de redução da pobreza”.

Na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, ao considerar, em seu artigo 3º, que as pessoas idosas podem ser compreendidas dentre as que possuem mobilidade reduzida, é evidente que a inadequação arquitetônica de muitas instituições é impeditivo ao acesso a direitos. No âmbito das barreiras atitudinais, os aspectos relacionados aos direitos à igualdade e à não discriminação incluem as pessoas idosas no público cuja vulnerabilidade encontra especial guarida nos mecanismos de proteção em face de qualquer forma de “negligência, discriminação, exploração, violência, tortura, crueldade, opressão e tratamento desumano ou degradante” (art. 5º).

A lei nº 10.048/2000 prevê que “as repartições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos estão obrigadas a dispensar atendimento prioritário, por meio de serviços individualizados que assegurem tratamento diferenciado e atendimento imediato”, sob pena de responsabilidade administrativa dos gestores da instituição pública. Essa mesma linha é reforçada pelo artigo 15, § 4º do Estatuto do Idoso.

O Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) dispõe de diversas recomendações que envolvem também ou exclusivamente a pessoa idosa, todas voltadas a programas e estratégias específicas de cuidado e garantia de direitos, no âmbito dos direitos de liberdade e no contexto patrimonial, bem como no fortalecimento dos vínculos familiares e de amizade. É o que encontramos nas recomendações nº 461, 586, 613, 751, 755 e 825, todas infringidas pelos hospitais que acolhem pessoas idosas.

Dentre as estratégias de desinstitucionalização propriamente dita, assegura o Estatuto do Idoso que esse público tem direito à “moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada” (art. 37).

Por fim, segundo o Estatuto do Idoso, constitui crime “expor a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo” (art. 98), o que, em tese, surge nos relatos oriundos da Inspeção Nacional. Outra conduta tipificada como crime

também aparece nos relatórios estaduais, uma vez ser ilícito “recusar, retardar ou dificultar atendimento ou deixar de prestar assistência à saúde, sem justa causa, a pessoa idosa” (art. 100).

O rigor penal se justifica pela fragilidade a que estão expostas as pessoas idosas no contexto da institucionalização. Se muito ainda se tem por fazer é porque

o cuidado à Saúde da Pessoa Idosa apresenta características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfechos dos agravos em saúde, traduzidas pela maior vulnerabilidade a eventos adversos, necessitando de intervenções multidimensionais e multissetoriais com foco no cuidado.¹⁶

A fragilidade se acentua porque o processo de envelhecimento traz consigo também a “redução da capacidade de se recuperar, razão pela qual, as pessoas idosas vítimas de maus-tratos, talvez nunca chegarão a se recuperar completamente, física ou emocionalmente, da experiência sofrida”¹⁷.

Dentre as “recomendações para adoção de medidas” insertas no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, subscrito pelo Brasil, oriundo da II Assembleia Mundial do Envelhecimento (2002),¹⁸ no âmbito das Nações Unidas, a recomendação nº 105 sugere “melhorar a qualidade da assistência comunitária, o acesso à assistência comunitária a longo prazo que se presta a idosos que vivem sós, a fim de prolongar sua capacidade de viver com independência, como possível alternativa de hospitalização e de

16 Cf.: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da pessoa idosa: prevenção e promoção à saúde integral. Diretrizes da Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa#diretrizes>>. Acesso em: 10 out. 2019.

17 Cf.: BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002 / Organização das Nações Unidas Tradução: Arlene Santos. Revisão gramatical: Alkmin Cunha. Revisão técnica: Jurilza M. B. de Mendonça; Vitória Gois. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. Disponível em: <<https://www.mdh.gov.br/navegue-por-temas- pessoa-idosa/plano-de-acao-internacional-pa-ra-o-envelhecimento>>. Acesso em: 10 out. 2019.

18 ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002. Tradução: Arlene Santos. Revisão gramatical para o português Alkmin Cunha. Revisão técnica: Jurilza M. B. de Mendonça; Vitória Gois. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. (Série Institucional em Direitos Humanos, v. 1). Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

internação em abrigo de idosos” (p. 70). Os relatos indicam que os hospitais psiquiátricos estão muito distantes das normas taxativas, mais ainda das recomendações de documentos internacionais.

7.2 ARTICULAÇÃO DO CUIDADO EM REDE PARA ASSEGURAR O APOIO, A INCLUSÃO COMUNITÁRIA E AO EXERCÍCIO DA CIDADANIA

A construção de redes de cuidado amplas e complexas são fundamentais para que todas as pessoas com deficiência possam viver em liberdade e o Brasil vem avançando nesse caminho. Essas redes precisam ser compostas não apenas pelos serviços de saúde, mas também pela rede intersetorial, comunitária e familiar. Nesse sentido, a efetiva desinstitucionalização impõe um complexo arranjo técnico-político, com o comprometimento do/as diferentes atores/atrizes responsáveis pela sua execução, pois requer a construção de condições concretas para que as pessoas possam sair das instituições psiquiátricas, para manutenção do tratamento em saúde e saúde mental e para o apoio de suas necessidades em liberdade, tais como moradia, trabalho, vida cotidiana, entre outras.

Estratégia chancelada pela Portaria GM/MS nº 4.279/2010, a ação em redes temáticas têm sido normatizada pelo Ministério da Saúde, “como estratégia para superação da fragmentação da atenção e da gestão do SUS [...], com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência” (Anexo I, Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), assim como a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, compõem as redes temáticas prioritárias para o público observado nessa Inspeção Nacional.

Nos termos da lei nº 10.216/2001 e da Portaria GM/MS nº 3.088/2011,¹⁹ a RAPS prevê a implantação de uma rede de serviços de saúde mental de base territorial e comunitária, integrada, articulada e organizada de modo a estabelecer ações intersetoriais, com vistas à promoção da autonomia, da participação social e do cuidado em liberdade das pessoas com sofrimento ou

19 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 2011. In Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de saúde. Anexo V, Título I. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 24 nov 2019

transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e seus familiares.

Em conformidade com o artigo 2º, IX, da lei nº 10.216/2001, preconiza-se que a política pública, no âmbito nacional e nas regiões de saúde, seja estruturada pela organização de ofertas assistenciais que favoreçam o tratamento preferencial em serviços comunitários de saúde mental, próximo aos locais em que as pessoas vivem, de modo a apoiar o fortalecimento de vínculos, de espaços de pertencimento e da construção de projetos de vida. Assim como em qualquer outro campo da saúde, no âmbito da saúde mental a hospitalização também deve ser compreendida como um ato excepcional, com duração pelo menor tempo possível.

A RAPS é organizada de maneira a dar apoio e oferecer cuidado tanto para as condições agudas em saúde mental quanto para as pessoas em situação de internação de longa permanência. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os pontos estratégicos, tanto de cuidado/tratamento, quanto de articulação com as demais redes e serviços, da saúde e dos demais setores. Entretanto, sua organização se dá desde a atenção básica até os maiores níveis de complexidade, de maneira a oferecer o tipo de cuidado necessário para cada pessoa em sofrimento mental, decorrente ou não do uso de álcool e outras drogas (Portaria GM/MS nº 3.588/2017).

Conforme a Portaria GM/MS nº 2.840/2014:

O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são serviços que compõem as estratégias de desinstitucionalização e têm por finalidade oferecer suporte de moradia para aquelas pessoas que, devido às longas internações, perderam as referências familiares/comunitárias e necessitam de apoio para constituir nova residência:

Os SRT's "ou residência terapêutica ou simplesmente "moradia" – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não.

O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador.²⁰

Os SRT²¹ foram criados pela Portaria GM/MS nº 106/2000²² e são definidos como "moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, [sic] que viabilizem sua inserção social" (art. 1º, § único).

Com a Portaria GM/MS nº 3.090/2011²³ houve um aprimoramento da função dos SRT:

ANEXO I

DIRETRIZES DE FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo

20 BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas:** o que são para, para quê servem, 2004, p. 8. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

21 O SRT foi criado antes da lei nº 10.216/2001 e somente passou a ter financiamento próprio a partir da Portaria nº 3.090/2011.

22 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017_PRC0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 10 out. 2019.

23 Id.

os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares (art. 1º).

Conforme discutido na parte I deste relatório, em 2017, dado que a Política Nacional de Saúde Mental sofreu alterações, o papel dos SRT também foi afetado, passando a ser não exclusivo para pessoas egressas de longas internações psiquiátricas, mas prioritariamente para esse público:

Parágrafo Único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção.” (art. 77, Portaria GM/MS nº 3.588/2017).

Essa alteração na norma de funcionamento dos serviços residenciais terapêuticos impõem ao SUS uma latente responsabilidade acerca da garantia do direito à moradia digna para pessoas que têm seus vínculos sociais e comunitários fragilizados ou interrompidos em decorrência de um transtorno mental e/ou do uso prejudicial de substâncias psicoativas. Destacamos, contudo, que a responsabilidade por esse direito deve ser compartilhada pela rede intersetorial, a exemplo da política de assistência social, que prevê as residências inclusivas como estratégia de moradia.

É importante ressaltar que existem experiências de “residências” dentro dos hospitais psiquiátricos, ou em seu entorno, que não podem ser considerados serviços residenciais terapêuticos, uma vez que não respeitam os princípios elementares de inserção na comunidade. De acordo com a Portaria GM/MS nº 3.090/2011, o “caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares”. Alguns estabelecimentos apontaram esses espaços como estratégia para desinstitucionalização, o que entendemos desnecessário, a partir do momento que a articulação com a rede extra-hospitalar (de saúde e dos demais setores) têm responsabilidade no processo da efetiva desinstitucionalização. Abaixo destacamos alguns trechos que trazem essas experiências:

Quanto às condições físicas do espaço registra-se que atualmente o hospital é composto... por duas casas que funcionam como residências, onde

moravam três pacientes, contendo quartos, banheiro e com sala de televisão. Ressaltou-se que só foi possível averiguar uma dessas casas; a outra estava fechada, não sendo possível confirmar se também moravam pacientes, conforme descrito por alguns profissionais da unidade de saúde. Destaca-se ainda, que no hospital existem outras casas e que a equipe de inspeção recebeu a informação de que estas casas eram ocupadas por antigos funcionários do hospital. Ainda em relação a essas casas não foi possível identificar nas entrevistas realizadas quais os critérios utilizados pela equipe para definir quem poderia ter acesso a essas residências. [Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE]

“Perguntado a uma funcionária sobre a busca desses pacientes pelos Municípios de origem para colocação em Residências Inclusivas esta respondeu que já fizeram gestão para que tal ocorresse, mas que os Municípios preferem pacientes com mais autonomia, ou seja, os pacientes mais fáceis, o que contraria a própria ideia das Residências Inclusivas. Foi informado ainda que o Município de Araras abriria três Residências Inclusivas, que estas haviam sido prometidas, mas que tal não ocorreu”. [Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP].

A equipe de fiscalização constatou que a única ação clara no sentido da desinstitucionalização dos moradores do hospital é o do encaminhamento de cinco pacientes para o Lar Abrigado, casa aos moldes de residência terapêutica, que fica externa ao hospital, no terreno pertencente a instituição (área rural). Uma espécie de vila rural se formou próxima ao hospital, onde vivem alguns trabalhadores da instituição e também cinco moradores com mais autonomia vivem em uma casa e são auxiliados pelos profissionais para levarem uma vida mais independente, pois, possivelmente, serão candidatos a serem transferidos para Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) na cidade. As pessoas do Lar abrigado vivem nesta casa há cerca de 3 anos e antes disso viveram por décadas em hospitais psiquiátricos. Apesar de terem maior condição de diálogo apresentam dificuldade em relação a organização no tempo, suas memórias estão mais restritas ao tempo na casa “Lar Abrigado” e a impressão que se tem é que o tempo passado em hospitais ficou reduzido a uma lacuna em suas vidas onde alguns relataram que ficaram 8 anos no hospital sendo que estiveram cerca de vinte a trinta anos internados. [Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente – SP]

O Programa De Volta para Casa (PVC) também faz parte das estratégias

de desinstitucionalização da RAPS. Criado pela lei nº 10.708/2003,²⁴ instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial, destinado às pessoas que tenham permanecido em internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. O objetivo deste programa é contribuir para processos de inserção social das pessoas que foram institucionalizadas e possui um caráter indenizatório voltado àquelas pessoas que tiveram suas vidas interrompidas por conta da institucionalização. Conforme o Ministério da Saúde (2015),²⁵ em 2014 havia 4.349 pessoas beneficiárias do Programa.

A falta de articulação dos hospitais psiquiátricos inspecionados com a RAPS foi identificada como uma das dificuldades para a desinstitucionalização das pessoas com deficiência e para a prevenção de novas pessoas institucionalizadas. O fato de os hospitais psiquiátricos serem de referência regional contribui para a dificuldade de articulação com os serviços da RAPS de referência de todas as pessoas internadas. Pudemos verificar que a principal estratégia dos hospitais²⁶ em relação a RAPS é o encaminhamento dos casos que tem alta para o CAPS. No entanto, conforme já debatido ao longo deste relatório, isso não é suficiente nem cumpre a função do hospital psiquiátrico em promover ações/articulações para que as pessoas sejam devidamente acompanhadas pelos serviços territoriais de base comunitária de referência.

24 BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 10 out. 2019.

25 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Saúde Mental em Dados**, 12, ano 10, nº 12, 2015.

26 São quatorze relatórios que apontaram o encaminhamento como principal estratégia de articulação; Hospital Especializado Lopes Rodrigues (Feira de Santana – BA); Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA); Hospital Especializado Mário Leal (Salvador – BA); Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE); Hospital Adauto Botelho (Cariacica – ES); Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo (Anápolis – GO); Casa de Eurípedes (Goiânia – GO); Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO); Hospital Nina Rodrigues (São Luís – MA); Clínica La Ravardiere (São Luís – MA); Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG); Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR); Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR); Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR).

Por outro lado, a falta de articulação da Rede Psicossocial, faz com que aumente a incidência de internações o que se confirma com relatos de nove internações descritas por uma pessoas jovem e também, dificulta a desinstitucionalização das pessoas moradoras no Recanto e no Lar Abrigado [Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente – SP].

Algumas pessoas que passaram por internação se mantêm em oficinas ofertadas pelo hospital em caráter aberto, pois segundo a equipe nos referiu, são pessoas que ficaram vinculadas ao hospital (em salão externo às alas de internação) e que se beneficiam de oficinas terapêuticas ofertadas, algumas destas pessoas fazem oficinas do Hospital e também no CAPS. Porém o que se percebe é que por parte da equipe não há uma confiança no trabalho dos demais serviços da Rede e se entende que o trabalho tanto em nível aberto como fechado são importantes para as pessoas que por ali passam [Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente – SP].

A partir das observações, os técnicos da inspeção verificaram que a instituição não trabalha com a lógica de articulação de Redes de Atenção, somente os CAPS foram mencionados como local de encaminhamentos após alta do hospital psiquiátrico [Casa de Eurípedes, Goiânia – GO].

“A equipe do hospital afirma que a maior dificuldade para manutenção dos usuários que saem da internação no hospital é a forma como são dados os encaminhamentos na rede extra-hospitalar, ou seja, na RAPS. Segundo a diretora, quando esse usuário chega a ser atendido, muitas vezes, mudam sua medicação, causando mudança no quadro clínico. Ou ainda a RAPS não funciona como deveria, ou os pacientes nem chegam à RAPS, chegando muitos a viver em situação de rua” [Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente – SP].

Em relação à articulação do hospital com a rede de serviços dos municípios, a direção informou que o tratamento não é articulado com a rede de atenção psicossocial, nem com outros equipamentos comunitários/sociais e de saúde (SUAS, cultura, esporte, por exemplo). Uma das funcionárias alegou que após a alta os usuários são encaminhados para os serviços de saúde mental dos municípios [Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP].

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, assim como a RAPS, é composta por diferentes serviços, de maneira a garantir a integralidade do cuidado (anexo VI, Portaria de Consolidação nº 3/2017) consentâneo às necessidades de saúde das pessoas.

Além das redes de atenção à saúde, o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) tem um papel bastante importante para a garantia de direitos das pessoas com deficiência e, em especial, as institucionalizadas, uma vez que

a assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (lei nº 8.742/1993)²⁷.

As residências inclusivas são uma estratégia do SUAS, no âmbito da Proteção Especial de Alta Complexidade, destinadas a jovens e adultos com deficiência

em situação de dependência, que não disponham de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar. Tem o propósito de romper com a prática do isolamento, de mudança do paradigma de estruturação de serviços de acolhimento para pessoas com deficiência em áreas afastadas ou que não favoreçam o convívio comunitário. São residências adaptadas, com estrutura física adequada, localizadas em áreas residenciais na comunidade. Devem dispor de equipe especializada e metodologia adequada para prestar atendimento personalizado e qualificado, proporcionando cuidado e atenção às necessidades individuais e coletivas. (BRASIL, 2014)²⁸

Em geral, as ações de contato com a rede extra-hospitalar estão circunscritas à emissão de guias de encaminhamento aos serviços, na lógica de referência e contrarreferência, e de contatos pontuais entre os profissionais que atuam

27 BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm>. Acesso em: 10 out. 2019.

28 BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Ministério do Desenvolvimento Social. Residências Inclusivas - Perguntas e Respostas: orientações sobre o Serviço de Acolhimento Institucional para jovens e adultos com deficiência. Brasília, 2014.

na RAPS, para fins de continuidade do cuidado na atenção básica e nos CAPS.

Não encontramos registros do trânsito terapêutico que usuárias/os fazem em outros pontos de atenção das redes, o que indica que não há uma organização sobre esta questão. Relatos indicam que recurso extra instituição não são utilizados. A instituição apresentou um documento indicando encaminhamentos da pós alta, não ficou evidenciado se há pactuação com a/o usuária/o, ainda suspeitamos que este documento tenha sido elaborado no intervalo dado para apresentação dos documentos. Não há registro de encaminhamentos corresponsáveis para demais serviços da RAPS [Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA].

Segundo a direção, a articulação do tratamento dispensado pelo hospital com a rede atenção psicossocial é feita por meio de encaminhamentos na alta (contrarreferência), com o paciente e com o serviço [Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP].

Em relação às reuniões com a Rede Raps, apesar dos funcionários informaram que elas ocorrem de forma periódica com o serviço social e a psicologia da Casa de Saúde, a direção relata que elas são esporádicas [Casa de Saúde Cananéia, Vassouras – RJ].

Apesar de haverem relatos dos funcionários de encaminhamento dos pacientes para a Rede de Atenção Psicossocial, não consta nos prontuários e também nas narrativas dos funcionários informantes que haja uma continuidade de troca de informações sobre as trajetórias dos pacientes no processo de cuidado [Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo, Anápolis – GO].

A unidade declarou que é articulada com a Rede de Atenção Psicossocial, encaminhando o paciente, por meio de formulário, para o CAPS do município de origem [Clínica La Ravardiere, São Luís – MA].

Segundo informação das profissionais, quando há necessidade de atendimento externo, as pessoas são levadas na ambulância que o hospital dispõe. Entretanto, esses atendimentos, em geral, se referem a exames e procedimentos de saúde os quais o hospital não comporta. Não foi explicitada a relação do HELR com a RAPS enquanto os pacientes estão internados. Apenas apresentou-se registros de encaminhamentos para CAPS após a desinternação de pacientes [Hospital Especializado Lopes Rodrigues, Feira de Santana – BA].

O Hospital Juliano Moreira não possui ações em conjunto com a Rede de Atenção Psicossocial, apenas faz encaminhamentos para os CAPS distribuídos na região [Hospital Juliano Moreira - Salvador – BA].

A efetiva articulação entre os serviços e entre esses e outros equipamentos comunitários/sociais é urgente para o desenvolvimento de ações contextualizadas no âmbito singular da vida dos sujeitos. Além disso, é imprescindível o avanço da consolidação de uma rede de atenção integral em saúde mental que reconheça os usuários e toda sua rede de suporte social, de modo a atuar diretamente sobre as culturas de institucionalização e da baixa tolerância no convívio com as diferenças, bem como sobre as determinantes sociais que produzem a intensificação de sofrimentos e o adoecimento em saúde mental.

Destacamos que, para além do SUS e do SUAS, a articulação com as demais políticas, especialmente de trabalho, de habitação e de esporte/lazer, é fundamental para a construção das estratégias necessárias não apenas para que as pessoas possam viver fora das instituições psiquiátricas, mas principalmente para que essa vida seja produtiva e de acordo com que as pessoas necessitam para viver.

8.

MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E FINANCIAMENTO PÚBLICO DE HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

INTRODUÇÃO

No bojo das ações estruturadas para fins de avaliação e reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, bem como na perspectiva do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), em 2002, e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), em 2004.

O acompanhamento do desenvolvimento desses programas contribui para a análise do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental do país no que se refere às dimensões políticas de gestão, as quais, por sua vez, abarcam o planejamento, implantação e consolidação da rede de atenção psicossocial territorial e comunitária, a gestão de recursos financeiros e o monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços prestados.

A seleção das instituições visitadas nesta Inspeção Nacional considerou tais elementos, incluindo a totalidade de hospitais psiquiátricos indicados para descredenciamento do SUS pelo PNASH/Psiquiatria por falta de condições mínimas de funcionamento, e também os dois maiores hospitais psiquiátricos públicos existentes atualmente no Brasil.

Valendo-se das bases de dados nacionais públicas de informação no âmbito do SUS, serão analisados neste capítulo os achados de inspeção à luz dos normativos vigentes que tratam: do cadastro dos estabelecimentos, da composição de leitos, das habilitações, do financiamento público e da lógica de repasse de recursos federais em saúde mental no tocante aos hospitais psiquiátricos. A discussão da política a partir dos seus instrumentos de gestão certamente colaboram para avaliação, monitoramento e as tomadas de decisão no contexto da política de saúde mental, álcool e outras drogas.

Por fim, apresentam-se duas dimensões de monitoramento essenciais para a prevenção da tortura e de maus-tratos, tratamentos cruéis, desumanos e degradantes a que estão sujeitas as pessoas privadas de liberdade: os canais de denúncia e os órgãos externos de controle e fiscalização.

8.1 PNASH/PSIQUIATRIA

O PNASH/Psiquiatria conforma-se como um programa de avaliação de estrutura, processo e resultado, que indica às(aos) gestoras(es) um diagnóstico da qualidade da assistência nos hospitais existentes em sua rede de saúde, ao mesmo tempo em que, para as(os) prestadoras(es), estabelece critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS e, ainda, recomenda o credenciamento daqueles hospitais sem condições assistenciais mínimas de funcionamento.

Todo o processo avaliativo é conduzido pela Comissão do PNASH/Psiquiatria em nível estadual. Os resultados do PNASH/Psiquiatria das quatro edições realizadas - nos anos de 2002, 2003-2004, 2007-2009 e, finalmente, 2012-2014 (intervalo maior que a regularidade anual prevista no PRH) - foram homologadas pelo Ministério da Saúde.

No segundo semestre de 2018, época da seleção das instituições a serem inspecionadas, havia dezesseis hospitais psiquiátricos em funcionamento no país com indicação de credenciamento pelo PNASH: dois indicados na edição de 2002-2003, quatro indicados na avaliação de 2007-2009 e outros doze indicados pela última edição do programa, nos anos 2012-2014. Na tabela abaixo são apresentados os dezesseis hospitais psiquiátricos em questão, bem como a informação sobre suspensão de novas internações após a indicação para credenciamento:

Tabela 5: Hospitais psiquiátricos indicados para credenciamento pelo PNASH/Psiquiatria e a situação verificada sobre suspensão de novas internações

UF	Município	Estabelecimento	Natureza Jurídica	Gestão	Indicativo de Credenciamento	Suspensão de novas internações
BA	SALVADOR	HOSPITAL ELISABETH MOREIRA	Pública	Estadual	PNASH 2012-2014	Não
BA	SALVADOR	HOSPITAL ESPECIALIZADO MARCO LÉAL	Pública	Estadual	PNASH 2012-2014	Não
BA	JUazeiro	SANATÓRIO M. DE F. F. F. F.	Privatizada	Municipal	PNASH 2003-2004	Não
BA	TERESIA DE SANTANA	HOSPITAL ESPECIALIZADO LOPES RODRIGUES	Pública	Estadual	PNASH 2003-2004	Não
CE	FORTALEZA	HOSPITAL PSQUIÁTRICO SÃO VICENTE DE PAULO	Privatizada	Municipal	PNASH 2007-2009	Não
GO	ANÁPOLIS	INSTITUTO DE MEDICINA DO COMPORTAMENTO EUSÉBIO BARBOSA	Privatizada	Municipal	PNASH 2012-2014	Não
MA	SAO LUIS	CLÍNICA SÃO FRANCISCO	Privada	Municipal	PNASH 2012-2014	Não
MA	SAO LUIS	HOSPITAL MARIA RODRIGUES	Pública	Estadual	PNASH 2012-2014	Não
MA	SAO LUIS	CLÍNICA LA RAYMONDE LTER	Privada	Municipal	PNASH 2012-2014	Não
MA	SAO MARCOS DO PARANÁ	HOSPITAL E CENTRO DE ESPECIALIDADES GREGOR SILVEIRA	Privatizada	Municipal	PNASH 2012-2014	Não
MT	CUIABÁ	CIATP HOSPITAL ADALDO BOTELHO	Pública	Estadual	PNASH 2012-2014	Não
PR	JOÃO PESSOA	INSTITUTO DE PSIQUIATRIA	Privada	Municipal	PNASH 2003-2009	Encerrou atividade SUS
PR	BARROBROS	HOSP. COLÔNIA VICENTE GOMES DE MATOS	Pública	Estadual	PNASH 2012-2014	Sim
SP	ARARAJÓ	CLÍNICA SÃO JOÃO ARARAJÓ	Privatizada	Estadual	PNASH 2012-2014	Sim
SP	OSANÇO	LAR BONACINA ANTONINIA VICENTINA	Privatizada	Municipal	PNASH 2012-2014	Encerrou atividade
SP	SÃO PAULO	HOSPITAL PSQUIÁTRICO LUS VILA MARIANA	Pública	Estadual	PNASH 2012-2014	Não

Fonte: Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2019.

No período transcorrido até a publicação deste relatório nacional, dois hospitais encerraram as atividades vinculadas ao SUS, quais sejam: o Instituto de Psiquiatria da Paraíba (João Pessoa – PB) e o Lar Bussocaba (Osasco – SP). Cabe registrar que o CNES do hospital de Osasco encontra-se desativado desde abril de 2019.

No que tange ao nível de gestão e à natureza, metade das instituições são públicas de gestão estadual. Praticamente todos os hospitais privados são filantrópicos sob fiscalização do gestor do SUS municipal, dos quais apenas dois caracterizam-se como instituições com fins lucrativos.

Sobre o fechamento da porta de entrada dos hospitais para suspensão de novas internações, revelou-se o descumprimento das normativas federais vigentes em doze instituições. Como é possível verificar na tabela, a maioria dos estabelecimentos psiquiátricos indicados para credenciamento que se mantêm em funcionamento está localizada na região nordeste do país. Cumpre-nos destacar, ainda, que a tabela engloba a totalidade dos hospitais psiquiátricos dos estados da Bahia e do Maranhão, onde se situam as únicas instituições com mais de cento e sessenta leitos.

De acordo com as normativas vigentes,¹ a gestão do SUS competente deverá adotar as providências para suspensão de novas internações nos hospitais que não alcançaram os índices mínimos aferidos pelo PNASH/Psiquiatria, bem como encaminhar ao Ministério da Saúde o planejamento do processo de desinstitucionalização e das altas hospitalares, vinculado ao plano de expansão da Rede de Atenção Psicossocial necessária para garantir o acesso ao tratamento no âmbito territorial e comunitário. Entre os dezesseis hospitais com indicativo de credenciamento à época da Inspeção, doze possuíam pessoas em situação de internação de longa permanência no dia da visita. Segue abaixo tabela com número de moradoras(es) identificadas(os), excluindo-se as duas instituições que haviam encerrado suas atividades até o fechamento deste Relatório (Instituto de Psiquiatria da Paraíba de João

1 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 251 de 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. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_251.pdf>..Id. Portaria nº 1.727, de 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre a homologação do resultado final do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria 2012/2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1727_24_11_2016.html>.

Pessoa – PB e Lar Bussocaba de Osasco – SP) e os três hospitais do estado do Maranhão, pois não havia informações sobre a existência de moradoras(es) (Clínica São Francisco, Hospital Nina Rodrigues, Clínica La Ravardiere).

Tabela 6: Número de moradores encontrados na inspeção em HP's indicados para descredenciamento pelo PNASH/Psiquiatria

Fonte: Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2019.

UF	Município	Estabelecimento	Moradores
BA	SALVADOR	HOSPITAL JULIANO MOREIRA	44
BA	JUAZEIRO	SANATÓRIO NOSSA SENHORA DE FÁTIMA	há moradoras, porém sem precisão numérica
BA	FEIRA DE SANTANA	HOSPITAL ESPECIALIZADO LOPES RODRIGUES	54
CE	FORTALEZA	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO VICENTE DE PAULO	8
GO	ANÁPOLIS	INSTITUTO DE MEDICINA DO COMPORTAMENTO EURÍPEDES BARSANULFO	30
MG	SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO	HOSPITAL E CENTRO DE ESPECIALIDADES GEDOR SILVEIRA	6
MT	CUIABÁ	CIAPS HOSPITAL ADAUTO BOTELHO	há moradoras, porém sem precisão numérica
PE	BARREIROS	HOSPITAL COLÔNIA VICENTE GOMES DE MATOS	73
SP	ARARAS	CLÍNICA ANTÔNIO LUIZ SATIÃO	100
SP	SÃO PAULO	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE VILA MARIANA	há moradoras, porém sem precisão numérica

O relatório do Hospital Adauto Botelho (CIAPS), de Cuiabá – MT aponta a preocupação com a situação das(os) moradoras(es), algumas(ns) das(os) quais internadas(os) há mais de quinze anos na instituição:

Importante ressaltar que não se conseguiu vislumbrar projetos terapêuticos individuais e singularizados que pudessem contemplar e efetivamente se responsabilizar pela desinstitucionalização dos moradores, nem tampouco este direcionamento no modo de atenção aos demais internos. Ainda que conste no Projeto Terapêutico Global ações de desinstitucionalização, e que estas ações sejam uma dentre as providências que deveriam ter sido tomadas pela Secretaria de Estado de Saúde – SES, quando da indicação de descredenciamento do CIAPS pelo Ministério da Saúde, até o seu fechamento, conforme portaria 1727/2016 (Hospitais reprovados no PNASH) [CIAPS Hospital Adauto Botelho, Cuiabá – MT].

Não obstante a invisibilidade das(os) moradoras(es) de hospitais psiquiátricos e o descompromisso das(os) gestoras(es) com a efetivação de ações céleres que assegurem o direito à desinstitucionalização dessas pessoas, a situação ilustrada a partir desse hospital revela o aporte de novos recursos públicos para a reforma e ampliação dessas instituições, na contramão das

normativas pactuadas no âmbito do SUS.

Imperativo informar que neste ano de 2019, o CIAPS Adaauto Botelho está em “reforma”, lançada ainda no final da gestão do governo Estadual em 2018, com valor estimado em oito milhões de reais, tendo como proposta trazer o Hospital Psiquiátrico novamente para o centro da rede de atenção psicossocial, com a reabertura do Pronto Atendimento como porta de entrada, em total contrariedade ao que vem se propondo como política de saúde mental para o Estado de MT, com discussão ampla e coletiva, com proposições aprovadas nas Conferências Estaduais de Saúde Mental/2001 e 2010, na Lei Complementar nº 465 (Lei Estadual Saúde Mental) e na Resolução CES-MT nº 14/2011, estas sim representativas daquilo que a população exigiu e deliberou como política de saúde mental no Estado de Mato Grosso [CIAPS Hospital Adaauto Botelho, Cuiabá – MT].

Os recursos públicos, que deveriam ser prioritariamente aportados na estruturação de uma rede de serviços de base territorial e comunitária, próxima ao local onde vivem as pessoas, são disputados politicamente e, muitas vezes, alocados em serviços que perpetuam a lógica da segregação e violam direitos humanos. O fortalecimento da atenção básica e de serviços territorializados de atenção psicossocial é estratégico tanto para a prevenção de agravos quanto para a produção de um cuidado em saúde singularizado e que incida sobre a vida cotidiana das pessoas, em consonância com os preceitos da Lei nº 10.216/2001.

A dimensão do financiamento será discutida adiante. Por enquanto, cabe tão somente registrar que a reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar inclui a proposição de realocação progressiva dos recursos financeiros utilizados no componente hospitalar psiquiátrico para as ações territoriais e comunitárias de saúde mental, consequente à reorientação do modelo e ao fechamento dos leitos nos processos de desinstitucionalização.

Finalmente, no levantamento das informações para seleção dos serviços indicados para descredenciamento pelo PNASH a serem visitados nesta Inspeção,

identificaram-se trinta e três² estabelecimentos psiquiátricos fechados ou que informaram no CNES o encerramento de suas atividades e ainda não foram desabilitados por ato administrativo oficial do Ministério da Saúde.

8.2 A RELAÇÃO ENTRE TIPO DE LEITOS, PORTE HOSPITALAR E A HABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS PSIQUIÁTRICOS

A totalidade dos estabelecimentos visitados nesta Inspeção Nacional prestava serviço ao SUS, estando, à época, habilitados como hospitais psiquiátricos pelo Ministério da Saúde e fazendo jus ao repasse de recursos financeiros federais.

De acordo com as normativas vigentes, define-se como “hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação”.³

A habilitação de hospitais psiquiátricos é marcada pela classificação dos hospitais de acordo com o porte, do que decorre os valores das diárias hospitalares em psiquiatria. Ao longo dos anos, sucessivas normativas ajustaram

2 Clínica de Repouso Dr José Lopes de Mendonça (Maceió – AL); Clínica Psiquiátrica de Itabuna (Itabuna – BA); Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA); Hospital Especializado Mário Leal (Salvador – BA); Hospital Especializado Afrânio Peixoto (Vitória da Conquista – BA); Casa de Saúde Santa Tereza (Crato – CE); Centro de Saúde Mental Clodoveu de Carvalho (Jataí – GO); Casa de Saúde Dr. Aragão Villar (Juiz de Fora – MG); Clínica São José (Leopoldina – MG); Clínica Serra Verde (Vespasiano – MG); Sanatório Barbacena (Barbacena – MG); Clínica Neuropsiquiátrica de Alfenas (Alfenas – MG); Clínica Psiquiátrica Pinho Masini (Juiz de Fora – MG); Hospital São Marcos SA (Juiz de Fora – MG); Unidade de Reabilitação Psíquico Social (Benevides – PA); Inst. C. de N. e Reabilitação Funcional (Campina Grande – PB); Instituto de Psiquiatria da Paraíba (João Pessoa – PB); Hospital José Alberto Maia (Camaragibe – PE); Comunidade Psicoterapêutica Nossa Senhora das Graças (Camaragibe – PE); Hospital Estadual Teixeira Brandão (Carmo – RJ); Clínica Paulo de Frontin (Engenheiro Paulo de Frontin – RJ); Clínica de Repouso Valência (Rio de Janeiro – RJ); Fund. H Dr C D Hospital do Seridó (Caicó – RN); Clínica Santa Maria (Natal – RN); Casa de Saúde Santa Maria (Aracaju – SE); Sanatório Espírita Vicente de Paulo (Ribeirão Preto – SP); Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Nova Granada (Nova Granada – SP); Associação Instituto Chui de Psiquiatria (São José dos Campos – SP); Anexo Psiquiátrico Irmã Valentina (Garça – SP); Lar Bussocaba (Osasco – SP); Clínica Psiquiátrica Salto de Pirapora (Salto de Pirapora – SP); Hospital Psiquiátrico Vera Cruz (Sorocaba – SP) e Instituto de Psiquiatria Tupã (Tupã – SP).

3 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 251, de 31 de janeiro de 2002.

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

e reagruparam as classes e os valores correspondentes às diárias em psiquiatria, de forma a revisar a proposição original do início dos anos 2000.

A classificação dos hospitais psiquiátricos vigente, no que se refere ao porte hospitalar, tem como referência as Portarias GM/MS nº 2.644, de 28 de outubro de 2009, e SAS/MS nº 404, de 19 de novembro de 2009, não obstante haver portarias posteriores de reclassificação ou descredenciamento de alguns estabelecimentos. Nos anos de 2017⁴ e 2018, o Ministério da Saúde publicou normativas que reajustaram os valores das diárias de internação em psiquiatria até então praticados, atrelando-os às classes e ao tempo de duração da internação hospitalar.

Segue abaixo a classificação dos hospitais psiquiátricos vigentes considerando o porte e recursos/valores:

Tabela 7 Classificação dos hospitais psiquiátricos por porte e recursos/valores

Fonte: Portaria GM/MS nº 2.644, 2009

Portaria GM/MS nº 2.644/2009		Portarias GM/MS nº 3.588/2017 e nº 2.434/2018	
CLASSE	PORTE	Valores da diária em internação conforme duração	
		Permanência máxima de 90 dias	Permanência superior a 90 dias ou reinternação antes de 30 dias após alta
Nível I	Até 160 leitos	R\$ 82,39	R\$ 66,04
Nível II	De 161 a 240 leitos	R\$ 69,99	R\$ 56,18
Nível III	De 241 a 400 leitos	R\$ 61,00	R\$ 50,84
Nível IV	Acima de 400 leitos	R\$ 58,99	R\$ 47,28

4 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 23 out. 2019.

Cabe enfatizar que os valores de incremento repassados são inversamente proporcionais ao número de leitos psiquiátricos do hospital. Tal perspectiva está alicerçada no Programa de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS, criado há quinze anos com o objetivo de orientar a reorganização da rede de assistência hospitalar psiquiátrica, na direção da redução progressiva e planejada do porte hospitalar, o que incidiria, por conseguinte, na melhoria da qualidade da assistência.

A última edição do informativo *Saúde Mental em Dados*⁵, publicada pelo Ministério da Saúde no ano de 2015, informava a existência de 167 hospitais psiquiátricos vinculados ao SUS, distribuídos em 116 municípios por 23 estados do país, totalizando 25.988 leitos. À época, cerca de 48% dos leitos SUS encontravam-se em estabelecimentos de pequeno porte (até 160 leitos), seguido de 24% em serviços correspondentes ao porte do Nível II, 18% em hospitais de porte equivalente ao Nível III e, finalmente, 9% (2.400 leitos) dos leitos em estabelecimento acima de quatrocentos leitos.

Segundo o Ministério da Saúde, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) deve ser a fonte considerada no acompanhamento do quantitativo de leitos hospitalares, que deve ser mantido atualizado permanentemente pelos gestores local e estadual do SUS. Contudo, as visitas aos estabelecimentos psiquiátricos indicaram disparidades entre o quantitativo de leitos psiquiátricos cadastrados no CNES e aquele verificado in loco pelas equipes de inspeção, conforme apresentado no capítulo 1 (Parte II), o que demonstra falhas no monitoramento da política pelo Ministério da Saúde.

8.2.1 Inconformidades sobre habilitação

Convém destacar, também, que as irregularidades no cadastro do estabelecimento por vezes revelam incongruências na habilitação do serviço, as quais se refletem no financiamento público federal repassado.

Com relação à habilitação dos hospitais visitados, procedeu-se à análise de dois aspectos: o quantitativo de leitos SUS não correspondente à classe/porte da habilitação como estabelecimento psiquiátrico; e a coexistência de

5 BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados*, ano 10, nº 12, out. 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48 p. Disponível em: <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2019.

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

outra habilitação vinculada ao serviço.

Há oito estabelecimentos psiquiátricos cuja habilitação do Ministério da Saúde não corresponde ao quantitativo de leitos de psiquiatria destinados ao SUS constatados nesta Inspeção Nacional, representando aproximadamente 20% dos serviços visitados, incluídas as instituições visitadas nos três estados da região sul do país.

Tabela 8: HPs com habilitação comparando número de leitos cadastrado no CNES e verificados durante Inspeção Nacional

UF	Município	Estabelecimento	Portaria de Habilitação (SA/SMS)	Classificação (porte)	Total Leitos CNES (dia/1B)		Nº de leitos SUS verificados na Inspeção
					Psiquiatria	Outros leitos existentes	
CE	FORTALEZA	HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL DE MESSEJANA	PT 404/2009	Nível I - Até 160 leitos	180	60 (Hospital Dia)	180
ES	CARIACICA	HOSPITAL ADAUTO BOTELHO	PT 404/2009	Nível II - De 161 a 240 leitos	60	40 (Clínica geral)	50*
MG	SÃO SEBASTIÃO DO PARAGUAI	HOSPITAL E CENTRO DE ESPECIALIDADES GILDO SILVA	PT 3189/2017	Nível I - Até 160 leitos	160	0	163
PR	PIRAQUARA	ASUA	PT 404/2009	Nível III - De 241 a 400 leitos	400	0	420
PI	MARINGÁ	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE MARINGÁ	PT 404/2009	Nível I - Até 160 leitos	160	80 (saúde mental)	232**
SC	SÃO JOSÉ	INSTITUTO DE PSIQUIATRIA IPQ	PT 404/2009	Nível I - Até 160 leitos	160	0	299
RS	CARIAS DO SUL	CLÍNICA PROFESSOR PAULO GUIDES LTDA	PT 404/2009	Nível I - Até 160 leitos	160	0	191
RS	PORTO ALEGRE	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO	PT 404/2009	Nível I - Até 160 leitos	140	0	249

* somente contabilizados os leitos de internação psiquiátrica

** contabilizados 160 leitos destinados aos adultos com transtornos mentais, 12 leitos para adolescentes e 80 leitos para adultos com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas

Fonte: Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2019.

Com exceção do Hospital Adauto Botelho (Cariacica – ES), os demais serviços dispõem de mais leitos psiquiátricos do que o porte em que estão habilitados e, na maioria dos casos, o número de leitos em funcionamento é superior ao cadastrado no CNES.

No caso do Hospital de Messejana (Fortaleza – CE), foram verificados 180 leitos no dia inspeção, dado registrado no CNES desde a competência de novembro/2010. Isto indica falhas no monitoramento dos serviços pelo Ministério da Saúde, uma vez que o total de leitos existentes não condiz com a habilitação do estabelecimento (Nível I - Até 160 leitos).

Tanto o referido hospital de Fortaleza quanto a maioria dos demais estabelecimentos listados na tabela acima encontram-se habilitados na classe *Nível I - Estabelecimento de Saúde com Número de leitos de Psiquiatria até 160*

leitos, correspondente aos maiores valores de financiamento pelo Ministério da Saúde. Isto indica que o governo federal está repassando mais recursos para o apoio ao funcionamento destes serviços do que o preconizado em legislação, fato esse que encerra a urgência adoção das medidas corretivas correspondentes pelos órgãos competentes, bem como a efetivação de ações de monitoramento pelo Ministério da Saúde.

Não bastasse o retrocesso social vinculado à lógica das grandes instituições psiquiátricas duramente criticadas no contexto brasileiro e por organismos internacionais,⁶ tal quadro é agravado por infringir normativa federal que proíbe a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos para além do quantitativo já cadastrado no CNES em dezembro de 2017:

Artigo 10: Fica vedada **qualquer** ampliação do número de leitos por hospitais psiquiátricos além dos já cadastrados no CNES na data de publicação desta Portaria. (Portaria GM/MS nº 3.588/2017) ‘ grifo nosso]

Cumprе ressaltar, ainda, que o CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP), tal como o Hospital Psiquiátrico de Maringá, está tipificado no CNES como hospital geral pela gestão estadual do SUS desde outubro de 2016, categorização irregular dado que se trata de instituições psiquiátricas.

Conclui-se, portanto, a importância da qualificação das ações de monitoramento a fim de evitar e corrigir situações como essas, além da necessidade de ampliação da fiscalização de tais estabelecimentos de saúde, visto a dinâmica do cenário verificado e o tempo transcorrido.

Para além da habilitação que classifica os hospitais psiquiátricos com base no porte hospitalar, verificou-se que seis estabelecimentos visitados

⁶ Manifestação da OPAS/OMS Brasil à época do lançamento do relatório **A carga dos transtornos mentais na Região das Américas, 2018**: “Investir em hospitais psiquiátricos contraria as recomendações da OPAS/OMS, que pedem o fechamento desses locais, a prestação de serviços integrados para transtornos mentais na atenção primária ou em hospitais gerais, acompanhado de apoio social. Essas medidas, além de serem mais custo-efetivas, fazem as pessoas afetadas por transtornos mentais serem mais propensas a procurar tratamento. Isso porque é mais fácil acessar serviços locais e eles não levam ao estigma e ao isolamento geralmente associados aos hospitais psiquiátricos.” Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5882:investimentos-em-saude-mental-devem-aumentar-para-atender-as-necessidades-atuais-das-americas&Itemid=839>. Acesso em: 19 nov. 2019.

dispõem de outras habilitações vigentes no nível federal. São elas: a) Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) maior que 80%; b) Serviços Hospitalares de Referência para a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; c) internação domiciliar; d) laqueadura; e) procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos em Hospital Dia; e f) cuidados prolongados.

- a. a habilitação “PNASS maior que 80%” (código 0615) concerne à classificação dos hospitais que, na edição do PNASH/Psiquiatria de 2003-2004, obtiveram pontuação igual ou superior a 81%, fazendo jus a um incremento financeiro no valor das diárias em psiquiatria, no âmbito do Programa Nacional de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS. Encontram-se habilitados, por meio da Portaria SAS/MS nº 493, de 10 de setembro de 2004, os hospitais Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR) e Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (São José – SC).
- b. Já a habilitação do Hospital Psiquiátrico de Maringá como “Serviço Hospitalar de Referência para a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas” (código 0636), configura-se como uma irregularidade administrativa a ser averiguada pelos órgãos competentes. Isto porque se trata de habilitação reservada a hospitais gerais e hospitais especializados em pediatria ou maternidades, conforme regulamentado pelas portarias no âmbito da RAPS⁷ e expresso ao longo da Portaria SAS/MS nº 953, de 2012. O relatório estadual aponta para a incongruência da habilitação e da tipificação do estabelecimento:

Configura-se, ainda, como um agravante o fato do Hospital Psiquiátrico de Maringá também estar habilitado como Serviço Hospitalar de Referência em Saúde Mental, no âmbito do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial. [...] Dessa forma, o governo federal

7 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Id. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2011. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Id. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 953, de 12 de setembro de 2012.

atualmente repassa ao município de Maringá recursos financeiros que deveriam ser destinados exclusivamente a hospitais psiquiátricos ou a hospitais gerais. A licença sanitária expedida pela prefeitura municipal de Maringá em 11 de setembro de 2018 enquadra o estabelecimento como hospital psiquiátrico [Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR].

Em consulta ao CNES, tal hospital está tipificado pela gestão local como hospital geral, desde julho de 2013. O mesmo ato normativo⁸ que habilitou a instituição a prestar serviços de internação exclusivos aos hospitais gerais é referenciado pelo Ministério da Saúde para reclassificar o Hospital Psiquiátrico de Maringá no Nível I, reservado aos estabelecimentos psiquiátricos com até 160 leitos.

- c. a modalidade de internação domiciliar foi instituída pelo Ministério da Saúde no ano de 1998 e teve redefinidas suas diretrizes operativas, financiamento e critérios de habilitação ao longo dos anos.⁹ O Hospital Especializado Lopes Rodrigues (Feira de Santana – BA) dispõe de habilitação ativa no CNES para prestação de serviços relativos à internação domiciliar, desde de 2006. Importa, aqui, tão somente destacar a incongruência de haver equipes vinculadas a hospitais psiquiátricos, exclusivamente constituídas para prestar o cuidado em domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais.
- d. A habilitação do Hospital Especializado Lopes Rodrigues (Feira de Santana – BA) para a realização de laqueadura (código 1901), uma intervenção de esterilização definitiva, se deu a partir da publicação da Portaria nº 121, de 25 de março de 2013. Esta habilitação permite a realização e o registro de procedimentos como “laqueadura tubária” (código 04.09.06.018-6) e “parto cesariano com laqueadura tubária” (código 04.11.01.004-2). Cabe destacar mais uma vez a incongruência e os graves riscos de violação ligados à existência de tal habilitação em um estabelecimento psiquiátrico.
- e. A habilitação do CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP) para a realização de “procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos em regime de Hospital Dia” (código 1202) se deu a partir da publicação da Portaria SAS/

8 Id. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 123, de 31 de janeiro de 2013. Estabelece recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade ao Estado do Paraná e ao Município de Maringá - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Implantação de leitos de Serviço Hospitalar de Referência em Saúde Mental, no âmbito do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial).

9 Atualmente, “Atenção Domiciliar” no âmbito do SUS é regulamentada pela Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013.

MS nº 50, de 25 de fevereiro de 2004. Esta habilitação exige condições específicas do estabelecimento de saúde, incompatíveis com o funcionamento de hospitais psiquiátricos, tais como: centro cirúrgico equipado, centro de esterilização e desinfecção de materiais, possibilidade de realização de ato anestésico, enfermarias equipadas com oxigênio, carro de parada e medicamentos necessários em emergências. É, ainda, importante destacar a inobservância de médico anestesista, dentre as(os) profissionais da equipe de saúde do hospital, tanto no CNES quando no relatório de visita. Além disso, os serviços condizentes à habilitação em questão não constam no Projeto Técnico Institucional do hospital.

- f. há três instituições visitadas com habilitação de “Cuidados Prolongados”,¹⁰ autorizando o Hospital Especializado Lopes Rodrigues (Feira de Santana – BA), a Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP) e o CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP) a realizarem procedimentos e receberem as diárias hospitalares constantes nas tabelas do SUS relativas:

[...] ao atendimento hospitalar de pacientes crônicos portadores de múltiplos agravos à saúde, convalescentes e/ou de cuidados permanentes que necessitam de assistência contínua e de reabilitação físico funcional, com vistas à reinserção social (Portaria nº 2.413, de 23/03/1998).

Guardadas as mudanças nas normativas assistenciais federais¹¹ sobre a organização hospitalar orientada para os cuidados prolongados nas redes de atenção à saúde, os relatórios estaduais da presente Inspeção Nacional indicam que esses leitos são destinados a pessoas com deficiência muitas vezes, institucionalizadas desde a infância e, no caso de enfermidades neurológicas, frequentemente transinstitucionalizadas de outros hospitais psiquiátricos ou instituições asilares fechadas ao longo dos anos.

Foram observados, a partir dos prontuários, diversos casos de pessoas

10 Códigos 0901 – enfermidades cardiovasculares, 0902 – enfermidades pneumológicas, 0903 - neurológicas, 0905 – enfermidades oncológicas, 0906 – enfermidades decorrentes da AIDS, 0907 – enfermidades devido à causas externas.

11 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html>.

internadas desde a infância, sem registro ou informações sobre sua origem; muitos destes oriundos do extinto PADME - Programa de Apoio ao Deficiente Mental, que existiu há, aproximadamente, 30 anos. Informam também que houve troca de usuário com outros Hospitais Psiquiátricos que foram fechando, em especial, o Bezerra de Menezes de Rio Claro, sendo enviados usuários “agudos” e recebidos casos “crônicos”. [Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP].

Atualmente conta com 9 unidades, sendo 276 leitos ocupados, e destes, 16 com adolescentes. Todos os leitos são pelo SUS. Muitos dos pacientes são neurológicos, e segundo a direção grande parte destes vieram do Hospital Juqueri (sequelas de AVC). Muitos dos usuários hoje moradores chegaram crianças [...] [CAIS Clemente Ferreira, Lins – SP].

Diante do exposto, entre os achados desta inspeção, é importante dar visibilidade a duas situações extremas identificadas na Inspeção envolvendo a institucionalização de pessoas com deficiência no Cais Clemente Ferreira (Lins – SP). Tais situações tratam-se da ocupação de leitos “crônicos” ou “neurológicos” por uma menina de dez anos, internada desde os sete anos, e por uma idosa de 106 anos, internada na instituição desde 1978, isto é, há mais de quarenta anos.

A lei Brasileira de Inclusão, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e o componente de desinstitucionalização da RAPS prevêem a implantação de residências terapêuticas ou residências inclusivas, associada à implementação da rede extra-hospitalar de cuidados consentâneos às suas necessidades. Desse modo, faz-se urgente a avaliação clínica, psiquiátrica e psicossocial da totalidade das pessoas com agravos neurológicos institucionalizadas em hospitais psiquiátricos, para fins de planejamento do processo de desinstitucionalização, visando assegurar o direito à reinserção social e comunitária.

Convém, aqui, aludir aos direitos das pessoas com deficiência, nos termos da LBI, que estabelece ser obrigação do poder público garantir a dignidade da pessoa com deficiência ao longo de toda a vida e assegurar atuação permanente, integrada e articulada de políticas públicas que possibilitem a plena participação social dos sujeitos.

8.2.2 Inconformidades sobre tipos de leitos

Com relação à composição de leitos dos estabelecimentos visitados, importa, enfim, evidenciar que o cadastro do CNES de nove hospitais psiquiátricos apresenta a coexistência de outros leitos hospitalares, para além dos leitos de psiquiatria, conforme tabela abaixo. Entretanto, a descrição da organização assistencial de tais instituições sugere a problematização dessa distinção se considerados os elementos já expostos, tangíveis aos leitos crônicos e aos leitos de saúde mental, o que pode ser estendido aos leitos de reabilitação.

Tabela 9: HPs inspecionados por outros tipos de leitos registrados no CNES

Tipo de Leito	Hospitais Psiquiátricos	Total de Leitos CNES* por HP		Total de Leitos CNES* Geral	
		Existentes	SUS	Existentes	SUS
Hospital-Dia	Hospital de Saúde Mental de Messejana (CE)	60	60	210	140
	Casa de Eurípedes (GO)	100	30		
	CAISM Vila Mariana (SP)	50	50		
Clínica Geral	Hospital Adauto Botelho (ES)	40	40	90	90
	Hospital Nina Rodrigues (MA)	50	50		
Crônicos	HOSMAC (AC)	12	12	352	312
	Clínica Antônio Luiz Sayão (SP)	160	120		
	CAIS Clemente Ferreira (SP)	180	180		
Reabilitação	Casa de Eurípedes (GO)			108	72
Unidade de Cuidados Intermediários Adulto	Hospital Nina Rodrigues (MA)			7	7
Leitos Saúde Mental em Hospital Geral	Hospital Psiquiátrico de Maringá (PR)			80	80
* competência dezembro/2018		Total		847	701

Fonte: Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2019.

O relatório estadual da Casa de Eurípedes (Goiânia – GO) é categórico ao apresentar a estrutura da instituição descrevendo as alas destinadas à internação em psiquiatria, que atende a pessoas com transtornos mentais e àquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, além do hospital-dia e escola mantida pela instituição mantenedora do hospital. Ou seja, não há na rotina da instituição a diferenciação, apresentada no cadastro do CNES do estabelecimento, entre os leitos de psiquiatria e de reabilitação.

De acordo com narrativas a proposta terapêutica, o tratamento institucional é com foco nos sintomas e na abstinência. Ou seja, atendem situações de crise tanto para pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas quanto para pessoas em sofrimento mental decorrentes de transtornos mentais [Casa de Eurípedes, Goiânia – GO].

Tal dimensão se mostra relevante se considerarmos que, entre os hospitais psiquiátricos visitados nesta Inspeção Nacional, a somatória dos leitos “crônicos” e de “reabilitação” representam a maioria em relação às demais tipificações existentes.

8.3. O FINANCIAMENTO PÚBLICO FEDERAL EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

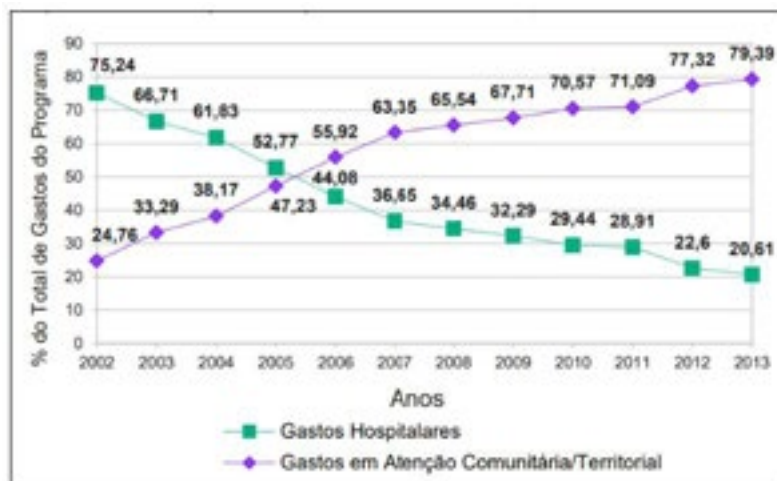
A reorientação do modelo assistencial em saúde mental implica, necessariamente, o redirecionamento do montante de recursos financeiros públicos para fins de estruturação e consolidação de uma rede de serviços de atenção psicossocial de base territorial e comunitária.

O Ministério da Saúde reconheceu o ano de 2005¹² como um marco na inversão do financiamento público federal em saúde mental, a partir de quando os recursos investidos em serviços extra-hospitalares superaram o financiamento destinado aos serviços hospitalares, aqui considerados os hospitais gerais e hospitais psiquiátricos, indicando a gradual substituição do modelo hospitalocêntrico por meio da expansão da rede de serviços de atenção comunitária. Os anos subsequentes foram marcados pelo progressivo alargamento da curva de financiamento. Ao fim de 10 anos, a proporção de recursos assistenciais extra-hospitalares alcançou o índice que, em 2002, correspondia aos recursos destinados aos serviços hospitalares, conforme figura abaixo.

12 BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados, Brasília, no 10, nº 12, out. 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em: <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2019.

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

Gráfico 9: Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial (Brasil, dez. 2002 a dez. 2013)



Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

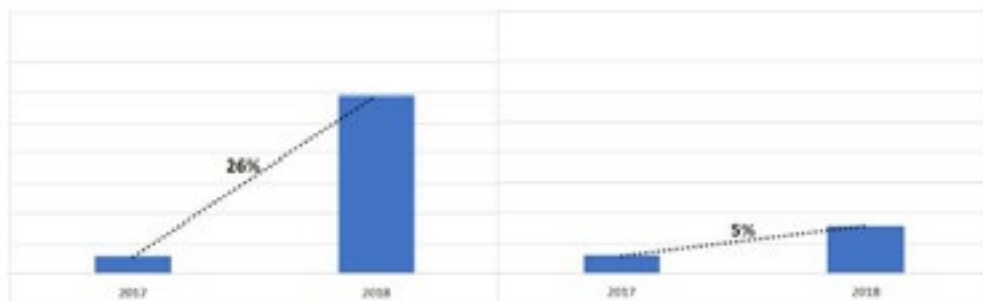
A insuficiência de dados públicos atualizados limita a possibilidade de análise da evolução dos gastos federais nos últimos cinco anos. Contudo, o acesso ao orçamento do Ministério da Saúde destinado à saúde mental e aos valores correspondentes aos procedimentos de internação em hospitais psiquiátricos, nos anos de 2017 e 2018, permite afirmar um novo marco histórico na curva de financiamento, dessa vez, porém, representado pela ascendência do financiamento de hospitais psiquiátricos em detrimento dos recursos aplicados na rede extra-hospitalar.

No ano de 2018, o Ministério da Saúde destinou à Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas o montante de R\$ 1.508.146.093,08,¹³ o que representa um aumento de aproximadamente 5% sobre o orçamento executado

13 BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a Informações previsto no Inciso XXXIII do artigo 5º, no inciso II do § 3º do artigo 37 e no § 2º do artigo 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm>. Acesso em: 10 out. 2019.

em 2017.¹⁴ No mesmo período, o aumento do financiamento destinado aos hospitais psiquiátricos cresceu cerca de 26%,¹⁵ considerando os valores correspondentes aos procedimentos informados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), informalmente conhecido como “a produção hospitalar com base no registro da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)”.

Gráfico 10: *Proporção do Financiamento federal destinado a hospitais psiquiátricos em relação ao orçamento global destinado à saúde mental, no período 2017-2018*



Fonte: Ministério da Saúde, 2018.

Num cenário marcado pela limitação dos gastos públicos em saúde – na vigência da Emenda Constitucional nº 95 de 2016 –, a União, os Estados e os Municípios estão sujeitos a um severo contingenciamento de recursos destinados ao financiamento do SUS. A limitação da receita impacta diretamente as decisões de gestão, compelindo à priorização de investimentos em determinadas ações ou programas.

14 Orçamento da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas executado pelo Ministério da Saúde em 2017: R\$ 1.433.931.299,00.

15 Valores repassados por produção de AIH pelo Ministério da Saúde: R\$ 139.007.694,19 (2017) e R\$ 176.134.905,25 (2018).

O Ministério da Saúde, nesta conjuntura, optou por aportar mais de R\$ 97.000.000,00 ao financiamento de hospitais psiquiátricos.¹⁶ E o fez beneficiando tanto os estabelecimentos classificados (aprovados) pelo PNASH quanto, ainda mais grave, aqueles indicados para descredenciamento por não disporem das condições mínimas de assistência. Tal medida contraria frontalmente os compromissos proclamados pela América Latina por meio da Declaração de Caracas (1990), no que tange à reestruturação da assistência em saúde mental:

[...] os recursos, cuidado e tratamento devem: Salvaguardar invariavelmente a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; Estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; Propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário.

O impacto negativo no financiamento federal para os serviços comunitários de saúde mental pode ser ainda maior, se consideradas as suspensões do repasse de recursos para implantação e manutenção de CAPS, SRT e unidades de acolhimento em mais de 906 cidades de todo país, no final de 2018, e a destinação de quarenta milhões de reais do orçamento da saúde para o financiamento de vagas em Comunidades Terapêuticas no mesmo ano, em ação interministerial¹⁷ coordenada pelo Ministério da Justiça.

As portarias de suspensão de recursos¹⁸ destinados aos serviços comunitários de saúde mental foram recentemente revogadas pelo Ministério da

16 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 164, de 19 de janeiro de 2018. Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a ser incorporado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar-MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Disponível em: <<https://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2018/02/portaria164-rn.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.

17 BRASIL. Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1286090>. Acesso em: 10 out. 2019. Maiores informações podem ser obtidas no voto de Agravado de Instrumento n. 0016133-39.2016.4.03.0000 – SP proferido pela Desembargadora Federal Consuelo Yoshida, do Tribunal Regional Federal da 3ª Região, no item “7. O Edital de Credenciamento SENAD n. 01/2018, de 25/04/2018. Do repasse de verbas orçamentárias do Ministério da Saúde: a regulamentação pela Portaria Interministerial nº 02 - (MJ/MS/MDS/MT), de 21 de dezembro de 2017”. Disponível em: <<http://web.trf3.jus.br/acordaos/Acordao/BuscarDocumentoGedpro/7286477>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

18 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.659, de 14/11/2018 e Portaria GM/MS nº 3.718, de 22/11/2018.

Saúde,¹⁹ em aceno às recomendações da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal,²⁰ que afirmavam que o corte de repasses atingiu serviços em pleno funcionamento e se deu sem garantir aos municípios a oportunidade de defesa e ao contraditório. Ressalta-se que a referida medida de suspensão de recursos financeiros federais abrangeu, também, o financiamento de leitos de saúde mental em hospitais gerais.

Apesar de terem sido solicitadas informações ao Ministério da Saúde²¹ sobre o quantitativo de serviços da RAPS que já estão em funcionamento e ainda aguardam habilitação e repasse de recursos federais para apoio ao custeio mensal, até o fechamento deste Relatório Nacional o ofício²² encaminhado ao órgão não havia sido respondido. De todo modo, revela-se premente a priorização do aporte financeiro federal em ações que qualifiquem e assegurem o tratamento em saúde mental, álcool e outras drogas no contexto comunitário, em observância à legislação nacional e às recomendações da OMS relativas ao melhor custo-benefício dos serviços de cuidado territorial:

Cuidados primários para saúde mental são acessíveis em termos de custo e apresentam um boa relação custo-benefício. Serviços de cuidados primários para a saúde mental são menos caros que hospitais psiquiátricos para os pacientes, comunidades, assim como para os governos. Além disso, pacientes e famílias evitam custos indiretos associados com a procura de cuidados especializados em locais distantes. O tratamento de perturbações mentais comuns tem uma boa relação custo-benefício, e investimentos por parte de governos podem trazer benefícios importantes²³.

19 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.387, de 13/09/2019.

20 Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/atuacao-do-mpf/recomendacao-pfdc-mpf-4-2018>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

21 Foram solicitadas informações por meio do Ofício CNMP nº 13/2019 – CES, datado de 07/10/2019, via SEI.

22 Foram solicitadas informações por meio do Ofício CNMP nº 13/2019 – CES, datado de 07/10/2019, via SEI.

23 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde de primários**: uma perspectiva global. Lisboa: OMS/Wonca, 2009.

8.4 A LÓGICA DE REPASSE DE RECURSOS PARA HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS E A PRODUÇÃO HOSPITALAR

O Ministério da Saúde apresenta a produção hospitalar de internações em hospitais psiquiátricos como referência para aferir o montante de recursos federais repassados aos estados e municípios e para fins de apoio à manutenção das ações realizadas por tais instituições. A produção hospitalar é realizada por meio do registro mensal da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) por todos os gestores e prestadores de serviços públicos no sistema de informação do governo federal.

O papel do governo federal compreende o repasse dos recursos às gestões locais e o monitoramento das ações e serviços prestados à população, cabendo aos estados e/ou municípios a execução dos serviços em saúde, de forma direta ou por meio da contratualização com prestadores privados, de forma complementar.

A tabela abaixo apresenta a relação de hospitais psiquiátricos vinculados ao SUS, discriminando o quantitativo de leitos públicos e os dados sobre a produção hospitalar por estado nos anos de 2017 e 2018. Cabe esclarecer que a produção hospitalar abarca o “físico”, correspondente ao número de AIH, e o “financeiro”, qual seja o montante anual relativo ao valor federal do procedimento/atendimento pelo SUS.

Tabela 10: Relação de Hospitais Psiquiátricos vinculado ao SUS por Estado: nº de leitos SUS e Produção Hospitalar - AIH nos anos de 2017 e 2018

UF	Nº Serviços	Leitos SUS	Produção – AIH – Ano 2017		Produção – AIH – Ano 2018	
			Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
AC	1	53	823	R\$ 625.089,77	964	R\$ 649.790,06
AL	4	504	7.051	R\$ 7.305.413,59	6.745	R\$ 9.292.863,30
AM	1	28	564	R\$ 235.824,66	499	R\$ 264.328,99
BA	4	373	4.712	R\$ 4.377.579,97	5.475	R\$ 5.129.920,45
CE	3	470	9.110	R\$ 7.243.576,36	9.340	R\$ 9.457.388,32
DF	1	83	2.339	R\$ 1.329.252,73	2.355	R\$ 1.774.169,13
ES	2	95	1.665	R\$ 1.877.469,28	2.164	R\$ 1.715.254,24
GO	6	560	9.634	R\$ 7.960.795,60	9.889	R\$ 11.409.719,76
MA	3	583	6.750	R\$ 8.307.306,67	5.800	R\$ 8.261.477,50
MG	7	857	6.585	R\$ 7.068.242,70	6.880	R\$ 7.611.283,83
MS	2	93	945	R\$ 1.001.229,13	971	R\$ 1.442.019,04
MT	2	202	2.211	R\$ 1.848.029,85	2.395	R\$ 2.801.423,41
PB	3	375	6.332	R\$ 5.772.090,01	5.239	R\$ 6.080.105,34
PE	6	644	4.000	R\$ 3.279.564,99	4.784	R\$ 4.920.122,34
PI	1	160	2.022	R\$ 1.422.736,80	2.164	R\$ 1.730.351,80
PR	12	1.795	28.369	R\$ 23.860.529,02	28.194	R\$ 34.371.267,86
RJ	16	2.078	11.975	R\$ 9.246.739,30	9.474	R\$ 7.792.854,80
RN	3	361	3.297	R\$ 3.681.443,21	3.316	R\$ 4.860.132,71
RS	8	853	9.322	R\$ 8.229.042,91	9.509	R\$ 12.101.506,93
SC	3	434	3.207	R\$ 2.680.708,62	3.111	R\$ 2.625.311,41
SE	2	157	784	R\$ 949.938,94	639	R\$ 738.758,46
SP	31	4.694	36.366	R\$ 30.725.090,08	37.320	R\$ 41.104.855,57
Total Geral	121	15.532	158.063	R\$ 139.007.694,19	157.227	R\$ 176.134.905,25

Fonte: Lei de Acesso à Informação/Ministério da Saúde, 2019.

De acordo com o Ministério da Saúde, havia 121 hospitais psiquiátricos em funcionamento no ano de 2018, distribuídos em 22 estados e totalizando 15.532 leitos destinados ao sistema público de saúde. A amostra de estabelecimentos visitados nesta Inspeção Nacional abrangeu, portanto, 33% do total de hospitais e 41% do total de leitos destinados ao SUS.

São Paulo e Paraná despontam como os estados com maior registro de internações psiquiátricas nos Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do SUS, representando cerca de 40% do total da produção hospitalar psiquiátrica do país. Há correspondência entre o número de leitos SUS existentes e a produção hospitalar em São Paulo, estado que concentra a maioria dos leitos em hospitais

psiquiátricos do Brasil. Entretanto, essa máxima não vale para o Paraná, que têm menos leitos em hospitais psiquiátricos destinados ao SUS que o estado do Rio de Janeiro, porém é superior no volume de internações. Além das Regiões Sul e Sudeste, destaca-se o volume de internações hospitalares psiquiátricas no estado de Goiás e, no Nordeste, nos estados do Ceará e de Alagoas.

O registro dos procedimentos de internação em psiquiatria no SIH/SUS é obrigatório e deve ser realizado por todos os estabelecimentos psiquiátricos habilitados e que prestam serviços ao SUS. Cabe ao Ministério da Saúde tomar as medidas cabíveis no sentido de verificar o funcionamento dos serviços e providenciar a desabilitação, por meio de portaria, nos casos de estabelecimentos que encerraram suas atividades junto ao SUS.

Cumpre-nos, aqui, ressaltar que o montante de recursos federais repassados pelo governo federal para o financiamento de internações em hospitais psiquiátricos é ainda maior do que o valor correspondente aos procedimentos de internação em psiquiatria informado nos dias atuais. Isto porque os recursos federais são regularmente transferidos de forma automática e mensal para os estados e municípios, através dos fundos de saúde. Essas transferências são realizadas com base nos valores estabelecidos em Portarias de incorporação de recursos publicadas pelo Ministério da Saúde.

Para além da Portaria GM/MS nº 164 de 19 de janeiro 2018, já citada ao longo deste relatório, há, ao menos, outras duas portarias que aportaram recursos federais aos tetos financeiros dos estados e municípios nos anos 2000²⁴, relativos à recomposição de diárias ou reclassificação de porte de hospitais psiquiátricos habilitados pelo Ministério da Saúde.

Essa é uma informação importante para o controle social e a gestão do SUS, pois o montante de recursos historicamente incorporado nos tetos públicos

24 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 358, de 09/03/2004, Portaria GM/MS nº 2.647, de 28/10/2009.

deve subsidiar os planos²⁵ municipais e estaduais de saúde mental, voltados ao fortalecimento da atenção psicossocial, por meio da expansão e qualificação de ações e serviços de base territorial e comunitária.

Nesse sentido, o Programa de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica, desde 2004, estabeleceu em seu artigo 9º que

Os recursos financeiros restantes após a redução de leitos, em cada etapa e a cada nova redução, permanecerão nos tetos municipais e estaduais, quando em gestão plena do sistema, para utilização na rede local, microrregional e regional de serviços de saúde mental, de modo a apoiar o financiamento da implantação e manutenção de CAPS, serviços residenciais terapêuticos e outros serviços de saúde mental nos municípios de destino dos pacientes desinstitucionalizados, bem como custear equipes para suporte à desinstitucionalização (Portaria GM/MS nº 52/2004).

As normativas federais subsequentes ratificaram a manutenção dos recursos nos tetos locais, o fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos no processo de desinstitucionalização e o redirecionamento do financiamento correspondente para o fortalecimento da RAPS:

Art. 18. No curso do Programa de Desinstitucionalização, com a re-inserção comunitária das pessoas até então internadas, os respectivos leitos serão fechados, com a imediata exclusão do número de leitos no SCNES e imediata comunicação à Secretaria Estadual de Saúde e ao Ministério da Saúde.

§ 1º Os recursos financeiros correspondentes às Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) dos leitos fechados serão mantidos ou realocados para o teto orçamentário do Município, que se responsabilizará pela atenção às pessoas desinstitucionalizadas, com fins de aplicação na RAPS local.

25 “O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. Configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade desta atenção e é elaborado observando os prazos do PPA conforme definido nas leis Orgânicas dos entes”. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/guiainformacao/plano-de-saude/>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

§ 2º A realocação dos valores correspondentes às AIH dos leitos fechados será pactuada e aprovada na CIR e homologada na CIB (Portaria GM/MS nº 2.840/2014).

Três anos após a criação do Programa de Desinstitucionalização, o Ministério da Saúde proibiu a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e reafirmou a instância estadual de pactuação e articulação da gestão do SUS como espaço de deliberação do redirecionamento dos recursos psiquiátricos para ações em saúde mental:

O fechamento dos leitos de hospitais psiquiátricos levará ao redirecionamento do recurso correspondente, por parte do Ministério da Saúde, para outras ações em saúde mental no respectivo Estado, mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Portaria GM/MS nº 3.588/2017, artigo 10º, parágrafo único).

A análise sobre o financiamento dos estabelecimentos psiquiátricos não se finda com a avaliação dos repasses federais das diárias em psiquiatria. Há outras dimensões do financiamento que não foram objeto de avaliação nesta Inspeção Nacional, entre elas: montante de repasses financeiros pelo SUS no âmbito das gestões estaduais e municipais; recursos advindos de emendas parlamentares; subvenções e isenções de impostos voltadas às instituições filantrópicas; doações, dentre outros.

No nível federal identificam-se iniciativas na área da saúde voltadas ao repasse de incentivos financeiros ou de isenções fiscais às entidades filantrópicas, que contemplam hospitais psiquiátricos dentre os beneficiados, a saber: o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que Atuam na Área da Saúde e que Participam de Forma Complementar do SUS (PROSUS), o Incentivo Financeiro 100% SUS e o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS).

A título de exemplo, há 27 hospitais psiquiátricos do país atualmente com CEBAS vigente pelo Ministério da Saúde, nove dos quais visitados nesta

Inspeção,²⁶ cabendo a essas instituições a prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60%.

No nível local, a presente Inspeção identificou relato de cofinanciamento de gestão municipal no estado da Bahia pelos serviços prestados por hospital psiquiátrico. É possível que esta seja a realidade de outros municípios ou regiões do país.

É um hospital registrado como associação sem fins lucrativos, que recebe internações particulares e é prestador de serviço do município onde está localizado. A instituição está inscrita no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) com número CNES 25101189, registrado como sendo de gestão municipal, com previsão de repasse é cerca de R\$ 113.000,00 mas o município chega a financiar, mensalmente, entre R\$ 280.000,00 e R\$ 330.000,00 por causa dos registros de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), no momento da inspeção o repasse financeiro está acontecendo via intervenção judicial, uma vez que existem inadimplências que a gestão da unidade ainda não resolveu. [Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA].

26 Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro/BA), Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo (Anápolis – GO), Casa de Eurípedes (Goiânia – GO), Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara/PR), Clínica Nosso Lar Adamantina (Adamantina – SP); Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP); Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP) e Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP).

8.5 ASPECTOS DA RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS PSIQUIÁTRICOS

Conforme já apresentado, verificou-se nas visitas aos estabelecimentos psiquiátricos a existência de treze hospitais²⁷ que dispunham tanto de leitos de internação psiquiátrica destinados ao SUS quanto à iniciativa privada, efetuando internações particulares e por convênios. Para o cômputo dos serviços com leitos públicos e privados foram excluídos dois hospitais cujos relatos das equipes inspecionárias informaram a inoperância de internações psiquiátricas no setor privado. São eles: Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ) e Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP).

Dois relatos de visita sugerem indícios de irregularidades no uso dos recursos públicos pela instituição, um dos quais marcado pelo uso da força de trabalho da equipe técnica do SUS para assistência à unidade privada do hospital. Houve, também, o registro de internações privadas em estabelecimento cujo cadastro do CNES indica prestação de serviços exclusiva ao SUS, dada a inexistência de leitos privados.

[...] constatou-se junto à direção administrativa do hospital não haver distinção entre o quadro de funcionárias(os) que prestam assistência ao SUS e ao sistema privado, o que foi apontado como irregular pela equipe de visita, e se configura como um aspecto a ser verificado pelo tribunal de contas estadual e federal. Convém destacar que os demais serviços prestados pelo hospital também parece não distinguir as despesas vinculadas ao sistema público e privado, tais como: lavanderia, fornecimento de água e luz, e cozinha. [Hospital Psiquiátrico de Maringá, Maringá – PR].

É um hospital registrado como associação sem fins lucrativos, que recebe internações particulares e é prestador de serviço do município onde está localizado. [...] Não fica evidenciado no discurso e nos documentos, quantos leitos

27 Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca – AL); Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo (Anápolis – GO); Casa de Eurípedes (Goiânia – GO); Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO); Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG); Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR); Clínica de Repouso Três Rios (Três Rios – RJ); Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS); Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP); Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP); Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP); Lar Bussocaba (Osasco – SP); Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP).

são privados e quantos leitos são públicos, regulados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), deixando a entender que o repasse da prestação de serviço é a principal fonte de renda da instituição. Usuários que foram entrevistados afirmaram que alguns usuários que dão entrada no hospital pagam até R\$ 2.500,00 pela internação. Não ficou evidenciado como se gerencia os benefícios que usuários que têm vínculos familiares e sociais rompidos é gerenciado. [Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA].

No contexto das visitas constatou-se, ainda, a coexistência de pessoas internadas pelo SUS e pelo sistema privado na mesma ala. No caso da Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP), tratava-se de pessoas do sistema privado internadas em alas destinadas ao SUS. No caso do Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo (Anápolis – GO) verificou-se o contrário: vagas destinadas ao SUS alocadas na ala privada/particular do hospital.

Nas circunstâncias em que coexistem a prestação de serviços públicos e privados revelou-se premente a necessidade de averiguação da aplicação dos recursos públicos e das prestações de contas pelos órgãos de controle competentes, no que tange aos aspectos técnico e financeiro, à luz das normas e princípios da Administração Pública.

8.6 MECANISMOS EXTERNOS DE CONTROLE SOCIAL: CANAIS DE DENÚNCIA E FISCALIZAÇÃO

Como foi enfatizado anteriormente, a tortura é um crime que possui uma lógica estrutural, um método que se expressa e se torna viável principalmente em locais onde as pessoas estão privadas de liberdade, com baixo monitoramento, haja vista a certeza da impunidade. Portanto, são fundamentais os canais de denúncias e os mecanismos de controle e participação social, tais como as ouvidorias e as fiscalizações por órgãos externos, para inibir e coibir esse crime e qualquer outro tipo de violação de direitos.

A este respeito, o Subcomitê de Prevenção da Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (SPT) das Nações Unidas,

em seu “Relatório sobre a visita ao Brasil” em 2012,²⁸ fez uma série de recomendações que se aplicam às situações verificadas nas visitas da Inspeção Nacional. O Subcomitê recomenda que:

todas as pessoas privadas de liberdade sejam informadas a respeito de seu direito de submeter diretamente reclamações confidenciais à autoridade responsável pela administração dos locais de detenção, às autoridades superiores e a autoridades com poderes de correição. Informações acerca desse direito devem ser fornecidas por escrito, em linguagem que possa ser compreendida no momento da chegada aos locais de detenção, assim como se devem fazer conhecidas em todos os locais de detenção, por meio de placas e pôsteres afixados, de modo visível, nos locais de detenção. O direito a submeter reclamações deve ser garantido na prática e as reclamações devem ser recebidas sem censura de sua substância, além de serem analisadas e respondidas sem demoras indevidas. Os indivíduos que realizarem reclamações não devem ser submetidos a qualquer forma de retaliação ou preconceito. As autoridades relevantes devem manter registro de todas as reclamações recebidas, incluindo sua natureza, instituições de onde se originam, data de recebimento, data da decisão, natureza da decisão e quaisquer providências tomadas em consequência daquelas. Esses registros devem ser disponibilizados a órgãos externos de monitoramento. (Relatório sobre a visita ao Brasil do Subcomitê de Prevenção da Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, 2012, p. 10)

Da mesma forma, as Regras de Mandela (ONU) n° 54 e 57 corroboram as recomendações do Subcomitê, ao apontar os direitos das pessoas privadas de liberdade sobre ter acesso a informações e encaminhar denúncias²⁹.

28 ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório sobre a visita ao Brasil do Subcomitê de Prevenção da Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes**. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/tortura/relatorio_visita_ao_Brasil_subcomite_prevencao_tortura_jun2012>. Acesso em: 19 nov. 2019.

29 Apesar de sua aplicação direta a estabelecimentos do sistema prisional, por analogia podem servir como parâmetros mínimos aceitáveis internacionalmente para tratamento das pessoas privadas de liberdade nos hospitais psiquiátricos.

8.6.1 Canais de Denúncia

O cenário apresentado pelos relatórios das visitas aos hospitais psiquiátricos é bastante variado, apontando desde a ausência completa de mecanismos de denúncia até a verificação de acesso a Ouvidorias internas e externas em alguns estabelecimentos. As situações mais graves verificadas indicam a inexistência de canais de denúncia em pelo menos dezessete hospitais visitados³⁰. Vale destacar a situação verificada na Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ), em que a ação de familiares, apesar de não configurar um canal institucional para denúncias, assume uma função estratégica de visibilização, enfrentamento e coibição às violações, atuando como mensageiros para o mundo externo:

Sobre a existência de canais de denúncias acessíveis às pessoas internas, afirmam que existem e que isso se dá através de familiares, porém, não foi apresentado nenhum protocolo formal de informe aos órgãos competentes municipais, de justiça e de defesa aos direitos humanos. [Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ]

Nesse mesmo grupo, chama atenção especialmente o preocupante relato sobre o Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA), no qual a denúncia de um usuário internado resultou em retaliação por parte do sujeito denunciado. Tal fato demonstra as condições de insegurança a que estão submetidas as pessoas privadas de liberdade.

Não existem canais seguros onde usuários e trabalhadores possam realizar denúncias contra violações de direitos de modo seguro, uma das usuárias moradoras relatou que uma denúncia feita contra um segurança da instituição resultou no enforcamento de um dos usuários, afirmou, ainda, que alguns casos de reclamações são resolvidos com

30 Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque (Arapiraca – AL), Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro – BA), Hospital Especializado Lopes Rodrigues (Feira de Santana – BA), Hospital Juliano Moreira (Salvador – BA), Hospital Especializado Mário Leal (Salvador – BA), Casa de Eurípedes (Goiânia – GO), Pax Clínica Psiquiátrica (Aparecida de Goiânia – GO), Clínica São Francisco (São Luís – MA), Hospital Nina Rodrigues (São Luís/MA), Clínica La Ravardiere (São Luís/MA), Clínica de Repouso Santa Lúcia (Nova Friburgo – RJ), Casa de Saúde Cananeia (Vassouras – RJ), Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre – RS), Clínica Nosso Lar Adamantina (Adamantina – SP), Clínica Antônio Luiz Sayão (Araras – SP), Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes (Presidente Prudente – SP) e Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP).

punições, como a contenção mecânica e o aumento na dosagem dos medicamentos. [Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro –BA]

Também foram verificadas situações em onze³¹ hospitais nos quais as(os) profissionais ou a própria direção dos estabelecimentos seriam os únicos indicados para receber denúncias, o que fere a indicação do Subcomitê de Prevenção da Tortura sobre a importância de que os canais de denúncia sejam percebidos como independentes e imparciais:

Não há canal específico para as pessoas internadas realizarem denúncias. A direção indicou existir um formulário entregue ao usuário (aplicado por universitários) e uma ouvidoria, que na verdade se limita a uma caixa de sugestões/reclamações existente na secretaria por meio da qual os familiares podem se manifestar. [...] Todas as pessoas internadas entrevistadas negaram ter ciência de canais de denúncia, tanto internos quanto externos ao hospital [Hospital Psiquiátrico San Julian, Piraquara – PR].

Não existe no local nenhum canal seguro onde as pessoas possam fazer denúncia em casos de violação de direitos, apesar da direção informar que existe o serviço de ouvidoria e Conte Comigo, que é um Programa da Secretaria de Saúde Estadual, não há segurança que as queixas não se reverterão em represálias. Como as pessoas internadas não tem acesso a meios livres de comunicação, também dependem de terceiros para manifestar queixas, denúncias e reclamações [CAIS Clemente Ferreira, Lins – SP].

Não foi observado nenhum canal seguro para onde as pessoas internas e profissionais podem fazer denúncias. Em entrevista com a direção da Fundação Sanatório Gedor Silveira, foi mencionado que as pessoas privadas de liberdade poderiam se dirigir ao corpo técnico, em especial aos “grupos operativos” realizados por psicólogos, terapeuta ocupacional, contudo, não foi observado se tal condição se dá. Todos dos trabalhadores e pacientes entrevistados, ao serem questionados sobre conhecimento de canais para registro de denúncias, negaram ter acesso a esses meios,

31 Hospital de Saúde Mental do Acre (Rio Branco – AC), Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Fortaleza – CE), Hospital Adauto Botelho (Cariacica –ES), Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso – MG), CIAPS Hospital Adauto Botelho (Cuiabá – MT), Hospital Psiquiátrico San Julian (Piraquara – PR), Hospital Psiquiátrico de Maringá (Maringá – PR), Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ), Casa de Saúde Santa Mônica (Petrópolis – RJ), Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (Itapira – SP) e CAIS Clemente Ferreira (Lins – SP).

ou desconheciam sua existência. Apenas um dos trabalhadores relatou que as denúncias são feitas diretamente à gestão do hospital. Não há ouvidoria ou outros canais divulgados para esta finalidade [Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG].

Quanto à denúncia de práticas ocorridas na unidade, verificou-se que não há canal indicado, ou orientado para encaminhamento destas, sendo somente reportado à direção [CIAPS Hospital Adauto Botelho, Cuiabá – MT].

Sobre canais de denúncias, existe apenas o informe para as(os) profissionais da equipe multidisciplinar, que por sua vez fazem o registro no prontuário. Fato este que coloca em questionamento sobre efetividade dos encaminhamentos quando denúncia efetivada. Há necessidade de implantar serviço de ouvidoria que possibilite sigilo dos andamentos da apuração dos possíveis casos e transparência do processo [Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, Fortaleza – CE].

O hospital não dispõe de protocolos ou regulamentos internos para que as pessoas internadas e trabalhadores possam apresentar denúncias sobre incidentes de abuso verbal, psicológico, físico ou sexual, ou negligência, não possui “canais de denúncia” para que os usuários possam relatar possíveis maus tratos, tal função é realizada pelos psicólogos e assistentes sociais [Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco – AC].

Foi identificada a existência de canais de Ouvidoria para qualquer denúncia sobre violações de direitos em pelo menos sete hospitais.³² Contudo, cabe recomendar a necessidade de averiguar mais detalhadamente os aspectos de imparcialidade e resolutividades destes canais:

De acordo com a direção, não há canais de denúncias acessíveis às pessoas internadas, mas o hospital mantém uma ouvidoria como mecanismo de controle social [...] os fiscais constataram durante a fiscalização que os telefones públicos não realizavam ligação para os telefones de emergência ou canais de denúncia, como o Disque 100. [Instituto Bezerra de Menezes, Espírito Santo do Pinhal – SP].

32 Hospital de Saúde Mental de Messejana (Fortaleza – CE), Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (João Pessoa – PB), Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ), Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (São José – SC), Clínica Professor Paulo Guedes (Caxias do Sul – RS), Instituto Bezerra de Menezes (Espírito Santo do Pinhal – SP) e Hospital Psiquiátrico André Luiz (Garça – SP).

Como mecanismo de controle social, o hospital possui uma ouvidoria para receber, examinar e encaminhar aos setores competentes, todas as sugestões, reclamações, críticas, elogios e denúncias podendo gerar informações com o objetivo de aperfeiçoar o processo de trabalho dentro da organização. Os familiares dos internos são informados deste serviço no acolhimento dos pacientes através da assistência social, estando a ouvidoria logo em frente, em local de fácil acesso. [Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira, João Pessoa – PB]

O hospital possui um canal de denúncia, através da ouvidoria. Além disso há duas urnas para denúncias anônimas e ainda as queixas poderão ser feitas por telefone, email. [Hospital Psiquiátrico André Luiz - Garça – SP]

Ainda segundo informações da direção, o Setor de Ouvidoria da Secretaria Municipal da Saúde acolhe reclamações e denúncias relativas aos atendimentos da Clínica. [Clínica Professor Paulo Guedes, Caxias do Sul – RS]

Diante do exposto, reconhece-se como premente a necessidade de implantação de canais de denúncia imparciais e independentes nos âmbitos locais, como mecanismos de proteção das pessoas privadas de liberdade e de prevenção de tortura e tratamentos cruéis, desumanos e degradantes. O SPT, citado anteriormente, destaca a importância das defensorias públicas e recomenda:

[...] que as defensorias públicas mantenham um registro central das alegações de tortura e de maus-tratos, incluindo informações confidenciais que se lhes sejam fornecidas. O SPT recomenda também que os defensores públicos cooperem e se coordenem com os mecanismos nacionais e/ou locais de prevenção, em particular para evitar retaliações que se sigam a visitas de monitoramento.³³

33 Relatório sobre a visita ao Brasil do Subcomitê de Prevenção da Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/tortura/relatorio_visita_ao_Brasil_subcomite_prevencao_tortura_jun2012>. Acesso em: 19 nov. 2019.

8.6.2 Órgãos de Controle ou Monitoramento

Nas Regras nº 83 a 85 de Mandela são definidos também parâmetros para as fiscalizações internas e externas. De modo geral, o referido documento orientador afirma a necessidade de constituição de um sistema duplo de inspeções regulares composto por inspeções internas ou administrativas e inspeções externas, conduzidas por órgão independente.

Considerando as normas citadas acima e o relatos dessa Inspeção Nacional, observou-se preocupante fragilidade nos processos de fiscalização e controle por órgãos externos.

O único órgão que fiscaliza o Hospital regularmente é a Vigilância Sanitária. Receberam pontualmente fiscalização do MPT e do COREN. Nunca foram fiscalizados pelo Poder Judiciário, pelo Ministério Público, pela Defensoria Pública e nem por nenhum órgão da Sociedade Civil. [Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – São Paulo].

Essa questão não é nova. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, em 2010, apontou para a “*necessidade de fortalecer e qualificar, de forma intensificada, a regulação (controle, avaliação e fiscalização) dos hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, das clínicas e instituições de tratamento dos dependentes químicos, públicas e privadas*”.

Ainda, na referida conferência supracitada, foi proposto como estratégia:

Garantir notificação compulsória de toda e qualquer situação de violência e óbitos de cidadãos com sofrimento psíquico de forma abrangente, destacando-se: hospitais psiquiátricos, sistema prisional, comunidades terapêuticas e outras instituições de tratamentos específicos (p. 44).

Como podemos continuar observando adiante, essas instituições psiquiátricas funcionam distantes de uma avaliação contínua e programática por autoridades externas de monitoramento e, mesmo quando este ocorre, seus efeitos são insuficientes, dado o cenário encontrado de violação de direitos humanos.

Identificou-se que a instituição foi submetida à avaliação do Programa Nacional de Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos (PNASH) em 2014, resultando em TAC Termo de Ajuste e Conduta, porém, não ocorreu a reavaliação até o momento da inspeção. [Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO].

Verificou-se que a maioria dos avanços realizados/encontrados em comparação com a inspeção anterior tiveram como elemento deflagrador exatamente a fiscalização realizada pelos órgãos competentes. Isso sugere que a periodicidade das inspeções é elemento crucial e imprescindível para que haja evolução das inconformidades identificadas [Clínica São Francisco, São Luís –MA].

Há um TAC – Termo de Ajustamento de Conduta – para desativação do hospital, que aguarda homologação [Clínica Nosso Lar Adamantina, Adamantina – SP].

Dentre as diversas dimensões de análise concernentes às condições de privação de liberdade das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, objetivou-se, no âmbito desta Inspeção, dar especial atenção à verificação da regularidade de fiscalização por órgãos externos (conforme pode ser visto no Anexo 5).

Dos quarenta hospitais visitados, em apenas duas instituições do Rio Grande do Sul e duas do estado de Goiás não foram citadas fiscalização por órgãos externos. São diversos os órgãos, e por conseguinte, as competências das autoridades visitantes. Todavia, predominam as visitas feitas pelo sistema de justiça, especialmente pelo Ministério Público (MP), seguida da Vigilância Sanitária (VISA). Apenas duas instituições da Bahia informaram às equipes inspecionárias não receber órgãos fiscalizadores externos.

O Ministério Público foi apontado como órgão de visita por hospitais de todas as regiões do país, notadamente no Acre, Amazonas, Alagoas, Ceará, Maranhão, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco Santa Catarina, além de São Paulo e Rio de Janeiro, únicos estados em que o referido órgão não foi mencionado pela totalidade de hospitais inspecionados. Já a Vigilância Sanitária foi citada como órgão de fiscalização nos estados do Maranhão, Paraná, Santa Catarina, Espírito Santo, Minas Gerais, além de parte dos hospitais visitados na Bahia, Goiás, Rio de Janeiro e São Paulo.

A referência às visitas pela Defensoria Pública (DP), por sua vez, limitaram-se há cinco instituições, sendo frequente apenas no Hospital de Saúde Mental de Messejana (Fortaleza – CE) e Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana (São Paulo – SP). O destaque a este órgão do sistema de justiça se dá em razão da sua importância estratégica para a proteção dos direitos das pessoas necessitadas privadas de liberdade, conforme expressa prescrição constitucional (art. 134, caput).

Outro aspecto que chamou atenção foi o número expressivo de hospitais sem informação quanto à periodicidade da fiscalização pelas autoridades de

monitoramento, bem como aqueles cujas visitas são raras ou inexistentes. Verificou-se, somente, doze instituições visitadas regularmente, abrangendo todos os hospitais inspecionados nos estados de Alagoas, Pernambuco, Manaus, Espírito Santo, além de parte das instituições do Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro. Por fim, à época, três instituições haviam sido visitadas recentemente por órgãos de fiscalização, em especial a VISA.

A conclusão deste capítulo aponta para os desafios postos às autoridades do executivo e do sistema de justiça (Judiciário, Defensoria Pública e Ministério Público) no tocante à adoção de medidas corretivas e preventivas, com a prontidão e celeridade necessárias para assegurar os direitos das pessoas com transtornos mentais, incluindo àquelas que fazem uso de álcool e outras drogas. A ausência ou deficiência de monitoramento das políticas públicas e dos serviços que recebem pessoas privadas de liberdade amplia os riscos de violação aos direitos humanos e, ainda, pode incidir negativamente sobre a eficácia, efetividade e eficiência da atenção à saúde, tanto na qualidade assistencial quanto no uso de recursos públicos.

Nesse sentido, é inadmissível a interrupção de programas de avaliação da qualidade de hospitais psiquiátricos pelo Ministério da Saúde, tais como o PNASH/Psiquiatria, inoperante há cinco anos. Do mesmo modo, urge a necessidade dos órgãos de direitos humanos e do sistema de justiça criarem mecanismos de atuação cooperada para a fiscalização e monitoramento sistemático de espaços de privação de liberdade, tais como os hospitais psiquiátricos, no âmbito dos estados e municípios.

AHOSPITALPSIQUIATRICOTEODORAALBUQUERQUEMANAUS
ALJULIANOMOREIRASALVADORHOSPITALESPECIALIZADOMA
TANAHOSPITALESPECIALIZADOLOPESRODRIGUESFORTALE
SPITALPSIQUIATRICOSA OVICENTEDEPAULOCARIACICAHOS
D COMPOR

CASAOLU

STIAODOI

ROPESSO

PCOLONI

SIQUIATR

CALTDAT

PAULOGI

PARTE III

INACLINICANOSSOLARADAMANTINAARARASCLINICASAYAO
ENEZESESPIRITOSANTODOPINHALGARCAHOSPITALPSQUIA
PSIQUIATRIALINSCAISCLEMENTEFERREIRADELINSOSASCO
NTEHOSPITALPSIQUIATRICOESPIRITABEZERRADEMENEZES
NARIOBRANCOHOSPITALDESAUDEMENTALDOACREARAPIRA
SCENTROPSIQUIATRICOEDUARDORIBEIROSALVADORHOSPI
MARIOLEALJUAZEIROSANATORIONSRDEFATIMAFEIRADESAN
ZAHOSPITALDESAUDEMENTALDEMESSEJANAFORTALEZAHOS
ITALADAUTOBOTELHOANAPOLISINSTITUTODEMEDICINADO
EURIPEDESAPARECIDADEGOIANIAPAXCLINICAPSIQUIATRI
RODRIGUESSAOLUISCLINICALARAVARDIERELTDASAOSEBAS
EDORSILVEIRACUIABACIAPSHOSPITALADAUTOBOTELHOJO
RAJOAOPESSOAINSTITUTODEPSIQUIATRIABARREIROSHOSP
AHOSPITALPSIQUIATRICODEMARINGANITEROIHOSPITALPSI
OSANTALUCIALTDAPETROPOLISCASADESAUDESANTAMONI
SCASADESAUDECANANEIACAXIASDOSULCLINICAPROFESSOR
SAOPEDROSAOJOSEINSTITUTODEPSIQUIATRIAIPQADAMAN
OARARASESPIRITOSANTODOPINHALINSTITUTOBEZERRADE
ATRICOANDRELUIZITAPIRAINSTITUTOAMERICOBAIRRALDEP
ARBUSSOCABAASSISTENCIAVICENTINAPRESIDENTEPRUDEN
RUDENTSAPAULOHOSPITALPSIQUIATRICODEVILAMARIANA

1

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise produzida neste documento revela situação alarmante no que se refere à desassistência da atenção à saúde nos hospitais psiquiátricos brasileiros, com graves e múltiplas violações de direitos humanos das pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Diante deste quadro, não há como sustentar que as instituições inspecionadas possam ser consideradas instituições de saúde, pois, antes disso, são exclusivamente instituições de privação de liberdade. Nesse sentido, também, o fechamento de instituições com características asilares não pode ser interpretado como um fator que gere desassistência, uma vez que essas pessoas, privadas de sua liberdade, já se encontram desassistidas, distantes de estratégias de cuidado em saúde

Esse Relatório, como mencionado, é fruto de uma mobilização nacional, sendo o documento mais atualizado sobre o funcionamento de instituições psiquiátricas no Brasil. Chamamos atenção para algumas das diversas questões trabalhadas ao longo desta publicação, sem prejuízo de – e como convite a – se analisar cada observação realizada nas várias páginas aqui escritas. A seguir, resumimos os achados transversais às quarenta instituições psiquiátricas inspecionadas, isto é, apresentamos como direitos humanos centrais são violados por todos os estabelecimentos inspecionados.

1.1. SAÚDE COMO DIREITO, NÃO COMO DEVER

Para tratar de uma das principais questões identificadas nesta Inspeção Nacional, partiremos da assertiva imprescindível para análise: segundo a Constituição Federal, saúde é um direito do cidadão e, por correspondência necessária, um dever do Estado. Mais do que apenas uma correlação entre direito e dever, se trata de uma afirmação normativa que estabelece ao Estado apenas o dever de garantir saúde, e não um direito de fazê-lo. É uma imposição ao Estado condicionada ao desejo da pessoa. Nesse sentido, é inconcebível a ideia de que pessoas sejam obrigadas a se tratar, de maneira forçada, o que se agrava quando submetidas, em nome do falso manto do cuidado, a condições de tratamento cruel, desumano e degradante, assim como expostas e vulnerabilizadas à prática de tortura.

O cenário extremamente preocupante observado por esta Inspeção Nacional, demonstra que, na lógica de funcionamento dessas instituições, as pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais, além das que fazem o uso de álcool e outras drogas, são obrigadas a se tratar. Assim, o que se percebe é o descompasso entre a perspectiva dessas instituições com os parâmetros legais instituídos (sejam parâmetros referentes a direitos, sejam referentes às diretrizes da saúde pública) e que, portanto, urge, por parte de todas instituições estatais afetas à agenda da saúde pública no Brasil, maior atenção para a política de saúde mental. Não é possível, sob nenhuma justificativa, que essas ou quaisquer outras instituições que sejam denominadas hospitais concebem como método de tratamento a força, a obrigatoriedade e a violência como linha condutora de seu funcionamento.

1.2. CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estrutura de direitos humanos violados pelos estabelecimentos psiquiátricos inspecionados, o desejo do sujeito ao cuidado encontrou barreira da imposição do tratamento. Com evidentes características de privação de liberdade, a internação psiquiátrica estava submetida a um regime de regras, mandamentos, ordem e segurança institucional, em detrimento de projetos terapêuticos singulares, consentâneos às necessidades de cada pessoa internada.

É incontestável que, na esteira do que se apregoa na Constituição Federal brasileira, que saúde é um direito e não um dever, diversos normativos nacionais e internacionais são imperativos ao garantir que qualquer tratamento de saúde deve ter, por premissa, o respeito ao consentimento livre e esclarecido da própria pessoa que irá se tratar. Se acesso à saúde é um direito, a recusa a qualquer nível de tratamento também o é, uma vez que o respeito ao consentimento livre e esclarecido inclui, inexoravelmente, o direito à recusa.

Conforme se observou nesta Inspeção Nacional, o consentimento livre e esclarecido é sistematicamente desconsiderado. Tal consentimento não se refere somente ao direito a recusar a internação, mas sim à anuência (ou não) a todo e qualquer procedimento ou intervenção a ser realizada, a exemplo da administração do medicamento e outras ofertas, sejam elas de lazer ou trabalho e etc. A oferta de tratamento digno e humanizado requer das equipes e dos serviços de saúde uma postura de construção conjunta e, portanto, pactuada, dos processos de cuidado junto às pessoas atendidas, o que implica na abertura de espaços permanentes de negociação. Dentre as imposições interventivas, vimos que as internações involuntárias protagonizam o conjunto de medidas forçadas ao tratamento, motivo pelo qual restam suspeitas em sua constitucionalidade.

1.3. VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

A consequência do desrespeito à manifestação do desejo das pessoas em se tratar, da não observação ao direito em recusar o tratamento e a negação do direito ao consentimento livre e esclarecido tem como resultado a violência institucional nos hospitais psiquiátricos inspecionados. Conforme apontado em vários momentos, ao longo do presente relatório, o castigo, o isolamento, o uso excessivo de medicação, as desmedidas contenções mecânicas fazem dessas instituições inspecionadas locais que vulnerabilizam ainda mais os sujeitos nelas inseridos, não podendo ser comparadas a instituições de saúde. Resumindo, são instituições que incapacitam, que reduzem o poder de contratualidade social. Representam a expressão histórica de incapacitação de acordo com a qual não são as pessoas as incapazes, mas seu entorno a força incapacitante.

Ademais, é inadmissível que pessoas internadas sejam assediadas sexualmente ou, como registrado em vários casos, vítimas de estupro. A situação de vulnerabilidade em que se encontram especialmente as mulheres privadas de liberdade nessas instituições psiquiátricas é preocupante e requer providências imediatas.

1.4. CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A violência institucional à qual as pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais, privadas de sua liberdade, são submetidas, ganha preocupação crescente ao ser infligida contra crianças e adolescentes. Como foi possível perceber ao longo deste relatório, as(os) adolescentes estão sendo privadas(os) de sua liberdade, abandonadas(os) à própria sorte e submetidas(os) aos mesmos procedimentos de violência impostos aos adultos, a começar pela privação de liberdade, isto é, pela internação forçada.

Outro ponto que chama a atenção é o fato de crianças e adolescentes estarem privadas(os) de liberdade juntamente com adultos, cenário de extrema violação de direitos humanos, de caráter degradante. Da mesma forma, é inconcebível que crianças e adolescentes, ao serem privadas(os) de sua liberdade em nome do cuidado, sofram distanciamento de suas famílias, da comunidade em que vivem, da escola e de diversas outras agendas sociais que, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), devem ser garantidas. Vale registrar que é na plataforma de garantia de direitos humanos estabelecidos pelo ECA, e não na privação de liberdade em instituições psiquiátricas, que se deve vislumbrar a promoção da saúde mental de crianças

e adolescentes. A estratégia de cuidado deve ter como ponto de partida a garantia de direitos e a produção de cidadania, o oposto do que ocorre por meio da privação de liberdade nessas instituições.

1.5. FINANCIAMENTO PÚBLICO

No que se refere ao financiamento público direcionado à essas instituições, algumas contradições em relação à legislação social saltam aos olhos. A primeira delas diz respeito à promulgação da famigerada Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016,¹ que congelou os investimentos em saúde (e diversas outras áreas) por vinte anos. A segunda, ainda mais aviltante, diz respeito ao fato de esses hospitais receberem recursos públicos mesmo diante das várias evidências de que são instituições com características asilares.

A última versão do PNASH/Psiquiatria foi realizada no período de 2012-2014, motivo de alerta e preocupação, uma vez que, até a data da publicação deste Relatório Nacional, não houve nova avaliação das condições de funcionamento dos hospitais psiquiátricos do país. Esgota-se, portanto, um período de cinco anos sem que o Ministério da Saúde lançasse luz sobre as dimensões avaliativas e de monitoramento dessas instituições. Em contrapartida, nos chama a atenção que, desde 2018, os investimentos de recursos públicos direcionados aos hospitais psiquiátricos vêm aumentando em, aproximadamente, 26 %, considerando os valores correspondentes aos procedimentos informados no Sistema de Informação Hospitalar do SUS.²

Como já destacado, à época da Inspeção Nacional, dos quarenta hospitais psiquiátricos inspecionados, dezesseis já estavam com indicação de descredenciamento, porém, continuavam em funcionamento. Ressalta-se que dos dezesseis hospitais psiquiátricos com indicação de descredenciamento visitados, até a data da publicação deste Relatório, apenas

1BRASIL. Emenda Constitucional n.º n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm>. Acesso em: 10 out. 2019. Ressalta-se que tal Emenda Constitucional é objeto de inúmeras Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIs) no Supremo Tribunal Federal, destacando-se as ADIs de nº 5633, 5643, 5655, 5658, 5680, 5715 e 5734.

2 Observar maior detalhamento dessa análise no capítulo 8, que trata do monitoramento, avaliação e financiamento público de hospitais psiquiátricos.

dois hospitais encerraram suas atividades junto ao SUS: o Instituto de Psiquiatria da Paraíba (João Pessoa – PB) e o Lar Bussocaba (Osasco – SP). Este último deixou de ser um hospital psiquiátrico, tendo seu cadastro desativado no CNES enquanto instituição de saúde.

Por fim, cumpre registrar que a ampliação de recursos e financiamento do SUS a tais instituições vem ocorrendo de maneira temerária, uma vez que parece pouco provável que o Ministério da Saúde desconheça a realidade aqui identificada, dado o histórico de vários desses estabelecimentos – e outros semelhantes – em contextos de violação de direitos humanos. Assim, em uma conjuntura nacional de escassez de recursos públicos direcionados à saúde, tendo em vista que o financiamento dessas instituições psiquiátricas não deveria ocorrer – sobretudo por sua natureza asilar e pela condição de tratamento desumano e degradante –, resta clara a necessidade de maior atenção por parte do sistema de justiça, assim como pelo tribunais de contas das diferentes unidades federativas, no sentido de aprofundar a análise sobre o funcionamento e custeio desses hospitais, bem como a identificação de prováveis irregularidades administrativas.

1.6. UM ELO: CARACTERÍSTICAS ASILARES E CONDIÇÕES DE TRATAMENTO CRUEL, DESUMAÑO E DEGRADANTE EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Esse item sintetiza as principais constatações do Relatório. Como resultado à análise percorrida ao longo deste documento, esse item trata da ilegalidade da internação de pessoas com transtornos mentais identificada nos quarenta hospitais psiquiátricos inspecionados na ação conjunta entre o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), Ministério Público do Trabalho (MPT) e Conselho Federal de Psicologia (CFP), uma vez que todos eles são, a partir da observação legal, considerados instituições com características asilares.

A fim de aprofundar a análise sobre o que são instituições com características asilares, vale destacar alguns pontos da Lei nº 10.216/2001, em cujo texto esse conceito é fundamentado.

Como ponto de partida, torna-se imprescindível retomar a norma constante do artigo 2º da Lei nº 10.216/2001, pois nela residem os principais direitos a serem garantidos pelas instituições que ofertam atendimentos em saúde mental, a saber:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

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.

Esses direitos, portanto, são a base de sustentação de toda instituição que pretende ofertar tratamento a pessoas com transtornos mentais, incluindo aquelas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A violação das garantias estabelecidas confere características asilares ao estabelecimento, nos termos do artigo 4º, que, ademais, aponta os critérios a serem considerados quando da indicação de internação, em qualquer de suas modalidades.

O referido artigo não deixa dúvidas ao afirmar que a internação pode ocorrer somente nos casos em que todas as tentativas junto à rede extra-hospitalar se mostrarem insuficientes; que o tratamento deve ter o propósito permanente da reinserção social; que a assistência integral por meio de uma equipe multiprofissional é uma exigência; e que, por fim, é vedada a internação de pessoas com transtornos mentais – entre elas as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas – em instituições com características asilares, aquelas, em suma, que não garantem direitos enumerados no artigo 2º, parágrafo único.

Nesse sentido, conforme revelado ao longo dos capítulos, é notório que todos os estabelecimentos inspecionados têm características asilares, pois em sua totalidade apresentam violações diretas aos artigos constantes da Lei nº 10.216/2001. Ao final deste item, apresenta-se uma tabela que sintetiza as

principais características observáveis no cotidiano das instituições, e verificadas nesta Inspeção Nacional, à luz dos direitos previstos em lei, agrupadas em duas categorias: *características de instituições asilares e características de tratamento cruel, desumano e degradante ou tortura*.

A começar pelo artigo 2º da Lei nº 10.216/2001, os direitos elencados em seu parágrafo único apresentam distintas dimensões da relação entre o sujeito e o mundo. São derivações de direitos fundamentais constantes da Constituição Federal, que sustentam o vínculo entre os marcos normativos de direitos humanos e os de saúde mental. Contudo, desvinculados da condição de usuária(o) de um serviço, são direitos que constituem o estatuto de cidadania da pessoa com transtorno mental, a inaugurar um status que interrompe os anteriores paradigmas.

No que tange a específica relação com a instituição, são normas direcionadas também para as modalidades de internação psiquiátrica; mas sempre cogentes, isto é, de cumprimento imposterável e inquestionável, devendo a internação ser considerada como apenas um breve evento ao longo da vida do sujeito. Essa dimensão jurídico-política, todavia, não fora respeitada pelos estabelecimentos inspecionados.

Dentre algumas posturas que denotam características asilares, notamos a ausência de proposta de tratamento para a internação, tornando-a um fim em si mesma; a perpetuação de moradoras(es) no interior das instituições; a realização de intervenções sem consentimento; a violação das correspondências ou monitoramento de contatos telefônicos e a ausência de articulação com a rede extra-hospitalar para a continuidade do cuidado pós-alta. Dentre as relacionadas aos maus-tratos, tratamento desumano e degradante, encontramos a insuficiência e a má qualidade de alimentação e água potável; banho frio e banheiros sem porta; indícios de apropriação indevida de recursos financeiros das pessoas internadas, entre outros. Muitas dessas, contudo, são ações por omissão.

Ademais, os estabelecimentos inspecionados ainda realizaram condutas de natureza evidentemente ultrajante ao corpo e à moral: negativa do direito ao uso das próprias roupas e acesso aos seus pertences; impedimento da livre comunicação com familiares e entes queridos; violação da privacidade; exploração da força de trabalho das pessoas internadas; castigos corporais, isolamento; contenção mecânica irregular e uso excessivo de medicação são algumas das violações que se destacam em ambas categorias.

Vemos, portanto, que os artigos 2º e 4º da lei mencionada apresentam direitos cuja violação pode configurar não apenas imediatas características asilares, mas também, o tratamento cruel, desumano e degradante, além de tortura; ou seja, são direitos estruturantes do estatuto de cidadania desse segmento populacional, que orientam as práticas de cuidado em qualquer circunstância, inclusive no interior de um hospital. Guiam, também, o processo histórico que interrompe a subordinação às arbitrariedades institucionais e promovem a emancipação dos sujeitos ao triplo grau de *autonomia, dignidade e liberdade*.

Importante e em mútua cooperação, a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência veio agregar, sob os aspectos tratados, o *reconhecimento da capacidade legal* e a rigorosa *vedação da privação de liberdade por motivo de deficiência*, quarto e quinto imprescindíveis vetores na sustentação da matriz de proteção das pessoas com transtornos mentais. Com base nessa dupla força normativa (Lei da Reforma Psiquiátrica e CDPD), lastreada na Constituição Federal, o tecido normativo dos direitos humanos e saúde mental conforma uma estrutura de incontestáveis diretrizes institucionais pela cidadania.

Tabela 11: Síntese das características asilares e de tratamento cruel, desumano e degradante

Artigos da lei n. 10.216/2001	Características de Instituições Asilares
art. 2º § I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; art. 2º § V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; art. 2º § VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; art. 4º § 2 - O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.	Não possuir Projeto Terapêutico Institucional ou o documento não corresponde à prática Não haver PTS de todas pessoas internadas e/ou não garantir a participação dos usuários e familiares na sua elaboração e pactuação Insuficiência de equipe técnica Observância de práticas ou procedimentos realizados sem o consentimento livre e esclarecido das pessoas internadas Queixas sobre ausência de atividades terapêuticas, insuficiência de atendimentos pela equipe de saúde e ociosidade Prontuários sem anotações diárias de todas as ações de saúde realizadas e/ou violação do direito de acesso pelos usuários Restrição de acesso aos ambientes de convivência e de lazer Falta de acessibilidade
art. 2º § 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; art. 2º § IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.	Presença de pessoas internadas em condição de longa permanência (morador) Inexistência de Projeto Terapêutico específico para pessoas internadas em longa permanência Número expressivo de usuários interditados, sendo o curador a direção (ou parente) ou profissionais/advogados, ignorando a Tomada de Decisão Apoiada Acesso restrito aos espaços de guarda de itens pessoais Ausência de Equipes de desinstitucionalização Processo de alta limitado à entrega de guia encaminhamento, sem a devida articulação com a rede de saúde extrahospitalar e intersetorial de modo implicado com vistas à continuidade do cuidado

Características de tratamento cruel, desumano e degradante ou tortura

Acesso restrito à água potável e/ou problemas na manutenção ou na qualidade da água

Queixas sobre alimentação insuficiente ou de má qualidade

Violação do direito à individualização vestimentas no cotidiano hospitalar (uso exclusivo de uniformes ou roupas compartilhadas) e/ou pessoas descalças

Banho Frio

Falta de privacidade (banheiro sem porta e uso câmeras de vídeo)

Falta ou insuficiência de itens de higiene pessoal ou roupas de cama e/ou condições precárias de higiene e conservação

	Responsabilização dos familiares pelo provimento de insumos básicos de asseio íntimo e pessoal e/ou lavagem das roupas Aplicação de Eletroconvulsoterapia em crianças, adolescentes ou em adultos internados involuntária ou compulsoriamente, bem como seu uso sem o expreso consentimento livre e esclarecido do usuário
art. 2º § III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; art. 2º § VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;	* Presença de espaços/locais de Isolamento * Práticas de castigos ou punição e outras formas * Realização de internações involuntárias com co * Contenção mecânica irregular (ausência de presda, uso não excepcional) * Uso irregular de medicação (uso excessivo, cau * Exploração do trabalho das pessoas internadas
art. 2º § VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; art. 2º § IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;	Violação da privacidade e intimidade na comunicação com os familiares (contato telefônico, cartas) * Violação do livre acesso ao contato e/ou à comunicação telefônica, cartas e visitas)

Apropriação indevida de recursos financeiros das pessoas internadas
Inexistência de canais de denúncia independentes para as pessoas internadas (p. ex: ouvidoria)
de violência institucional (verbal, física, sexual, revista íntima ou vexatória)
comunicação falha ou sem comunicação ao Ministério Público
scrição médica e do monitoramento pela enfermagem, duração prolonga-
sando efeitos adversos e ausência de reavaliação em tempo oportuno)
comunicação pelos usuários com seus familiares durante a internação (contato

Fonte:
Inspeção
Nacional de
Hospitais
Psiquiátricos,
2019.

1.7. À guisa de conclusão

Ao lançar luz sobre essa face da saúde pública brasileira, o que resulta, e se espera desse documento, é sua contribuição e sua incidência sobre a construção de uma agenda sistemática e planejada entre a sociedade e o Estado para que a realidade exposta seja alterada. A devida emergência da questão possibilitará que as pessoas em sofrimento psíquico neste país, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, não sejam, em nome do falso manto da saúde, violadas em seus direitos básicos, podendo, pelo contrário, encontrar nos dispositivos públicos espaços que efetivamente promovam ações terapêuticas se condicionadas à garantia de direitos humanos.

A seguir, serão apresentadas as providências a serem tomadas, cujo objetivo é contribuir com o direcionamento das ações frente ao cenário apresentado; medidas que conduzam à transformação da realidade encontrada na Inspeção Nacional em Hospitais Psiquiátricos.

2 PROVIDÊNCIAS A SEREM TOMADAS

Será apresentado, a seguir, providências a serem tomadas, pertinentes aos temas organizadores do Relatório, na medida em que sinalizam distintos momentos da relação entre o sujeito e o hospital psiquiátrico, atravessada pelo contato com demais envolvidos, como seus pares internados, seus familiares e as(os) trabalhadoras(es) do estabelecimento.

2.1. PARTE A – FECHAMENTO DA PORTA DE ENTRADA

Sendo todos os quarenta estabelecimentos inspecionados considerados com características asilares e promotores de violações de direitos, torna-se premente a necessidade de fechamento da porta de entrada, para que não sejam realizadas novas internações e, com isso, iniciar o processo de planejamento de alta de todas as pessoas internadas, com vista à desinstitucionalização, em cumprimento à lei.

Considerando que o processo de fechamento dos estabelecimentos inspecionados e desinstitucionalização é complexo, especialmente com relação à situação das pessoas neles presentes, e exige um planejamento que garanta o encaminhamento para o tratamento em serviços de base territorial e comunitária de todas essas pessoas, serão apresentadas algumas orientações para providências:

À Secretaria de Saúde do âmbito de gestão do estabelecimento psiquiátrico:

- Fechar a porta de entrada de todas instituições com características asilares e a inviabilização de novas internações psiquiátricas;
- Elaboração de PTS de todas as pessoas internadas, em articulação com os serviços da rede socioassistencial de referência, com objetivo de alta o mais breve possível daquelas pessoas em internação de curta permanência;
- Elaboração de PTS de todas as pessoas internadas, em articulação com os serviços da rede socioassistencial de referência, com vistas a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial de todas as pessoas institucionalizadas;
- Reforma, em sessenta dias, para garantia da acessibilidade de pessoas com mobilidade reduzida;
- Instalação imediata de portas em todos os banheiros, de maneira a garantir a privacidade;

- Garantia imediata de adequação da temperatura do ambiente, com vistas a garantir conforto térmico para todas as pessoas internadas;
- Elaboração, em trinta dias, de Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde para adequado manuseio de material descartado (Lei nº 12.305/2010);
- Garantia imediata e permanente do acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, assegurando-se o acesso às dietas especiais conforme as necessidades das pessoas privadas de liberdade, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis;
- Garantia imediata de acesso permanente à água potável a todas as pessoas internadas;
- Nos casos de internação psiquiátrica involuntária, a juntada, no prontuário, do Termo de Recusa à internação psiquiátrica voluntária, devidamente assinado pela própria pessoa;
- Enviar ao Ministério Público Estadual, junto à notificação, o Termo de Recusa e Ata de Oitiva, em até 72 horas decorrentes da internação involuntária
- Formalização da Internação psiquiátrica solicitada por parentes ou outras pessoas como internação psiquiátrica involuntária;
- Realização, com diligência, de notificação das internações psiquiátricas involuntárias ao Ministério Público Estadual e à Defensoria Pública Estadual (Lei nº 10.216/2001 e Lei nº 11.343/2011);
- Elaboração de protocolo administrativo junto à Secretaria de Assistência Social pertinente ao acolhimento de familiares envolvidos em conflito que motive a solicitação de internação psiquiátrica involuntária, bem como a mediação do conflito.
- Elaboração de protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de atenção às urgências e emergências para a regulação adequada das demandas de cuidado em situação de crise;
- Preenchimento, em prontuário e na ficha de Autorização de Internação Hospitalar, da informação autodeclarada pela própria pessoa acerca da identidade étnico-racial;
- Elaboração – e, quando já existente, revisão – em trinta dias de protocolo de atenção às urgências e emergências como estratégia de potencializar a atenção imediata, bem como encaminhamento para outro estabelecimento de saúde.
- Elaboração – e, quando já existente, revisão – em trinta dias de protocolo de atenção às questões clínicas das pessoas internadas, com referência para atendimentos nas situações que se fizerem necessárias.

Às Secretarias de Estado da Saúde:

- Implantação de Comissão Revisora de Internações Psiquiátricas Involuntárias.

À Secretaria de Assistência Social do âmbito federativo da Secretaria de Saúde:

- Elaboração de protocolo administrativo junto à Secretaria de Saúde para o acolhimento de familiares envolvidos em conflito que motive a solicitação de internação psiquiátrica involuntária, bem como a mediação do conflito.

Ao Ministério da Cidadania:

- Elaboração de protocolo administrativo junto ao Ministério da Saúde para o acolhimento de familiares envolvidos em conflito que motive a solicitação de internação psiquiátrica involuntária, bem como de mediação do conflito.

Aproveitamos a oportunidade para sugerir, de modo consonante às providências acima, que o Tribunal de Justiça de cada estado elabore uma guia de orientação, aos magistrados em geral, acerca do direito à saúde mental, na perspectiva dos direitos humanos e da reforma psiquiátrica, com base nas resoluções do Conselho Nacional de Justiça acerca do tema.

2.2. PARTE B – DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Serão apresentadas providências a serem tomadas com vistas à desinstitucionalização de todas as pessoas internadas, tendo em vista que os estabelecimentos inspecionados cumprem diversos requisitos que os caracterizam como asilares, violadores de direitos humanos e, em muitos dos casos relatados, perpetradores de práticas de tratamento desumano, degradante e de maus tratos. A seguir serão apresentadas algumas orientações para tais providências:

À Secretaria de Saúde do âmbito de gestão do estabelecimento psiquiátrico:

- Criar uma equipe multiprofissional, específica de desinstitucionalização, observando a Portaria 2.840/2014, do Ministério da Saúde;
- Abolição imediata das práticas de isolamento, castigos e restrição de espaço;
- Garantia imediata e permanente de acesso e manutenção dos pertences pessoais das pessoas internadas (documentos, dinheiro e vestuário e calçados próprios);

- Garantia imediata de acesso a colchões em boas condições e limpos para todas as pessoas internadas;
- Garantia imediata e permanente de água quente em todos os chuveiros;
- Garantia imediata e permanente de roupa de cama adequada à temperatura (lençol, travesseiro, fronha cobertor) a todas as pessoas internadas, em quantidade suficiente e em boas condições de conservação e higiene;
- Retirada imediata das câmeras de vigilância dos ambientes que infrinjam a privacidade das pessoas internadas, dentre os quais, banheiros, quartos e enfermarias;
- Abolição imediata do procedimento de qualquer tipo de revista, sobretudo a íntima, das pessoas internadas e de seus familiares;
- Garantia imediata e permanente de telefonemas, conforme a necessidade das pessoas internadas, a pelo menos uma (um) interlocutora (or) (familiar, amigo etc);
- Garantia imediata e permanente de contato com familiares e amigas (os) no interior do estabelecimento, sobretudo em caso de crianças e adolescentes e pessoas idosas internadas;
- Garantia imediata de equipe multiprofissional adequadas ao número de leitos e às necessidades das pessoas internadas;
- Elaboração, em trinta dias, de protocolos específicos para situações de contenção química e/ou mecânica, sobretudo em caso de crianças e adolescentes e pessoas idosas internadas;
- Abolição imediata do uso das “camisas de força”, utilizadas como dispositivo para contenções mecânicas, sobretudo em caso de crianças e adolescentes e pessoas idosas internadas;
- Elaboração, em trinta dias, de protocolo específico para o tema das internações psiquiátricas a orientar as ações da ouvidoria da Secretaria de Saúde do nível federativo correspondente à gestão do estabelecimento psiquiátrico inspecionado;
- Suspensão imediata de qualquer modalidade de trabalho no interior do estabelecimento, inclusive voluntário, como arrumação geral dos espaços internos do edifício, tais quais quartos, corredores, banheiros e refeitórios. Tendo em vista todo o arrazoado acerca da exploração do trabalho, trabalho forçado e trabalho mediante vantagens não remuneratórias, bem como a concepção hospitalar de ausência de autonomia e negação do direito ao consentimento, a manifestação da vontade resta fragilizada – pois sugestível ou extorsiva –, do mesmo modo que, tal como em um hospital geral, não cabe à pessoa internada comprometer-se com arrumações gerais, sobretudo se opcional diante da falta de outras atividades;
- Elaboração, em trinta dias, de um plano de ações de estímulo à geração de renda para execução externa ao estabelecimento;
- Garantia imediata e permanente de espaço adequado para a presença de acompanhante caso seja de desejo da criança e/ou adolescente;

- Elaboração imediata de uma agenda semanal que garanta ao menos uma atividade fora do estabelecimento;
- Adequação imediata do quantitativo de profissionais nos termos da legislação e dos dados inseridos no CNES;
- Inserção – ou revisão, se já previstos –, em trinta dias, de Serviços Residenciais Terapêuticos e Centros de Atenção Psicossocial III, em quantidade pertinente ao público a ser alvo de processo de desinstitucionalização, no Plano de Ação da RAPS do município e do estado, bem como no Planejamento Regional Integrado;
- Submissão, em trinta dias, à Comissão Intergestores Regional (CIR) das informações dos recursos orçamentários e financeiros oriundos de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) repesados no fundo de saúde pelo descredenciamento de outros hospitais psiquiátricos na região de saúde;
- Regularização, em trinta dias, das informações apresentadas no CNES;
- Garantia, em trinta dias, de presença diuturna de profissional da medicina;
- Instalação, em trinta dias, de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) para assegurar a saúde e a segurança coletiva no ambiente de trabalho;
- Regularização, em trinta dias, da inscrição das(os) profissionais em situação irregular nos respectivos conselhos de categoria profissional.

Às Secretarias de Estado da Saúde:

- Realização, em trinta dias, junto à secretaria de saúde correspondente, de Censo Psicossocial de todos estabelecimentos psiquiátricos existentes no âmbito Estado, com vista ao planejamento das ações de desinstitucionalização de todas(os) moradoras(es) existentes, com prioridade daquelas(es) em estabelecimentos considerados asilares;
- Levantamento da situação documental, em até sessenta dias, de todas as pessoas institucionalizadas, com vistas à regularização das situações que requerem medidas;
- Elaboração – e, quando já existente, revisão –, em trinta dias de Plano de Ação Regional da RAPS, com vistas a adequação dos serviços às necessidades de saúde mental.

À Secretaria de Assistência Social do âmbito federativo da Secretaria de Saúde:

- Elaboração de planejamento, em conjunto com a Secretaria de Saúde, das ações necessárias para desinstitucionalização de todas pessoas internadas, especialmente no que tange à ampliação de residências inclusivas nos territórios de cobertura dos hospitais psiquiátricos inspecionados, e as estratégias de acesso à renda como parte da oferta socioassistencial ao processo de desinstitucionalização.

Ao Ministério da Saúde:

- Apoio técnico e financeiro para planejamento e ampliação dos da RAPS, com vistas a garantir o atendimento em saúde mental em serviços de base territorial e comunitária, com especial apoio para implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos necessários para a desinstitucionalização de todas as pessoas institucionalizadas que assim necessitarem;
- Apoiar tecnicamente a regularização das informações no CNES e apuração das irregularidades existentes;
- Apoiar tecnicamente o planejamento das ações de desinstitucionalização de todas as pessoas institucionalizadas;
- Apoiar tecnicamente os estados e municípios que possuam estabelecimentos indicados para credenciamento pelo PNASH para efetivação do credenciamento;
- Apoiar tecnicamente e financeiramente às secretarias estaduais de saúde para realização do censo psicossocial;
- Tomar as medidas cabíveis no sentido de verificar o funcionamento dos serviços e providenciar a desabilitação, por meio de portaria, nos casos de estabelecimentos que encerraram suas atividades junto ao SUS.

Ao Ministério da Cidadania:

- Apoio técnico e financeiro para a ampliação de residências inclusivas nos territórios de cobertura dos hospitais psiquiátricos inspecionados.

Às Defensorias Públicas dos Estados e do Distrito Federal e Territórios:

- Oferecimento de Compromissos de Ajuste de Conduta, em coautoria com Ministério Público do Estado e Ministério Público Federal, convocando-se os órgãos executivos e de gestão hospitalar com o fim de se proceder ao processo desinstitucionalização;
- Paralelamente ao Compromisso, instauração de procedimentos conjuntos, com Ministério Público do Estado e Ministério Público Federal, para apuração das irregularidades apontadas e tomada de providências quanto aos relatos de maus-tratos, tratamento cruel, desumano e degradante, bem como a punição através da medicalização excessiva e/ou contenção mecânica;
- Em caso de inércia dos potenciais compromitentes, ajuizamento de Ação Civil Pública, em conjunto com o Ministério Público Estadual e o Ministério Público Federal, contendo pedido para a execução do processo de desinstitucionalização;
- Acompanhamento dos casos de necessidade de regularização da situação documental, com vistas a garantir esse direito ao registro civil;

- Criação de um canal de comunicação permanente com a gestão hospitalar e a secretaria de saúde respectiva;
- Acompanhamento do processo de desinstitucionalização;
- Formalização de que internação psiquiátrica solicitada por parentes ou outras pessoas se trata de internação psiquiátrica involuntária;
- Acompanhamento das assinaturas dos termos de consentimento das internações voluntárias e de recusa no caso de involuntárias;
- Instaurar procedimento específico de acompanhamento da situação de crianças e adolescentes internadas(os) em hospitais psiquiátricos;
- Interlocução com os pares nas comarcas das quais partiram internações psiquiátricas compulsórias em andamento no estabelecimento inspecionado com o fim de orientar à reversão da medida, bem como acompanhar o processo desinstitucionalização dessas pessoas;
- Acompanhar os eventuais casos de transinstitucionalização, com vistas a coibir tal a ação e garantir o direito de as pessoas internadas serem devidamente assistidas em suas necessidades pela rede socioassistencial de base territorial e comunitária de sua região de origem ou de desejo de moradia.

Em acordo com preceitos constitucionais e infraconstitucionais, elencamos, na forma de sugestões ao Conselho Nacional do Ministério Público, recomendações direcionadas ao Ministério Público do Estado e ao Ministério Público Federal:

Aos Ministérios Públicos dos Estados e do Distrito Federal e Territórios:

- Oferecimento imediato de Compromissos de Ajuste de Conduta, em coautoria com a Defensoria Pública do Estado e Ministério Público Federal, convocando-se os órgãos executivos e de gestão hospitalar com o fim de se proceder ao processo desinstitucionalização;
- Paralelamente ao Compromisso, instauração de procedimentos conjuntos, com Defensoria Pública do Estado e Ministério Público Federal, para apuração das irregularidades apontadas e tomada de providências quanto aos relatos de maus-tratos, tratamento cruel, desumano e degradante, bem como a punição através da medicalização excessiva e/ou contenção mecânica; em caso de inércia dos potenciais comprometimentos, ajuizamento de Ação Civil Pública, em conjunto com a Defensoria Pública Estadual e Ministério Público Federal, contendo pedido para a execução do processo de desinstitucionalização;
- Acompanhar o fechamento da porta de entrada do hospital psiquiátrico inspecionado, bem como do planejamento da RAPS local;
- Formalização de que a internação psiquiátrica solicitada por parentes ou outras pessoas se trata de internação psiquiátrica involuntária;
- Instauração de procedimento preliminar de apuração de situações de apropriação indébita dos benefícios bem como posse indevida dos cartões bancários;

- Instauração de procedimento de apuração de situações de irregularidades relativas aos recursos públicos investidos;
- Interlocução com os pares nas comarcas das quais partiram internações psiquiátricas compulsórias em andamento no estabelecimento inspecionado com o fim de orientar a reversão da medida, bem como acompanhar o processo de desinstitucionalização dessas pessoas;
- Acompanhar os eventuais casos de transinstitucionalização, com vistas a coibir tal a ação e garantir o direito das pessoas internadas serem devidamente assistidas em suas necessidades pela rede socioassistencial de base territorial e comunitária de sua região de origem ou de desejo de moradia.

Ao Ministério Público Federal:

- Oferecimento de Compromissos de Ajuste de Conduta, em coautoria com a Defensoria Pública do Estado e Ministério Público Estadual, convocando-se os órgãos executivos e de gestão hospitalar com o fim de se proceder ao processo desinstitucionalização;
- Paralelamente ao Compromisso, instauração de procedimentos conjuntos, com Defensoria Pública do Estado e Ministério Público Estadual, para apuração das irregularidades apontadas e tomada de providências quanto aos relatos de maus-tratos, tratamento cruel, desumano e degradante, bem como a punição através da medicalização excessiva e/ou contenção mecânica.
- Em caso de inércia dos potenciais compromitentes, ajuizamento de Ação Civil Pública, em conjunto com o Ministério Público Estadual e o Ministério Público Federal, contendo pedido para a execução do processo de desinstitucionalização;
- Instauração de procedimento de apuração de situações de irregularidades relativas aos recursos públicos investidos.

Ao Ministério Público do Trabalho:

- Oferecimento de Compromissos de Ajuste de Conduta, convocando-se os órgãos executivos e de gestão hospitalar com o fim de se proceder à regularização das questões relativas à saúde e segurança do trabalho das unidades;
- Paralelamente ao Compromisso, instauração de procedimentos conjuntos, com Defensoria Pública do Estado e Ministério Público Estadual, para apuração das irregularidades apontadas e tomada de providências quanto aos relatos de maus-tratos, tratamento cruel, desumano e degradante, bem como a punição através da medicalização excessiva e/ou contenção mecânica;
- Em caso de inércia dos potenciais compromitentes, ajuizamento de Ação Civil Pública, em conjunto com o Ministério Público Estadual e o Ministério Público Federal, contendo pedido para a execução do processo de desinstitucionalização.

ANEXOS

ANEXO 1 - RELAÇÃO NOMINAL DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS INSPECIONADOS

UF	Município	Estabelecimento	CNES	CNPJ	Natureza Jurídica	Gestão
AC	RIO BRANCO	HOSPITAL DE SAUDE MENTAL DO ACRE	2000857	04.034.526/0005-77	Pública	Estadual
AL	ARAPIRACA	HOSPITAL PSIQUIATRICO TEODORA ALBUQUERQUE	2005123	01.606.515/0001-00	Filantrópica	Municipal
AM	MANAUS	CENTRO PSIQUIATRICO EDUARDO RIBEIRO	2019590	00.697.295/0060-57	Pública	Estadual
BA	SALVADOR	HOSPITAL JULIANO MOREIRA	0004286	13.937.131/0008-18	Pública	Estadual
BA	SALVADOR	HOSPITAL ESPECIALIZADO MARIO LEAL	0005436	13.937.131/0038-33	Pública	Estadual
BA	JUAZEIRO	SANATORIO N SR DE FATIMA	2510189	14.661.987/0001-08	Filantrópica	Municipal
BA	FEIRA DE SANTANA	HOSPITAL ESPECIALIZADO LOPES RODRIGUES	2603063	13.937.131/0050-20	Pública	Estadual
CE	FORTALEZA	HOSPITAL DE SAUDE MENTAL DE MESSEJANA	2480026	07.954.571/0037-15	Pública	Estadual
CE	FORTALEZA	HOSPITAL PSIQUIATRICO SAO VICENTE DE PAULO	2529394	07.273.592/0002-45	Filantrópica	Municipal
ES	CARIACICA	HOSPITAL ADAUTO BOTELHO	2465752	27.080.605/0014-00	Pública	Estadual
GO	ANAPOLIS	INSTITUTO DE MEDICINA DO COMPORTAMENTO EURIPEDES BARSANULFO	2361779	01.029.180/0001-05	Filantrópica	Municipal
GO	GOIANIA	CASA DE EURIPEDES	2517957	01.269.083/0001-81	Filantrópica	Municipal
GO	APARECIDA DE GOIANIA	PAX CLINICA PSIQUIATRICA	2589672	1250414000131	Privada	Municipal
MA	SAO LUIS	CLINICA SAO FRANCISCO	2455781	05.746.318/0001-30	Privada	Municipal
MA	SAO LUIS	HOSPITAL NINA RODRIGUES	2457768	02.973.240/0007-93	Pública	Estadual
MA	SAO LUIS	CLINICA LA RAVARDIERE LTDA	2698056	06.496.111/0001-17	Privada	Municipal
MG	SAO SEBASTIAO DO PARAISO	HOSPITAL E CENTRO DE ESPECIALIDADES GEDOR SILVEIRA	2146401	24.899.874/0001-90	Filantrópica	Municipal
MT	CUIABA	CIAPS HOSPITAL ADAUTO BOTELHO	2604396	SEM CNPJ	Pública	Estadual

UF	Município	Estabelecimento	CNES	CNPJ	Natureza Jurídica	Gestão
PB	JOAO PESSOA	HOSPITAL PSIQUIATRICO COLONIA JULIANO MOREIRA	2399067	08.778.268/0012-13	Pública	Estadual
PB	JOAO PESSOA	INSTITUTO DE PSIQUIATRIA	2399113	09.096.181/0001-76	Privada	Municipal
PE	BARREIROS	HOSP COLONIA VICENTE GOMES DE MATOS	2319543	SEM CNPJ	Pública	Estadual
PR	PIRAQUARA	ASJA	0018384	07.070.735/0001-30	Filantrópica	Estadual
PR	MARINGA	HOSPITAL PSIQUIATRICO DE MARINGA	2587289	79.129.110/0001-08	Filantrópica	Municipal
RJ	NITEROI	HOSPITAL PSIQUIATRICO DE JURUJUBA	0012718	32.556.060/0027-10	Pública	Municipal
RJ	NOVA FRIBURGO	CLINICA DE REPOUSO SANTA LUCIA LTDA	2293382	30.538.011/0001-90	Privada	Municipal
RJ	PETROPOLIS	CASA DE SAUDE SANTA MONICA LTDA	2275600	31.146.863/0001-03	Privada	Municipal
RJ	TRES RIOS	CLINICA DE REPOUSO TRES RIOS	2292661	32.295.503/0001-28	Privada	Municipal
RJ	VASSOURAS	CASA DE SAUDE CANANEIA	2273780	29.081.924/0001-41	Privada	Municipal
RS	CAXIAS DO SUL	CLINICA PROFESSOR PAULO GUEDES LTDA	2223589	88.667.167/0001-51	Privada	Municipal
RS	PORTO ALEGRE	HOSPITAL PSIQUIATRICO SAO PEDRO	2237806	87.958.625/0002-20	Pública	Municipal
SC	SAO JOSE	INSTITUTO DE PSIQUIATRIA IPQ	2706369	82.951.245/0021-02	Pública	Estadual
SP	ADAMANTINA	CLINICA NOSSO LAR ADAMANTINA	2082446	43.007.814/0001-60	Filantrópica	Municipal
SP	ARARAS	CLINICA SAYAO ARARAS	2082470	44.214.203/0001-56	Filantrópica	Estadual
SP	ESPIRITO SANTO DO PINHAL	INSTITUTO BEZERRA DE MENEZES ESPIRITO SANTO DO PINHAL	2084384	54.228.366/0002-22	Filantrópica	Municipal
SP	GARÇA	HOSPITAL PSIQUIATRICO ANDRE LUIZ	2745356	48.209.704/0001-03	Filantrópica	Estadual
SP	ITAPIRA	INSTITUTO AMERICO BAIRRAL DE PSIQUIATRIA	2085143	49.914.773/0001-72	Filantrópica	Estadual
SP	LINS	CAIS CLEMENTE FERREIRA DE LINS	2081725	46.374.500/0054-04	Pública	Estadual
SP	OSASCO	LAR BUSSOCABA ASSISTENCIA VICENTINA	0008478	08.933.601/0001-69	Filantrópica	Municipal
SP	PRESIDENTE PRUDENTE	HOSPITAL PSIQUIATRICO ESPIRITA BEZERRA DE MENEZES P PRUDENT	2058782	44.868.644/0001-71	Filantrópica	Estadual
SP	SAO PAULO	HOSPITAL PSIQUIATRICO DE VILA MARIANA	2688514	46.374.500/0131-72	Pública	Estadual

ANEXO 2 - RELAÇÃO NOMINAL DAS EQUIPES DE INSPEÇÃO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

ACRE

HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL DO ACRE		
Rio Branco - AC		
Nome	Instituição	Cargo/função
Glauco Ney Shiroma Oshiro	MPE-AC	Promotor de Justiça
Marielle Rissanne Guerra Viana Cardoso	MPT	Procuradora do Trabalho
Luciana de Miguel Cardoso Bogo	MPF	Procuradora da República
Luciana de Carvalho Rocha	CRP-AC	Conselheira
Emelym Daniela Souza Tonelly	CRP-AC	Coordenadora do CAPS II
Tallini Roberta Mascarello de Oliveira	MPE-AC	Analista Processual
Thalita Adriana Ferreira de Sousa	MPE-AC	Analista em Saúde (Assistente Social)
Jean Luiz Oliveira da Silva	MPE-AC	Diretoria de Comunicação
William Viecili Fabiano	MPE-AC	Diretoria de Comunicação
Pedrina de Souza Bezerra	MPF	Assessora Jurídica
Gabriel Parra Pastro	MPT	Engenheiro
Antônio Carlos Ferreira da Silva	MPT	Técnico em Segurança Institucional e Transportes
Rozimeyre Neris de Melo Martins	MPT	Assessora Jurídica

ALAGOAS

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO TEODORA ALBUQUERQUE		
Arapiraca - AL		
Nome	Instituição	Cargo/função
Laeuza Lúcia da Silva Farias	CRP-AL	Conselheira Presidente do CRP
Emilya Anna Ferreira Gomes	CRP-AL	Conselheira
Daniel Caldeira de Melo	MNPCT	Perito
Thiago Muniz Cavalcanti	MPT	Procurador do Trabalho
Teresa Raquel Barbosa	MPT	Analista Pericial (Médica do Trabalho)
Danilo Ferreira Ribeiro	MPT	Analista Processual
Alberto Tenório Vieira	MPE-AL	Promotor de Justiça
Josevanio de Almeida Lima	MPE-AL	Assessor Técnico
Telma do Nascimento Vieira	ASSUMA	Representante do movimento social

AMAZONAS

CENTRO PSIQUIÁTRICO EDUARDO RIBEIRO		
Manaus - AM		
Nome	Instituição	Cargo/função
Gibson Alves dos Santos	CRP-AM	Presidente do CRP
Silvana Nobre de Lima Cabral	MPE-AM	Promotora de Justiça
Tathiane Menezes do Nascimento	MPT	Procuradora do Trabalho
Paulo José Silva da Fonseca	CEREST	Psicólogo
Nádia Maria Soares Bezerra	VISA	Gerente de Serviços da VISA
Antônio José Mancilha	MPE-AM	Promotor de Justiça
Cláudia Maria Raposo da Câmara	MPE-AM	Promotor de Justiça
Mirtel Fernandes do Vale	MPE-AM	Promotor de Justiça

BAHIA

SANATÓRIO NOSSA SENHORA DE FÁTIMA		
Juazeiro - BA		
Nome	Instituição	Cargo/função
Jonalva Parana	CRP-BA	Psicóloga convidada
José Ribamar de Araújo e Silva	MNPCT	Perito
Ticiane Andrea Sales Nogueira	MPF	Procuradora da República
José Yardley Gomes Correia	MPF	Motorista
Cynthia Carvalho	MPT	Auditora Fiscal do Trabalho
Vanessa Griz	MPE-BA	Promotora
Isaias de Santana Silva	MPT	Analista Eng. Seg. Trabalho/Perito

* compuseram ainda a equipe de visita: Victor Reis, Karol Barros, Wilson Conceição e Itana Sena da Silva

HOSPITAL ESPECIALIZADO LOPES RODRIGUES		
Feira de Santana - BA		
Nome	Instituição	Cargo/função
Ivana Ventura da Silva	CRP-BA	Conselheira
Pablo Mateus dos Santos Jacinto	CRP-BA	Assessor técnico - CREPOP
Naira dos Santos Bonfim	CRP-BA	Estagiária - CREPOP
Telma Silva Bonfim	CRP-BA	Representante
Iara Maria Alves da Cruz Martins	CRP-BA	Conselheira
Chirley da Silva Reis	CRP-BA	Psicóloga
José Ribamar de Araújo e Silva	MNPCT	Perito
Isaias de Santana Silva	MPT	Analista Eng. Seg. Trabalho/Perito
Carla Pinheiro França	MPE-BA	Assessora técnica
Anselmo Lima Pereira	MPE-BA	Promotor e Justiça

* compuseram ainda a equipe de visita outros representantes do Ministério Público do Estado da Bahia e do Ministério Público do Trabalho no estado.

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

HOSPITAL JULIANO MOREIRA		
Salvador - BA		
Nome	Instituição	Cargo/função
Ivana Ventura da Silva	CRP-BA	Conselheira
Renan Vieira de Santana Rocha	CRP-BA	Conselheiro
Pablo Mateus dos Santos Jacinto	CRP-BA	Assessor técnico - CREPOP
Naira dos Santos Bonfim	CRP-BA	Estagiária - CREPOP
Carla Pinheiro França	MPE-BA	Assessora técnica
Sefora Char	MPT	Procuradora do Trabalho
Luíz Schindler	MPT	Procurador do Trabalho
Flávio Maranhão	MPT	Servidor MPT
Márcio J. Cordeiro Fahel	MPE-BA	Promotor de Justiça
Rosa Patrícia Salgado Atanázio	MPE-BA	Promotora de Justiça
Rogério Luis Gomes de Queiroz	MPE-BA	Promotor de Justiça
Anilton Cerqueira	MTE	Auditor Fiscal
Gabriel Pimenta Alves	MPF	Procurador da República
Márcia Regina Ribeiro Teixeira	MPE-BA	Promotora de Justiça
Jane Burgos	CEPET-BA	Representante

HOSPITAL ESPECIALIZADO MÁRIO LEAL		
Salvador - BA		
Nome	Instituição	Cargo/função
Ivana Ventura da Silva	CRP-BA	Conselheira
Helena Miranda dos Santos	CRP-BA	Comissão de Orientação e Fiscalização
Pablo Mateus dos Santos Jacinto	CRP-BA	Assessor técnico - CREPOP
Naira dos Santos Bonfim	CRP-BA	Estagiária - CREPOP
Márcia Regina Ribeiro Teixeira	MPE-BA	Promotora de Justiça
Márcio J. Cordeiro Fahel	MPE-BA	Promotor de Justiça
Hudson Miranda da Silva	MPT	Representante
Luíz Schindler	MPT	Procurador do Trabalho
Gabriel Pimenta Alves	MPF	Procurador da República
Carla Pinheiro França	MPE-BA	Assessora técnica
Janary J. dos Santos	MPE-BA	Analista Técnico
Rosa Patrícia S. Atanázio	MPE-BA	Promotora de Justiça
Sefora Char	MPT	Procuradora do Trabalho
Rogério Luis Gomes de Queiroz	MPE-BA	Promotor de Justiça
Anilton Cerqueira	MTE	Auditor Fiscal
Jane Burgos	CEPET-BA	Representante

CEARÁ

HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL DE MESSEJANA		
Fortaleza - CE		
Nome	Instituição	Cargo/função
Isabel Maria Salustiano Arruda Pôrto	MPE-CE	Promotora de Justiça
Francisca Helena Duarte Camelo	MPT	Procuradora do Trabalho
Andrea Autran do Nascimento	Comissão Intersetorial e Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde-CE	Representante
Marcossuel Gomes Aciões	CRP-CE	Conselheiro
Paulo Roberto Mariano Pires	CEPCT-CE	Vice-Presidente
Érika Marques Nobre	CREFITO - CE	Representante do Departamento de Fiscalização
Ana Paula Brandão	COREN - CE	Presidente
Francisca Márcia Araújo Lustosa	CRESS-CE	Conselheira
Ricardo Cesar Vieira Madeiro	OAB - CE	Comissão de Saúde
Stela Norma Benevides Castelo	CRM - CE	Conselheira
Eunice Carneiro Fernandes	CRF- CE	Fiscal

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO VICENTE DE PAULO		
Fortaleza - CE		
Nome	Instituição	Cargo/função
Lucy Antoneli Domingos Araújo Gabriel da Rocha	MPE-CE	Promotora de Justiça
Bárbara Castelo Branco Monte	CRP-CE	Conselheira
Tâmara Reis de Norões	MPE-CE	Analista Ministerial de Entrância Especial (Serviço Social)
Juliana Sombra Peixoto Garcia	MPT	Procuradora do Trabalho
Lirian Filgueiras Mascarenhas	CEPCT-CE	Membro da Comissão de Saúde Mental
Luziane Feijó	CREFITO - CE	Vice-presidente
Ana Paula Lemos	COREN - CE	Conselheira Secretária
Kelly Diniz Viana	CRESS-CE	Agente Fiscal
Laciana Lacerda	OAB - CE	Comissão de Saúde
Joel Porfírio Pinto	CRM - CE	Conselheiro
Elson Braga Ferreira	CRF- CE	Membro do Grupo de Trabalho para acompanhamento do Plano de Fiscalização

ESPÍRITO SANTO

HOSPITAL ADAUTO BOTELHO		
Cariacica - ES		
Nome	Instituição	Cargo/função
Juliana Brunoro de Freitas	CRP-ES	Psicóloga
Keli Lopes Santos	CRP-ES	Psicóloga
Ingrid Medeiros Conti	CRP-ES	Psicóloga
Rafael Barreto	MNPCT	Perito
Pollyana Tereza Ramos Pazaloni	CRESS-ES	Assistente Social
Inês Thomé Poldi Taddei	MPE-ES	Promotora de Justiça
Francilene Sales Figueiredo	MPE-ES	Servidora

GOIÁS

INSTITUTO DE MEDICINA DO COMPORTAMENTO EURÍPEDES BARSANULFO		
Anápolis - GO		
Nome	Instituição	Cargo/função
Eduardo Silva Prego	MPE-GO	Centro de Apoio Operacional da Saúde
Marcos Paulo Regas de Velasco	MPE-GO	Centro de Apoio Operacional da Saúde
Karina D'Abruzzo	MPE-GO	Promotora de Justiça
Adriano Carvalho de Souza	MPE-GO	Unidade Técnico-Pericial em Engenharia
Camila Cardoso Caixeta	UFG	Docente
Nathalia dos Santos Silva	UFG	Docente
Ana Lourdes C. Schiavinato	CRP-GO	Comissão de Saúde
Karla Garcia Alves	CRP-GO	Analista de Fiscalização e Orientação
Cândido Renato Alves de Oliveira	CRP-GO	Membro da Comissão Especial de Direitos Humanos do CRP 9ª região
Jaqueline Moreira Coelho	MPE-GO	Unidade Técnico-Pericial em Psicologia
Emerson Fernandes Martins	DPE-GO	Defensor Público
Thiago Mendonça Nascimento	DPE-GO	Defensor Público

CASA DE EURÍPEDES		
Goiânia - GO		
Nome	Instituição	Cargo/função
Vinícius Jacarandá	MPE-GO	Procurador de Justiça
Renata Costa Teixeira	CRP-GO	Analista de Fiscalização e Orientação
Rubia Cristina Canedo	CRP-GO	Analista de Fiscalização e Orientação
Jaqueline Luvisotto Marinho	MPE-GO	Unidade Técnico-Pericial em Medicina
Eurídes S. Piolho	UFG	Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental (RECUID)
Ana Lourdes de Castão Schiavillato	CRP-GO	Comissão de Saúde
Leonardo Samuel Brito de Oliveira	DPE-GO	Defensor Público
Dagoberto Luiz Susana Costa	SMS Goiânia	Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental
Viviane Ribeiro da Silva Bueno	MPE-GO	Unidade Técnico-Pericial em Engenharia
Michelle Bitta Alencar de Sousa	DPE-GO	Defensora Pública

PAX CLÍNICA PSIQUIÁTRICA Aparecida de Goiânia - GO		
Nome	Instituição	Cargo/função
Reuder Cavalcante Motta	MPE-GO	Promotor de Justiça
Ana Lourdes de lastro Schiavinato	CRP-GO	Comissão de Saúde
Ionara Vieira Moura Rabelo	CRP-GO	Presidenta
Raquel Rosa Mendonça do Vale	RECUID	Integrante do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental
Ana Cláudia Camuri	MNPCT	Perita
Fernanda da Silva Rodrigues Fernandes	DPE-GO	Defensora Pública
Fernando Leite	MPT	Perito em Engenharia de Segurança do Trabalho
Milena Costa	MPT	Procuradora do Trabalho
Gelva Maristane Martins Costa	MPE-GO	Unidade Técnico-Pericial em Serviço Social

MARANHÃO

CLÍNICA SÃO FRANCISCO São Luís - MA		
Nome	Instituição	Cargo/função
Raimunda de Almeida e Silva	SUVISA	Nutricionista
João Nery Silva Costa	SUVISA	Enfermeiro
Maria do Socorro Nunes R. Balby	SUVISA	Enfermeira
Roque Penha Dominici	SUVISA	Arquiteto
Joerberth Mendes Cerqueira	SUVISA	Farmacêutico
Elke Cordeiro de Moraes Rêgo Brandão	SUVISA	Advogada
Ilma de Paiva Pereira	MPE-MA	Promotora de Justiça
Daniella Salomão Prazeres Martins	MPE-MA	Psicóloga lotada na PGJ/MA
João Marcelo Aquino de Carvalho	MPT	Téc. Segurança Institucional
Manoel Soares Lima Júnior	MPT	Téc. Segurança Institucional
Bianca Garcia Aquino	MPT	Analista Pericial/Seg. do Trabalho
Raphael Araújo Barbosa	MPT	Analista Pericial/Eng. Civil
Luciano Aragão Santos	MPT	Procurador do Trabalho
Adriana Raquel Ferreira Costa Oliveira	MNPCT	Perita
Thayara Castelo Branco	CDH-OAB	Representante
Raissa Bezerra Palhano	CRP-MA	Conselheira
Moara de Oliveira Gamba	CRP-MA	Técnica Fiscal da Comissão de Orientação e Fiscalização
Janete Valois Ferreira Serra	CRP-MA	Membro do Coletivo Ampliado em Saúde Mental do CRP

* compuseram a equipe de inspeção também representantes do Comitê Estadual de Combate à Tortura no Estado do Maranhão, da Polícia Militar e da Polícia Federal.

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

HOSPITAL NINA RODRIGUES		
São Luís - MA		
Nome	Instituição	Cargo/função
Raimunda de Almeida e Silva	SUVISA	Nutricionista
João Nery Silva Costa	SUVISA	Enfermeiro
Maria do Socorro Nunes R. Balby	SUVISA	Enfermeira
Roque Penha Dominici	SUVISA	Arquiteto
Joerberth Mendes Cerqueira	SUVISA	Farmacêutico
Elke Cordeiro de Moraes Rêgo Brandão	SUVISA	Advogada
Dra Ilma de Paiva Pereira	MPE-MA	Promotora de Justiça
Daniella Salomão Prazeres Martins	MPE-MA	Psicóloga lotada na PGJ/MA
João Marcelo Aquino de Carvalho	MPT	Téc. Segurança Institucional
Manoel Soares Lima Júnior	MPT	Téc. Segurança Institucional
Bianca Garcia Aquino	MPT	Analista Pericial/Seg. do Trabalho
Raphael Araújo Barbosa	MPT	Analista Pericial/Eng. Civil
Weslei André Araújo Sousa	MPT	Analista Pericial/Seg. do Trabalho
Maurel Mamede Selares	MPT	Procurador do Trabalho
Adriana Raquel Ferreira Costa Oliveira	MNPCT	Perita
Raissa Bezerra Palhano	CRP-MA	Conselheira
Moara de Oliveira Gamba	CRP-MA	Técnica Fiscal da Comissão de Orientação e Fiscalização

* compuseram a equipe de inspeção também representantes da Coordenadoria de Vigilância em Saúde de São Luís do Maranhão, do Comitê Estadual de Combate à Tortura no Estado do Maranhão, da Polícia Militar e da Polícia Federal.

CLÍNICA LA RAVARDIERE		
São Luís - MA		
Nome	Instituição	Cargo/função
Raimunda de Almeida e Silva	SUVISA	Nutricionista
João Nery Silva Costa	SUVISA	Enfermeiro
Maria do Socorro Nunes R. Balby	SUVISA	Enfermeira
Roque Penha Dominici	SUVISA	Arquiteto
Joerberth Mendes Cerqueira	SUVISA	Farmacêutico
Elke Cordeiro de Moraes Rêgo Brandão	SUVISA	Advogada
Dra Ilma de Paiva Pereira	MPE-MA	Promotora de Justiça
Daniella Salomão Prazeres Martins	MPE-MA	Psicóloga lotada na PGJ/MA
João Marcelo Aquino de Carvalho	MPT	Téc. Segurança Institucional
Manoel Soares Lima Júnior	MPT	Téc. Segurança Institucional
Bianca Garcia Aquino	MPT	Analista Pericial/Seg. do Trabalho
Raphael Araújo Barbosa	MPT	Analista Pericial/Eng. Civil
Weslei André Araújo Sousa	MPT	Analista Pericial/Seg. do Trabalho
Marcos Antônio de Souza Rosa	MPT	Procurador do Trabalho

Adriana Raquel Ferreira Costa Oliveira	MNPCT	Perita
Antônio Rafael da Silva Junior	CDH-OAB	Representante
Raissa Bezerra Palhano	CRP-MA	Conselheira
Moara de Oliveira Gamba	CRP-MA	Técnica Fiscal da COF
Janete Valois Ferreira Serra	CRP-MA	Membro do Coletivo Ampliado em Saúde Mental do CRP-MA

* compuseram a equipe de inspeção também representantes da Defensoria Pública do Estado do Maranhão, da Coordenadoria de Vigilância em Saúde de São Luís do Maranhão, do Comitê Estadual de Combate à Tortura no Estado do Maranhão, da Polícia Militar e da Polícia Federal.

MINAS GERAIS

HOSPITAL E CENTRO DE ESPECIALIDADES GEDOR SILVEIRA		
São Sebastião do Paraíso - MG		
Nome	Instituição	Cargo/função
Mateus Biondi	MPT	Procurador do Trabalho
Manuella de Oliveira	MPE-GO	Promotora de Justiça
Miriam Nadim Abou Yd	Fórum Mineiro de Saúde Mental	Representante do movimento social
Viviane Maciel	Fórum Mineiro de Saúde Mental	Representante do movimento social
Filippe de Mello Lopes	CRP-MG	Conselheiro
Daniene Santos	Instituto de Direitos Humanos	Representante da sociedade civil
Janaína Dornas	Instituto de Direitos Humanos	Representante da sociedade civil
Andreza Almeida	Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica do Conselho Estadual de Saúde (CERP-CES)	Conselheira

MATO GROSSO

CIAPS HOSPITAL ADAUTO BOTELHO		
Cuiabá - MT		
Nome	Instituição	Cargo/função
Alexandre de Matos Guedes	MPE-MT	Promotor de Justiça
Lys Sobral Cardoso	MPT	Procuradora do Trabalho
Zeni Luersen	CRP-MT	Representante
Rhregysmeire Myrian Rodon Alves	CRP-MT	Coordenadora
Vanessa Clementina Furtado	CRP-MT	Representante
Monica Stamm	MPE-MT	Oficial de Gabinete
Eliane Pereira da Silva	MPE-MT	Assistente Social
Isabella Oliveira de Campos	MPE-MT	Assistente Social
Helena Santana Ribeiro	MPE-MT	Assistente Social
Renata de Paula Teixeira	MPE-MT	Assistente Social
Kelly Christina O. Monteiro Veras	DPE-MT	Defensora Pública do Núcleo Cível da Pessoa Idosa
Roberto Tadeu Vaz Curvo	DPE-MT	Defensor Público do Núcleo Cível da Pessoa Idosa
Mariella Rondon Alves dos Santos	DPE-MT	Assistente Jurídica

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

Teófilo Pereira Fonseca	MPU	Analista
Lygia Cristiane Arfeli	COREN-MT	Conselheira Secretária Geral
Edilanne Tomaselli de Oliveira Eubank	COREN-MT	Enfermeira Fiscal

PARAÍBA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO COLÔNIA JULIANO MOREIRA		
João Pessoa - PB		
Nome	Instituição	Cargo/função
Leandro Roque da Silva	CRP-PB	Conselheiro
Carla Lidiane Oliveira Pereira	CRP-PB	Colaboradora da Comissão de Direitos Humanos
Dalnes Cristine de Freitas Gondim	CRESS-PB	Conselheira
Raniere da Silva Dantas	MPE-PB	Coordenador do Centro de Apoio às Promotorias de Justiça da Saúde de João Pessoa
Maria das Graças de Azevedo Santos	MPE-PB	Promotora de Justiça
Danilo dos Santos Rodrigues	MPT	Analista Pericial em Engenharia de Segurança do Trabalho
Alexandre Almeida de Freitas	MPT	Assessor Jurídico
Ludmila Cerqueira Correia	UFPB	Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania
Olívia Maria de Almdeida	UFPB	Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania
José Guilherme Ferraz da Costa	MPF	Procurador da República

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA		
João Pessoa - PB		
Nome	Instituição	Cargo/função
Vinicius Suares de Oliveira	CRP-PB	Colaborador da Comissão de Direitos Humanos
Ludmila Cerqueira Correia	UFPB	Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania
Olívia Maria de Almdeida	UFPB	Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania
Raniere da Silva Dantas	MPE-PB	Coordenador do Centro de Apoio às Promotorias de Justiça da Saúde de João Pessoa
Maria das Graças de Azevedo Santos	MPE-PB	Promotora de Justiça
Danilo dos Santos Rodrigues	MPT	Analista Pericial em Engenharia de Segurança do Trabalho
Alexandre Almeida de Freitas	MPT	Assessor Jurídico
José Guilherme Ferraz da Costa	MPF	Procurador da República

PERNAMBUCO

HOSPITAL COLÔNIA VICENTE GOMES DE MATOS Barreiros - PE		
Nome	Instituição	Cargo/função
José Hermes de Azevedo Junior	CRP-PE	Conselheiro
Patrícia de Oliveira Guimarães	CRP-PE	Conselheira
Vinícius Suares de Oliveira	CRP-PE	Conselheiro Suplente
Adriana Paula Barbosa de Miranda	CRP-PE	Colaboradora da Comissão de Direitos Humanos
Ana Maria Christine Lima da Silva	CRP-PE	Colaboradora da Comissão de Enfrentamento ao Racismo
Claudianne Vasconcelos Silva	CRP-PE	Colaboradora da Comissão do Despatologiza
Maria da Conceição Leite e Silva	CRP-PE	Orientadora Fiscal
Maria de Oliveira Correia Magalhães	CRP-PE	Orientadora Fiscal
Silvannir Jaques	CRP-PE	Assessora de Comunicação e Imprensa
Janine do Rego Miranda	MPT	Procuradora do Trabalho
Ginaldo Sobral	MPT	Analista do MPU
Leonardo Bezerra de Albuquerque	MPT	Técnico do MPU
Édipo Soares Cavalcante Filho	MPE-PE	Promotor de Justiça
Solon Ivo da Silva Filho	MPE-PE	Promotor de Justiça
Marcos Creder de Souza Leão	MPE-PE	Analista (Médico Psiquiatra)
Wanessa da Silva Pontes	CRESS-PE	Conselheira
Márcia Maria Rodrigues de Lima Cavalcanti	CRESS-PE	Agente Fiscal
Marcille Ferraz Aragão Leite Nóbrega Leite	APEVISA	Fiscal Sanitária da APEVISA
Darlene Rodrigues dos Santos	APEVISA	Representante
Marília Alves Pereira dos Santos	APEVISA	Representante
Eduardo Beltrame	APEVISA	Representante
Jaime Brito	APEVISA	Gerente Geral
Bruno Becker	COREN-PE	Procurador Geral
Raissa Madeira	COREN-PE	Assessora Jurídica
Fernanda Cerqueira	COREN-PE	Enfermeira Fiscal e Coordenadora de Fiscalização
Luciana Aguiar	COREN-PE	Conselheira
Cláudio Honório de Albuquerque	MTE	Auditor Fiscal do Trabalho
Marcos Antônio Lisboa Miranda	MTE	Auditor Fiscal do Trabalho
Silvio Sandro Rodrigues	CRM-PE	Conselheiro
Otávio Valença	CRM-PE	Médico Fiscal
Joelli Azevedo	CRM-PE	Assessora de Comunicação

PARANÁ

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN JULIAN		
Piraquara - PR		
Nome	Instituição	Cargo/função
Cristiane Maria Sbalqueiro Lopes	MPT	Procuradora do Trabalho
Elver Andrade Moronte	MPT	Analista Pericial, Médico do Trabalho
Joaquim José Barão Perez Junior	MPT	Analista Pericial, Engenheiro de Segurança do Trabalho
Valmir Maiochi	MPT	Técnico MPU/Transporte
Tarsila Flores	MNPCT	Perita
Thaís Soboslai	MNPCT	Servidora
Roberta Cristina Gobbi Baccarim de França	CRP-PR	Conselho Permanente dos Direitos Humanos do CRP
Ludiana Cardozo Rodrigues	CRP-PR	Presidente
Michele Gabardo Machado	CRP-PR	Orientadora Fiscal
Ana Sofia dos Santos Lima Guerra	CRP-PR	Coord. do Núcleo de Psicologia e Migrações do CRP
Marcelo Kimati	UFPR	Docente
Daniel Fernando Fischer Lomonaco	Abrasme	Representante do movimento Social
Cinthia Azevedo Santos	DPE-PR	Defensora Pública
Stephanie Giselle Saba Siqueira	DPE-PR	Psicóloga - Defensoria Pública

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE MARINGÁ		
Maringá - PR		
Nome	Instituição	Cargo/função
Fábio Aurélio da Silva Alcure	MPT	Procurador do Trabalho
Liana Claudia Borges Paulino	MPT	Procuradora do Trabalho
Adam Fiori	MPT	Técnico Segurança do Trabalho
Tarsila Flores	MNPCT	Perita
Thaís Soboslai	MNPCT	Servidora
Michele Gabardo Machado	CRP-PR	Orientadora Fiscal
Semiramis Maria A. Vedovatto	CRP-PR	Conselheira
Maynara Helena Flores Martins	CRP-PR	Coord. da Comissão de Direitos Humanos do CRP
Fábio José Orsini Lopes	UEM	Docente
Gerson da Silva	DPE-PR	Ouvidor-Geral
Gilson Rogério Duarte de Oliveira	DPE-PR	Defensor Público
Emilia Tocie Fujiwara	DPE-PR	Psicóloga - Defensoria Pública
Nayra Borges de Almeida	DPE-PR	Psicóloga - Defensoria Pública

RIO DE JANEIRO

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JURUJUBA		
Niterói - RJ		
Nome	Instituição	Cargo/função
Rosilene Souza Gomes	CRP-RJ	Conselheira
Renata Lira	MEPCT-RJ	Membro do MEPCT-RJ
Fábio Cascardo	MEPCT-RJ	Membro do MEPCT-RJ
Carolina Senra	MPE-RJ	Promotora de Justiça
Cristiane Branquinho Lucas	MPE-RJ	Coord. do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência

* compuseram ainda a equipe de inspeção representantes do Grupo de Apoio Técnico do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, do Conselho Regional de Serviço Social e do Sindicato dos Psicólogos.

CASA DE SAÚDE CANANÉIA		
Vassouras - RJ		
Nome	Instituição	Cargo/função
Julia Horta Nasser	CRP-RJ	Representante
Deise Benedito	MNPCT	Perita
Fábio Cascardo	MEPCT-RJ	Membro do MEPCT-RJ
Graziela Sereno	MEPCT-RJ	Membro do MEPCT-RJ

* compuseram ainda a equipe de inspeção representantes do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência, da Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva do Núcleo Vassouras, do Grupo de Apoio Técnico do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, do Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, do Conselho Regional de Serviço Social, do Instituto de Estudos da Religião, da Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátria da Assembleia Legislativa do Estado e da Associação Brasileira de Saúde Mental.

CASA DE SAÚDE SANTA MÔNICA		
Petrópolis - RJ		
Nome	Instituição	Cargo/função
Débora Esteves Müller	CRP-RJ	Representante
Patrícia Oliveira	MEPCT-RJ	Membro do MEPCT-RJ
Natália Damazio	MEPCT-RJ	Membro do MEPCT-RJ
Graziela Sereno	MEPCT-RJ	Membro do MEPCT-RJ
Cristiane Branquinho Lucas	MPE-RJ	Promotora de Justiça
Rafael Garcia Rodrigues	MPT	Procurador do Trabalho

* compuseram ainda a equipe de inspeção outros integrantes do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, incluindo integrantes do Grupo de Apoio Técnico do MPE, assim como representantes do Ministério Público Federal e da Defensoria Pública Estado.

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

CLÍNICA DE REPOUSO TRÊS RIOS		
Três Rios - RJ		
Nome	Instituição	Cargo/função
Barbara Salomão Spier	MPE-RJ	Coordenadora do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Cíveis
Sheila Cristina Vargas	MPE-RJ	Promotora de Justiça
Sebastião Felix Pereira Junior	MPE-RJ	Grupo de Apoio Técnico - Psiquiatra
Moema Belloni Schmidt	MPE-RJ	Grupo de Apoio Técnico - Psicóloga
Renata Lira	MEPCT-RJ	Membro do MEPCT-RJ
Alexandre Campbell	MEPCT-RJ	Membro do MEPCT-RJ
Viviane Siqueira Martins	CRP-RJ	Representante
Isaura Pinho	DPE- RJ	Defensora Pública
Karina Avelar	CRSS-RJ	Representante

CLÍNICA DE REPOUSO SANTA LÚCIA		
Nova Friburgo - RJ		
Nome	Instituição	Cargo/função
Rosilene Souza Gomes	CRP-RJ	Conselheira
Barbara Salomão Spier	MPE-RJ	Coordenadora do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Cíveis
Anabelle Macedo Silva	MPE-RJ	Promotora de Justiça
Jefferson Luiz Maciel Rodrigues	MPT	Procurador do Trabalho
Patrícia Oliveira	MEPCT-RJ	Membro do MEPCT-RJ
Natália Damazio	MEPCT-RJ	Membro do MEPCT-RJ
Alexandre Campbell	MEPCT-RJ	Membro do MEPCT-RJ

* compuseram a equipe de inspeção também outros integrantes do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro e do Ministério Público do Trabalho, além de representantes da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro e do Movimento da Luta Antimanicomial.

RIO GRANDE DO SUL

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO		
Porto Alegre - RS		
Nome	Instituição	Cargo/função
Liliane Dreyer da Silva Pastoriz	MPE-RS	Promotora de Justiça
Bettina Cotliarenko Fichbein	MPE-RS	Médica Psiquiatra - Serviço Biomédico da Procuradoria-Geral de Justiça
Rodrigo Crespo Nunes	MPE-RS	Médico - Serviço Biomédico da Procuradoria-Geral de Justiça
Ana Paula Schmidt Lourenço	MPE-RS	Psicóloga - Serviço Biomédico da Procuradoria-Geral de Justiça
Fabiana Aguiar de Oliveira	MPE-RS	Assistente Social - Assessoramento em Direitos Humanos da Procuradoria-Geral de Justiça
Luiz Alessandro Machado	MPT	Procurador do Trabalho
Bruno Renato Nascimento Teixeira	MNPCT	Perito

Taia Duarte Mota	MNPCT	Servidora
Bruno Graebin de Farias	CRP-RS	Representante

* compuseram ainda a equipe de visita representantes do Comitê Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio Grande do Sul, do Ministério do Trabalho e Emprego, da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul, além de outros integrantes do Ministério Público do Trabalho no estado.

CLÍNICA PROFESSOR PAULO GUEDES		
Caxias do Sul - RS		
Nome	Instituição	Cargo/função
Bruno Renato Nascimento Teixeira	MNPCT	Perito
Taia Duarte Mota	MNPCT	Servidora
Ana Paula Rech Medeiros	CEPCT-RS	Representante
Carolina Pereira Mercante	MPT	Procuradora do Trabalho
Adriana Karin Diese Chesani	MPE-RS	Promotora de Justiça
Idianes da Silva Minuze	VISA de Caxias do Sul	Representante
Sueli Teresinha Cassol Dal Bosco	VISA de Caxias do Sul	Representante
Iraci Brandalise	VISAT de Caxias do Sul	Representante
Carmen Regina Marcon de Grandi	VISAT de Caxias do Sul	Representante
Glediston J. D. Perottoni	CEREST Serra	Representante
Ida Marisa Straus Dri	CEREST Serra	Representante
Danusa Santos Brandão	CEREST Serra	Representante
Ben Hur Monson Chamorra	CEREST Serra	Representante
Cristovão Luiz Gardelin	CEREST Serra	Representante
Bernadete Giacomini	SindSaúde	Representante
Alessandra Borges	CREA-RS	Representante
Fernanda Facchin Fioravanzo	CRP-RS	Conselheira

* compuseram ainda a equipe de visita representante do Departamento de Avaliação, Controle, Regulação e Auditoria (Dacra) outros integrantes do SindSaúde e CREA-RS.

SANTA CATARINA

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA		
São José - SC		
Nome	Instituição	Cargo/função
Mariana Casagrande	MPT	Procuradora do Trabalho
Alice Nair Feiber Sônego	MPT	Procuradora do Trabalho
Maria de Fátima Reis	MPT	Assessora de Comunicação
George Augusto Artigo	MPT	Representante
Valdirene Daufemback	MNPCT	Perita
Cynthia Maria Pinto da Luz	CEDH	Advogada
Nasser Haidar Barbosa	CRP-SC	Conselheiro
Renata Christiane Araújo de Lins	CRP-SC	Representante
João Joffily Coutinho	DPE-SC	Subdefensor Público-Geral

SÃO PAULO

CLÍNICA NOSSO LAR		
Adamantina - SP		
Nome	Instituição	Cargo/função
Cristiano Lourenço Rodrigues	MPT	Procurador do Trabalho
João Carlos Talarico	MPE-SP	Promotora de Justiça
Mariana Ceciliato de Carvalho	CRP-SP	Representante
Edgar Rodrigues	CRP-SP	Representante
Juliana Cristina Bessa	CRP-SP	Representante
Paula Carvalho Lauer	CRP-SP	Representante
Cristina Amélia Luzio	CRP-SP	Representante
Fabiana de Andrade	CRP-SP	Representante
Regina Maria F. Alves Rabelo	COREN-SP	Representante
Fernando Rodolfo Mercês Moris	DPE-SP	Defensor Público
Maurício Franchi	MTE	Auditor Fiscal do Trabalho
Sidnei Emerson Andretto	MPU	Técnico MPU/ Seg. Inst. E Transporte
Maria Angélica de M. Pinheiro	MPU	Analista MPU/ Apoio Jurídico/ Direito

CLÍNICA ANTÔNIO LUIZ SAYÃO		
Araras - SP		
Nome	Instituição	Cargo/função
Georgia Carla Chinalia Obeid	MPE-SP	Promotora de Justiça
Mário Antônio Gomes	MPT	Procurador do Trabalho
Marcos Aurélio Estraiotto Alves	MPT	Procurador do Trabalho
Lucio Costa	MNPCT	Perito
Caroline Benigno Cardoso	CRP-SP	Representante
Ivana do Carmo Souza	CRP-SP	Representante
Leonardo Botinhon de Campos	CRP-SP	Representante
Lívia Felipe Dalberto	CRP-SP	Representante
Rodrigo Fernando Presotto	CRP-SP	Representante
Fernanda Dutra Pinchiaro	DPE-SP	Defensora Pública
Daniela Skromov de Albuquerque	DPE-SP	Defensora Pública
Elisabete Saiki	DPE-SP	Assistente Social
Fernanda Passoni	DPE-SP	Psicóloga
Camila Campagnollo	VISA	Representante
José Roberto da Silva	VISA	Representante
Valdemar Vechin Junior	VISA	Coordenador
Paulo Roberto Coellho Filho	CEREST - Rio Claro	Representante
José Carlos Duarte	CEREST - Rio Claro	Representante
Oswaldo de Biase Filho	CEREST - Rio Claro	Representante
Kimie Aparecida Kaneko Ebert	CEREST - Rio Claro	Representante

INSTITUTO BEZERRA DE MENEZES		
Espírito Santo do Pinhal - SP		
Nome	Instituição	Cargo/função
Eliane Cristina Dias de Almeida	CRP-SP	Gestora Subsele Sorocaba
Leonardo Botinhon de Campos	CRP-SP	Comissão de Orientação e Fiscalização
Lucas Souza Leme	CRP-SP	Comissão de Orientação e Fiscalização
Jessifran Silveira Rosa	CRP-SP	Comissão de Orientação e Fiscalização
Caroline Benigno Cardoso	CRP-SP	Analista Técnica
Mariana Satie Kitahara	CRP-SP	Analista Técnica
Catarina von Zuben	MPT	Procuradora do Trabalho
Marcela Monteiro Doria	MPT	Procuradora do Trabalho
Letícia Maria Rosa Alves	MPT	Assessora Jurídica da CONAETE
Rafael Ferreira de Almeida	MPT	Chefe da Assessoria de Comunicação
Eduardo Morelli	MPT	Gestão de Segurança Integrada
Paulo Roberto Chaves de Azevedo	MPT	Gestão de Segurança Integrada
Fernanda Dutra Pinchiaro	DPE-SP	Defensora Pública
Elizabete Saiki	DPE-SP	Assistente Social
Fernanda Passoni	DPE-SP	Psicóloga
Marcia Herculiani Cardillo	CEREST	Assistente social do Depto da VISA de Campinas
Cristiane Gonzales Rossi	CEREST	Enfermeira do Depto da VISA de Campinas
Glauce Bertolini Dias Braga	VISA Campinas	Enfermeira
Luciane do Vale Lacerda Castro	VISA Campinas	Enfermeira
Ana Beatriz Nardini Marchiori Fischer	COREN-SP	Fiscal
Ed Carlos Correa de Faria	MNLA	Representante de movimento social

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ANDRÉ LUIZ		
Garça - SP		
Nome	Instituição	Cargo/função
Beatriz Marques de Mattos	CRP-SP	Conselheira
Caio Cesar Portella Santos	CRP-SP	Gestor da Subsele de Bauru
Caroline Cusinato	CRP-SP	Coordenadora Subsele Bauru
Cristiane Manechini Diman Pegoraro	CRP-SP	Analista Técnica
Juliana Peixoto Pizano	CRP-SP	Colaboradora Subsele Bauru
Letícia Lozan	CRP-SP	Gestora Subsele de Bauru
Lucas Vieira Crepaldi	CRP-SP	Colaborador Subsele Bauru
Márcio Magalhães da Silva	CRP-SP	Colaborador Subsele Bauru
Maria Orlene Daré	CRP-SP	Colaboradora Subsele Bauru
Mariane Capellato Melo	CRP-SP	Gestora Subsele Ribeirão Preto
Regiane Aparecida Piva	CRP-SP	Conselheira
Marcus Vinícius Gonçalves	MPT	Procurador do Trabalho
José Fernando Ruiz Maturana	MPT	Procurador do Trabalho
Simone Oliveira Teixeira	MPT	Perita Médica
Bárbara Gisela C. G. Gonçalves	COREN-SP	Enfermeira Fiscal

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

Fabiane Sanches de Angelo	COREN-SP	Enfermeira Fiscal
Bruno Bortolucci Baghim	DPE-SP	Defensor Público
Edson José Almeida Junior	Polícia Rodoviária Federal	Policial
José Ciliomar da Silva	Polícia Rodoviária Federal	Policial
William Gonçalves Buim	Polícia Rodoviária Federal	Policial
Adriano Carrero	Polícia Rodoviária Federal	Policial
Bruno Bernardo	Polícia Rodoviária Federal	Policial

INSTITUTO AMÉRICO BAIRRAL DE PSIQUIATRIA		
Itapira - SP		
Nome	Instituição	Cargo/função
Lucio Costa	MNPCT	Perito
Márcio Guimarães	MPE-SP	Promotor de Justiça
Carla Fraga Ferreira	MPE-SP	Analista de Promotoria
Bruna Cléa Ferreira	MPE-SP	Analista de Promotoria - Assistente Social
Catarina von Zuben	MPT	Procuradora do Trabalho
Leticia Maria Rosa Alves	MPT	Assessora Jurídica da CONAETE
Rafael Ferreira de Almeida	MPT	Chefe da Assessoria de Comunicação
Eduardo Morelli	MPT	Gestão de Segurança Integrada
Paulo Roberto Chaves de Azevedo	MPT	Gestão de Segurança Integrada
Ione Aparecida Xavier	CRP-SP	Comissão gestora da subseção do CRP de Sorocaba
Lívia Felipe Dalberto	CRP-SP	Analista Técnica
Mariana Satie Kitahara	CRP-SP	Representante
Mônica Marques dos Santos	CRP-SP	Representante
Cibele Sanches	CRP-SP	Representante
Maria Rozinetti Gonçalves	CRP-SP	Conselheira
Adriellen Stefanie Ribeiro	CRP-SP	Representante
Daniela Skromov de Albuquerque	DPE-SP	Defensora Pública
Fernanda Dutra Pinchiaro	DPE-SP	Defensora Pública
Elizabete Saiki	DPE-SP	Assistente Social
Fernanda Passoni	DPE-SP	Psicóloga
Cristiane Gonzales Rossi	VISA Campinas	Enfermeira
Marcia Herculiani Cardillo	VISA Campinas	Assistente Social
Glauce Bertolini Dias Braga	VISA Campinas	Enfermeira
Luciane do Vale Lacerda Castro	VISA Campinas	Enfermeira
Alexandre de Alencar Viana	Polícia Rodoviária Federal	Policial
Silvéria Aparecida Freire de Sá Braz	COREN	Representante
Ed Carlos Correa de Faria	MNLA	Representante de movimento social

CAIS CLEMENTE FERREIRA		
Lins - SP		
Nome	Instituição	Cargo/função
Beatriz Marques de Mattos	CRP-SP	Conselheira
Caio Cesar Portella Santos	CRP-SP	Gestor da Subsede de Bauru
Caroline Cusinato	CRP-SP	Coordenadora Subsede Bauru
Cristiane Manechini Diman Pegoraro	CRP-SP	Analista Técnica
Juliana Peixoto Pizano	CRP-SP	Colaboradora Subsede Bauru
Letícia Lozan	CRP-SP	Gestora Subsede de Bauru
Lucas Vieira Crepaldi	CRP-SP	Colaborador Subsede Bauru
Márcio Magalhães da Silva	CRP-SP	Colaborador Subsede Bauru
Maria Orlene Daré	CRP-SP	Colaborador Subsede Bauru
Marcus Vinícius Santos	CRP-SP	Colaborador Subsede Ribeirão Preto
Regiane Aparecida Piva	CRP-SP	Conselheira
Marcus Vinícius Gonçalves	MPT	Procurador do Trabalho
José Fernando Ruiz Maturana	MPT	Procurador do Trabalho
Simone Oliveira Teixeira	MPT	Perita Médica
Bárbara Gisela C. G. Gonçalves	COREN-SP	Enfermeira Fiscal
Fabiane Sanches de Angelo	COREN-SP	Enfermeira Fiscal
Alline Delbem	DPE-SP	Defensora Pública
Edson José Almeida Junior	Polícia Rodoviária Federal	Policial
José Ciliomar da Silva	Polícia Rodoviária Federal	Policial
William Gonçalves Buim	Polícia Rodoviária Federal	Policial
Adriano Carrero	Polícia Rodoviária Federal	Policial
Bruno Bernardo	Polícia Rodoviária Federal	Policial

LAR BUSSOCABA ASSISTÊNCIA VICENTINA		
Osasco - SP		
Nome	Instituição	Cargo/função
Alexandra Lelis dos Santos	CRP-SP	Fiscal
Daniel Luiz Magalhães Souza	CRP-SP	Fiscal
Gisleine Rede	CRP-SP	Fiscal
Isabela Leite Concilio	CRP-SP	Fiscal
Rafael Cislinski	CRP-SP	Fiscal
Melina Tostes Haber	MPF	Procuradora da República
Sabrina Almeida Coelho Valera	COREN-SP	Fiscal
Caetana Diniz Marinho Taveira	MPT	Analista Pericial - Engenharia
Ana Gabriela Oliveira de Paula	MPT	Procuradora do Trabalho
Damaris Ferraz Salvioni	MPT	Procuradora do Trabalho
Tatiana Lima Campelo	MPT	Procuradora do Trabalho

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ESPÍRITA BEZERRA DE MENEZES		
Presidente Prudente - SP		
Nome	Instituição	Cargo/função
Cristiano Lourenço Rodrigues	MPT	Procurador do Trabalho
Tito Lívio Seabra	MPT	Procurador da República
Ana Cláudia Nery Camuri Numes	MNPCT	Perita
Mariana Ceciliato de Carvalho	CRP-SP	Representante
Edgar Rodrigues	CRP-SP	Representante
Silvio Yasui	CRP-SP	Representante
Mayara A. Bonora Freira	CRP-SP	Representante
Tania Tanus Salvadori	CRP-SP	Representante
Regina Maria F. Alves Rabelo	COREN-SP	Representante
Giovana Devito dos Santos Rota	DPE-SP	Defensora Pública
Maurício Franchi	MTE	Auditor Fiscal do Trabalho
Marci Cunha Dorigão	CEREST-Presidente Prudente	Médica do Trabalho
Antônio Marcos Sanches	CEREST-Presidente Prudente	Técnico em Seg. do Trab.
Sidnei Emerson Andretto	MPU	Técnico MPU/ Seg. Inst. E Transporte
Maria Angélica de M. Pinheiro	MPU	Analista MPU/ Apoio Jurídico/ Direito

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE VILA MARIANA		
São Paulo - SP		
Nome	Instituição	Cargo/função
Beatriz Borges Brambilla	CRP-SP	Conselheira
Ed Otsuka	CRP-SP	Conselheira
Fernanda Z. C. Giovanetti	CRP-SP	Representante
Jurama Silvia Van De Veld	CRP-SP	Representante
Raizel Rechtman	CRP-SP	Representante
Massumi Kamimura Mashimo	CRP-SP	Analista técnica
Melissa Neves Sandrin	CRP-SP	Analista técnica
Emilie Margret Henriques Netto	MPT	Procuradora do Trabalho
Carolina Vieira Mercante	MPT	Procuradora do Trabalho
Tatiana Bivar Simonetti	MPT	Procuradora do Trabalho
Marcos Abrão	MPT	Analista pericial
Maria Carolina Almeida Antonaccio	MPE-SP	Promotora de Justiça
Ana Carolina Martins de Souza Felipe Valentim	MPE-SP	Analista de promotoria – psicóloga
Yuri Daniel Katayama	MPE-SP	Analista de promotoria – assistente social
Fernanda Dutra Pinchiaro	DPE-SP	Defensora Pública
Fernanda Passoni	DPE-SP	Psicóloga
Ana Silvia Dusilek	COREN-SP	Representante
Maria Cristina Tani Beneventi	COREN-SP	Representante

ANEXO 3 - RELAÇÃO NOMINAL DOS 131 HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS COM HABILITAÇÃO ATIVA EM SETEMBRO DE 2018

UF	Município	CNES	Estabelecimento	Tipo de Habilitação	Portaria de Habilitação do Ministério da Saúde
AC	RIO BRANCO	2000857	HOSPITAL DE SAUDE MENTAL DO ACRE	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
AL	MACEIO	2003368	HOSPITAL PORTUGAL RAMALHO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
AL	ARAPIRACA	2005123	HOSPITAL PSIQUIATRICO TEODORA ALBUQUERQUE	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
AL	MACEIO	2006391	CASA DE SAUDE MIGUEL COUTO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
AL	MACEIO	2006413	CASA DE SAUDE E CLINICA DE REPOUSO ULYSSES PERNAMBUCANO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
AM	MANAUS	2019590	CENTRO PSIQUIATRICO EDUARDO RIBEIRO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
BA	SALVADOR	0004286	HOSPITAL JULIANO MOREIRA	0632- NIVEL II - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 161 E 240	PT SAS 404 - 19/11/2009
BA	SALVADOR	0005436	HOSPITAL ESPECIALIZADO MARIO LEAL	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
BA	JUAZEIRO	2510189	SANATORIO N SR DE FATIMA	0601- CLASSE I	PT SAS 53 - 01/03/2004
BA	FEIRA DE SANTANA	2603063	HOSPITAL ESPECIALIZADO LOPES RODRIGUES	0611- CLASSE XI	PT SAS 53 - 01/03/2004
CE	FORTALEZA	2480026	HOSPITAL DE SAUDE MENTAL DE MESSEJANA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
CE	FORTALEZA	2529394	HOSPITAL PSIQUIATRICO SAO VICENTE DE PAULO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
CE	FORTALEZA	2529424	INSTITUICAO ESPIRITA NOSSO LAR	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
DF	BRASILIA	0010618	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO HSVP	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
ES	CARIACICA	2465752	HOSPITAL ADAUTO BOTELHO	0632- NIVEL II - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 161 E 240	PT SAS 404 - 19/11/2009

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

UF	Município	CNES	Estabelecimento	Tipo de Habilitação	Portaria de Habilitação do Ministério da Saúde
ES	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	2547783	CENTRO DE ATENDIMENTO PSQUIATRICO DR ARISTIDES A CAMPOS	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
GO	JATAI	2340186	CENTRO DE SAUDE MENTAL CLODOVEU DE CARVALHO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
GO	ANAPOLIS	2361779	INSTITUTO DE MEDICINA DO COMPORTAMENTO EURIPEDES BARSANULFO	0633- NIVEL III - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSQUIATRIA ENTRE 241 E 400	PT SAS 404 - 19/11/2009
GO	GOIANIA	2517957	CASA DE EURIPEDES	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
GO	GOIANIA	2519186	INSTITUTO ESPIRITA BATUIRA DE SAUDE MENTAL	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
GO	APARECIDA DE GOIANIA	2589672	PAX CLINICA PSQUIATRICA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
GO	APARECIDA DE GOIANIA	2589532	CLINICA SANTA MONICA	0601- CLASSE I	PT SAS 53 - 01/03/2004
MA	SAO LUIS	2455781	CLINICA SAO FRANCISCO	0632- NIVEL II - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSQUIATRIA ENTRE 161 E 240	PT SAS 404 - 19/11/2009
MA	SAO LUIS	2457768	HOSPITAL NINA RODRIGUES	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
MA	SAO LUIS	2698056	CLINICA LA RAVARDIERE LTDA	0633- NIVEL III - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSQUIATRIA ENTRE 241 E 400	PT SAS 404 - 19/11/2009
MG	BELO HORIZONTE	0026913	HOSPITAL GALBA VELLOSO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
MG	BELO HORIZONTE	0026999	INSTITUTO RAUL SOARES	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
MG	BARBACENA	2098466	CLINICA MANTIQUEIRA LTDA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 1751 - 16/11/2017
MG	BARBACENA	2098946	C H P B FHEMIG	0632- NIVEL II - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSQUIATRIA ENTRE 161 E 240	PT SAS 404 - 19/11/2009
MG	ITUIUTABA	2113791	SANATORIO ESPIRITA JOSE DIAS MACHADO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009

RELATÓRIO DE INSPEÇÃO NACIONAL

UF	Município	CNES	Estabelecimento	Tipo de Habilitação	Portaria de Habilitação do Ministério da Saúde
MG	BARBACENA	2138964	CASA DE SAUDE SANTA IZABEL LTDA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
MG	SAO SEBASTIAO DO PARAISO	2146401	HOSPITAL E CENTRO DE ESPECIALIDADES GEDOR SILVEIRA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 1166 - 29/06/2017
MG	DIVINOPOLIS	2159295	CLINICA SAO BENTO MENNI	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
MG	UBERABA	2195593	SERVICO INTEGRADO DE SAUDE DONA MARIA MODESTO CRAVO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
MG	PASSOS	2761033	HOSPITAL OTTO KRAKAUER	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
MS	CAMPO GRANDE	0009792	HOSPITAL NOSSO LAR	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
MS	PARANAIBA	2375885	INSTITUTO ADELINA THIAGO DIAS	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
MT	RONDONOPOLIS	2396424	CASA DE SAUDE PAULO DE TARSO E CAPS PAULO DE TARSO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 1166 - 29/06/2017
MT	CUIABA	2604396	CIAPS HOSPITAL ADAUTO BOTELHO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
PA	BENEVIDES	2328879	UNIDADE DE REABILITACAO PSQUICO SOCIAL	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
PB	JOAO PESSOA	2399067	HOSPITAL PSIQUIATRICO COLONIA JULIANO MOREIRA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
PB	JOAO PESSOA	2399113	INSTITUTO DE PSIQUIATRIA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
PB	CAMPINA GRANDE	2613735	CLINICA DR MAIA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
PE	RECIFE	0001546	HOSPITAL PSIQUIATRICO ULYSSES PERNAMBUCANO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
PE	BARREIROS	2319543	HOSP COLONIA VICENTE GOMES DE MATOS	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
PE	OLINDA	2344866	COMUNIDADE TERAPEUTICA DE OLINDA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
PE	IGARASSU	2347342	HOSPITAL COLONIA PROFESSOR ALCIDES CODICEIRA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

UF	Município	CNES	Estabelecimento	Tipo de Habilitação	Portaria de Habilitação do Ministério da Saúde
PE	SERRA TALHADA	2427435	HOSPITAL MEMORIAL IRMA DULCE	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
PI	TERESINA	2323346	HOSPITAL AREOLINO DE ABREU	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
PR	CAMPO LARGO	0014001	ASSOCIACAO DE PESQUISA E TRATAMENTO ALCOOLISMO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
PR	CURITIBA	0016292	CLINICA DR HELIO ROTENBERG	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 491 - 22/12/2009
PR	CURITIBA	0016365	HOSPITAL ESPIRITA DE PSIQUIATRIA BOM RETIRO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
PR	PINHAIS	0018260	HOSPITAL COLONIA ADAUTO BOTELHO	0632- NIVEL II - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 161 E 240	PT SAS 404 - 19/11/2009
PR	PIRAQUARA	0018384	ASJA	0633- NIVEL III - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 241 E 400	PT SAS 404 - 19/11/2009
PR	UNIAO DA VITORIA	2568292	COMUNIDADE TERAPEUTICA DR WARRIB MOTTA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
PR	JANDAIA DO SUL	2573504	HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO IVAI	0632- NIVEL II - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 161 E 240	PT SAS 1166 - 29/06/2017
PR	LONDRINA	2578409	VILLA NORMANDA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
PR	LONDRINA	2578468	CLINICA PSIQUIATRICA DE LONDRINA	0632- NIVEL II - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 161 E 240	PT SAS 404 - 19/11/2009
PR	MARINGA	2587289	HOSPITAL PSIQUIATRICO DE MARINGA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
PR	UMUARAMA	2594358	CLINICA SANTA CRUZ	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
PR	ROLANDIA	2727250	CASA DE SAUDEROLANDIA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
PR	LOANDA	2753987	HOSPITAL PSIQUIATRICO NOSSO LAR	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 596 - 14/05/2018

RELATÓRIO DE INSPEÇÃO NACIONAL

UF	Município	CNES	Estabelecimento	Tipo de Habilitação	Portaria de Habilitação do Ministério da Saúde
RJ	CAMPOS DOS GOYTACAZES	2696908	HOSPITAL JOAO VIANA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
RJ	NITEROI	0012718	HOSPITAL PSIQUIATRICO DE JURUJUBA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
RJ	NITEROI	0012742	CASA DE SAUDE ALFREDO NEVES LTDA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
RJ	NITEROI	0012823	SEAP RJ HOSPITAL DE CUST E TRAT PSIQUIATRICO HENRIQUE ROXO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
RJ	NITEROI	2282186	INSTITUICAO FREDERICO LEOMIL	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
RJ	NOVA FRIBURGO	2293382	CLINICA DE REPOUSO SANTA LUCIA LTDA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
RJ	PETROPOLIS	2275600	CASA DE SAUDE SANTA MONICA LTDA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
RJ	RIO DE JANEIRO	2269430	INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UFRJ IPUB	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
RJ	RIO DE JANEIRO	2269996	SMS IMAS JULIANO MOREIRA AP 40	0634- NIVEL IV - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ACIMA de 400	PT SAS 404 - 19/11/2009
RJ	RIO DE JANEIRO	2270188	SEAP CGSP RJ HOSP PENAL PSIQUIATRICO ROBERTO MEDEIROS	0632- NIVEL II - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 161 E 240	PT SAS 404 - 19/11/2009
RJ	RIO DE JANEIRO	2270722	SEAP CGSP RJ HOSP DE CUST E TRAT PSIQUIAT HEITOR CARRILHO	0632- NIVEL II - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 161 E 240	PT SAS 404 - 19/11/2009
RJ	RIO DE JANEIRO	2273381	SMS HOSPITAL MUNICIPAL JURANDYR MANFREDINI AP 40	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
RJ	RIO DE JANEIRO	2280728	SMS RIO INSTITUTO MUNICIPAL NISE DA SILVEIRA AP 32	0633- NIVEL III - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 241 E 400	PT SAS 770 - 26/08/2015
RJ	RIO DE JANEIRO	2288362	SMS INSTITUTO MUNICIPAL PHILIPPE PINEL AP 21	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
RJ	RIO DE JANEIRO	2291304	SESDEC RJ CENTRO PSIQUIATRICO RIO DE JANEIRO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

UF	Município	CNES	Estabelecimento	Tipo de Habilitação	Portaria de Habilitação do Ministério da Saúde
RJ	RIO DE JANEIRO	2291304	SESDC RJ CENTRO PSQUIATRICO RIO DE JANEIRO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
RJ	SAO GONCALO	2297450	CLINICA SANTA CATARINA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
RJ	SAO GONCALO	2297515	CLINICA NOSSA SENHORA DAS VITORIAS	0633- NIVEL III - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSQUIATRIA ENTRE 241 E 400	PT SAS 404 - 19/11/2009
RJ	TANGUA	2283697	CLINICA DE REPOUSO EGO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
RJ	TRES RIOS	2292661	CLINICA DE REPOUSO TRES RIOS	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
RJ	VASSOURAS	2273780	CASA DE SAUDE CANANEIA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
RN	MOSSORO	2389215	HOSPITAL MUNICIPAL SAO CAMILO DE LELLIS	0632- NIVEL II - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSQUIATRIA ENTRE 161 E 240	PT SAS 404 - 19/11/2009
RN	NATAL	2408260	HOSPITAL COLONIA DR JOAO MACHADO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
RN	NATAL	2409003	CLINICA SANTA MARIA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
RN	NATAL	2409186	HOSPITAL PSQUIATRICO PROFESSOR SEVERINO LOPES	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
RS	CAXIAS DO SUL	2223589	CLINICA PROFESSOR PAULO GUEDES LTDA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
RS	PORTO ALEGRE	2237180	HEPA	0632- NIVEL II - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSQUIATRIA ENTRE 161 E 240	PT SAS 404 - 19/11/2009
RS	PORTO ALEGRE	2237806	HOSPITAL PSQUIATRICO SAO PEDRO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
RS	PASSO FUNDO	2247054	HOSPITAL PSQUIATRICO BEZERRA DE MENEZES	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
RS	PELOTAS	2252376	HOSPITAL ESPIRITA DE PELOTAS	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
RS	RIO GRANDE	2707640	HOSPITAL PSQUIATRICO VICENCA MARIA DA FONTOURA LOPES	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009

RELATÓRIO DE INSPEÇÃO NACIONAL

UF	Município	CNES	Estabelecimento	Tipo de Habilitação	Portaria de Habilitação do Ministério da Saúde
SC	SAO JOSE	2706369	INSTITUTO DE PSIQUIATRIA IPQ	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
SC	CRICIUMA	2758121	ISEV UNIDADE RIO MAINA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
SC	SAO JOSE	2778785	CENTRO DE CONVIVENCIA SANTANA	0633- NIVEL III - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 241 E 400	PT SAS 404 - 19/11/2009
SE	ARACAJU	0003085	CLINICA DE REPOUSO SAO MARCELLO LTDA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	ADAMANTIN A	2082446	CLINICA NOSSO LAR ADAMANTINA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	AMERICANA	2081733	SEARA HOSPITAL PSIQUIATRICO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PTGM 123 - 31/01/2013
SP	AMPARO	2084317	CLINICA FAZENDA PALMEIRAS	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	ARARAQUAR A	2079763	CASA CAIRBAR SCHUTEL	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	ARARAS	2082470	CLINICA SAYAO ARARAS	0634- NIVEL IV - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ACIMA de 400	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	BOTUCATU	2090309	CAIS CANTIDIO DE MOURA CAMPOS BOTUCATU	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	CASA BRANCA	2749033	CENTRO DE REABILITACAO DE CASA BRANCA	0633- NIVEL III - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 241 E 400	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	CATANDUVA	2058626	HOSPITAL PSIQUIATRICO MAHATMA GANDHI	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	ESPIRITO SANTO DO PINHAL	2081563	CLINICA DE REPOUSO SANTA ROSA ESPIRITO SANTO DO PINHAL	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	ESPIRITO SANTO DO PINHAL	2084384	INSTITUTO BEZERRA DE MENEZES ESPIRITO SANTO DO PINHAL	0633- NIVEL III - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 241 E 400	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	FRANCA	2080117	HOSPITAL PSIQUIATRICO ALLAN KARDEC FRANCA SP	0632- NIVEL II - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 161 E 240	PT SAS 404 - 19/11/2009

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

UF	Município	CNES	Estabelecimento	Tipo de Habilitação	Portaria de Habilitação do Ministério da Saúde
SP	FRANCO DA ROCHA	2746220	COMPLEXO HOSPITALAR JUQUERY FRANCO DA ROCHA	0634- NIVEL IV - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ACIMA de 400	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	GARÇA	2745356	HOSPITAL PSIQUIATRICO ANDRE LUIZ	0632- NIVEL II - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 161 E 240	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	INDAIA TUBA	2084244	IRPSI	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	ITAPIRA	2085143	INSTITUTO AMERICO BAIRRAL DE PSIQUIATRIA	0634- NIVEL IV - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ACIMA de 400	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	JAU	2790653	HOSPITAL TEREZA PERLATTI JAU	0632- NIVEL II - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 161 E 240	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	LINS	2081725	CAIS CLEMENTE FERREIRA DE LINS	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	MARILIA	2080990	HOSPITAL ESPIRITA DE MARILIA	0633- NIVEL III - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 241 E 400	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	OSASCO	0008478	LAR BUSSOCABA ASSISTENCIA VICENTINA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	PENAPOLIS	2078384	HOSPITAL ESPIRITA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	PIEDADE	2078236	HOSPITAL PSIQUIATRICO VALE DAS HORTENCIAS PIEDADE	0632- NIVEL II - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 161 E 240	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	PRESIDENTE PRUDENTE	2058782	HOSPITAL PSIQUIATRICO ESPIRITA BEZERRA DE MENEZES P PRUDENT	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	RIBEIRAO PRETO	2078031	HOSPITAL SANTA TEREZA DE RIBEIRAO PRETO	0633- NIVEL III - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 241 E 400	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	RIO CLARO	2083159	BEZERRA DE MENEZES RIO CLARO	0632- NIVEL II - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 161 E 240	PT SAS 488 - 22/09/2010

UF	Município	CNES	Estabelecimento	Tipo de Habilitação	Portaria de Habilitação do Ministério da Saúde
SP	SALTO DE PIRAPORA	2081547	HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA CRUZ SALTO DE PIRAPORA	0632- NIVEL II - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 161 E 240	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	SALTO DE PIRAPORA	2082918	CLINICA PSIQUIATRICA SALTO DE PIRAPORA	0634- NIVEL IV - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ACIMA de 400	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	SANTA RITA DO PASSA QUATRO	2091275	CAIS CENTRO ATENCAO INTEGRAL SAUDE SANTA RITA PASSA QUATRO	0632- NIVEL II - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 161 E 240	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	SAO JOSE DO RIO PRETO	2097648	HOSPITAL BEZERRA DE MENEZES	0632- NIVEL II - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 161 E 240	PT SAS 1751 - 16/11/2017
SP	SAO JOSE DOS CAMPOS	2085569	CVV FRANCISCA JULIA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	SAO PAULO	2070766	CAISM DR DAVID CAPISTRANO DA COSTA FILHO DA AGUA FUNDA SP	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	SAO PAULO	2077418	CAISM PHILIPPE PINEL SAO PAULO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	SAO PAULO	2078570	HOSPITAL CANTAREIRA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	SAO PAULO	2089203	CASA DE SAUDE DE SAO JOAO DE DEUS	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	SAO PAULO	2688514	HOSPITAL PSIQUIATRICO DE VILA MARIANA	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
SP	SAO PAULO	2812703	FUNDACAO FACULDADE DE MEDICINAHCFMUSP INST DE PSIQUIATRIA SP	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009

ANEXO 4 - RELAÇÃO NOMINAL DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS INSPECIONADOS POR SUFICIÊNCIA DE EQUIPE DE SAÚDE

UF	Município	CNES	Estabelecimento	Informações de suficiência de equipe	
				Relatórios Estaduais	CNES
AC	Rio Branco	2000857	Hospital de Saúde Mental do Acre	insuficiente	insuficiente
AL	Arapiraca	2005123	Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque	insuficiente	insuficiente
AM	Manaus	2019590	Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro	insuficiente	insuficiente
BA	Juazeiro	2510189	Sanatório Nossa Senhora de Fátima	insuficiente	insuficiente
BA	Pira de Santar	2603063	Hospital Especializado Lopes Rodrigues	s/i	insuficiente
BA	Salvador	0004286	Hospital Juliano Moreira	s/i	suficiente
BA	Salvador	0005436	Hospital Especializado Mario Leal	insuficiente	insuficiente
CE	Fortaleza	2480026	Hospital de Saúde Mental de Messejana	insuficiente	insuficiente
CE	Fortaleza	2529394	Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo	insuficiente	insuficiente
ES	Cariacica	2465752	Hospital Adaauto Botelho	insuficiente	suficiente
GO	Anápolis	2361779	Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo	insuficiente	insuficiente
GO	Goiânia	2517957	Casa de Eurípedes	suficiente	insuficiente
GO	recida de Goi	2589672	Pax Clínica Psiquiátrica	suficiente	insuficiente
MA	São Luís	2455781	Clínica São Francisco	insuficiente	insuficiente
MA	São Luís	2457768	Hospital Nina Rodrigues	s/i	insuficiente

UF	Município	CNES	Estabelecimento	Informações de suficiência de equipe	
				Relatórios Estaduais	CNES
MA	São Luís	2698056	Clínica La Ravardiere Ltda	insuficiente	insuficiente
MG	Barbassão do P	2146401	Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira	insuficiente	insuficiente
MT	Cuiabá	2604396	CIAPS Hospital Adauto Botelho	insuficiente	insuficiente
PB	João Pessoa	2399067	Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira	s/i	insuficiente
PB	João Pessoa	2399113	Instituto de Psiquiatria	s/i	insuficiente
PE	Barreiros	2319543	Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos	insuficiente	insuficiente
PR	Piraquara	0018384	Hospital Psiquiátrico San Julian	insuficiente	insuficiente
PR	Maringá	2587289	Hospital Psiquiátrico de Maringá	insuficiente	insuficiente
RJ	Niterói	0012718	Hospital Psiquiátrico de Jurujuba	suficiente	suficiente
RJ	Vassouras	2273780	Casa de Saúde Cananeia	insuficiente	insuficiente
RJ	Petrópolis	2275600	Casa de Saúde Santa Monica	insuficiente	insuficiente
RJ	Três Rios	2292661	Clínica de Repouso Três Rios	insuficiente	insuficiente
RJ	Nova Friburgo	2293382	Clínica e Repouso Santa Lucia	insuficiente	insuficiente
RS	Caxias do Sul	2223589	Clínica Professor Paulo Guedes	insuficiente	insuficiente
RS	Porto Alegre	2237806	Hospital Psiquiátrico São Pedro	insuficiente	insuficiente
SC	São José	2706369	Instituto de Psiquiatria	insuficiente	insuficiente
SP	Adamantina	2082446	Clínica Nosso Lar Adamantina	insuficiente	insuficiente

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

UF	Município	CNES	Estabelecimento	Informações de suficiência de equipe	
				Relatórios Estaduais	CNES
SP	Araras	2082470	Clínica Antônio Luiz Sayão	insuficiente	insuficiente
SP	Itapetininga	2084384	Instituto Bezerra de Menezes	insuficiente	insuficiente
SP	Garça	2745356	Hospital Psiquiátrico André Luiz	insuficiente	insuficiente
SP	Itapira	2085143	Instituto Américo Bairral de Psiquiatria	insuficiente	insuficiente
SP	Lins	2081725	CAIS Clemente Ferreira	insuficiente	insuficiente
SP	Osasco	0008478	Lar Bussocaba Assistência Vicentina	insuficiente	s/i
SP	Presidente Prudente	2058782	Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes	insuficiente	insuficiente
SP	São Paulo	2688514	Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana	insuficiente	insuficiente

ANEXO 5 - PERIODICIDADE DE FISCALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS POR ÓRGÃOS EXTERNOS

Periodicidade de Fiscalização dos Hospitais Psiquiátricos por Órgãos Externos

UF	Município	Estabelecimento	Órgãos de controle ou monitoramento citados
AC	RIO BRANCO	HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL DO ACRE	MPE, CRM, COREN
AL	ARAPIRACA	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO TEODORA ALBUQUERQUE	MPE, MPT, SMS, Conselho de Saúde
AM	MANAUS	CENTRO PSIQUIÁTRICO EDUARDO RIBEIRO	1. Poder Judiciário; 2. MP; 3. DP e Sociedade Civil
BA	JUAZEIRO	SANATÓRIO NOSSA SENHORA DE FÁTIMA	VISA
BA	FEIRA DE SANTANA	HOSPITAL ESPECIALIZADO LOPES RODRIGUES	nenhum
BA	SALVADOR	HOSPITAL JULIANO MOREIRA	nenhum
BA	SALVADOR	HOSPITAL ESPECIALIZADO MÁRIO LEAL	CRP, COREN, CREFITO, CRM
CE	FORTALEZA	HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL DE MESSEJANA	1. MPE; 2. DP
CE	FORTALEZA	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO VICENTE DE PAULO	1. MP; 2. Justiça Federal
ES	CARIACICA	HOSPITAL ADAUTO BOTELHO	1. CREFITO; 2. COREN; 3. Comissão PNASH; 4. VISA
GO	ANÁPOLIS	INSTITUTO DE MEDICINA DO COMPORTAMENTO EURÍPEDES BARSANULFO	s/i
GO	GOIÂNIA	CASA DE EURÍPEDES	s/i

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL:

Periodicidade de Fiscalização dos Hospitais Psiquiátricos por Órgãos Externos

UF	Município	Estabelecimento	Órgãos de controle ou monitoramento citados
GO	GOIÂNIA	CASA DE EURÍPEDES	s/i
GO	APARECIDA DE GOIÂNIA	PAX CLÍNICA PSIQUIÁTRICA	1. Corpo de Bombeiros; 2. VISA; 3. CRM; 4. Comissão PNASH
MA	SÃO LUÍS	CLÍNICA SÃO FRANCISCO	VISA Estadual, VISA Municipal, CRP, MPE e Poder Judiciário
MA	SÃO LUÍS	HOSPITAL NINA RODRIGUES	VISA Estadual, VISA Municipal, CRP, MPE e Poder Judiciário
MA	SÃO LUÍS	CLÍNICA LA RAVARDIERE	VISA Estadual, VISA Municipal, CRP, MPE e Poder Judiciário
M G	SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO	HOSPITAL E CENTRO DE ESPECIALIDADES GEDOR SILVEIRA	1. CRESS; 2. VISA Municipal
MT	CUIABÁ	CIAPS HOSPITAL ADAUTO BOTELHO	Poder Judiciário, MP e DP
PB	JOÃO PESSOA	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO COLÔNIA JULIANO MOREIRA	1. MP; 2. CRESS
PB	JOÃO PESSOA	INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA PARAÍBA	MPF
PE	BARREIROS	HOSPITAL COLÔNIA VICENTE GOMES DE MATOS	COREN
PR	PIRAQUARA	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN JULIAN	1. Poder Judiciário e MPE; 2. Corpo de Bombeiros; 3. VISA, Diretoria Regional de Saúde, CEFA, CMDCA
PR	MARINGÁ	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE MARINGÁ	1. MPE, VISA, COREN; 2. CRM, CRF, Conselho Municipal de Saúde. 3. Corpo de Bombeiros
RJ	NITERÓI	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JURUJUBA	MPT
RJ	VASSOURAS	CASA DE SAÚDE CANANÉIA	MP, DP
RJ	PETROPÓLIS	CASA DE SAÚDE SANTA MÔNICA	VISA

Periodicidade de Fiscalização dos Hospitais Psiquiátricos por Órgãos Externos

UF	Município	Estabelecimento	Órgãos de controle ou monitoramento citados
RJ	PETROPÓLIS	CASA DE SAÚDE SANTA MÔNICA	VISA
RJ	TRÊS RIOS	CLÍNICA DE REPOUSO TRÊS RIOS	MPTE
RJ	NOVA FRIBURGO	CLÍNICA DE REPOUSO SANTA LÚCIA	1. Poder Judiciário; 2. MP; 3. Sociedade Civil
RS	CAXIAS DO SUL	CLÍNICA PROFESSOR PAULO GUEDES	s/i
RS	PORTO ALEGRE	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO	s/i
SC	SÃO JOSÉ	INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA	VISA, MPE
SP	ADAMANTINA	CLÍNICA NOSSO LAR ADAMANTINA	VISA, COREN
SP	ARARAS	CLÍNICA ANTÔNIO LUIZ SAYÃO	1. VISA; 2. COREN
SP	ESPÍRITO SANTO DO PINHAL	INSTITUTO BEZERRA DE MENEZES ESPÍRITO SANTO DO PINHAL	1. MP; 2. Diretoria Regional de Saúde
SP	GARÇA	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ANDRÉ LUIZ	1. VISA; 2. COREN, MPT
SP	ITAPIRA	INSTITUTO AMÉRICO BAIRRAL DE PSIQUIATRIA	Divisão Regional de Saúde (DRS)
SP	LINS	CAIS CLEMENTE FERREIRA	1. Poder Judiciário; 2. MP; 3. VISA e Tribunal de Contas do Estado; 4. Prefeito e Vereadores
SP	OSASCO	LAR BUSSOCABA	MPT
SP	PRESIDENTE PRUDENTE	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ESPÍRITA BEZERRA DE MENEZES	CRF, COREN, VISA, Corpo de Bombeiros
SP	SÃO PAULO	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE VILA MARIANA	1. Poder Judiciário e MP; 2. DP; 3. VISA e Conselhos de Classe

RIOBRANCOHOSPITALDESAUDEMENTALDOACREARAPI
RACAHOSPITALPSIQUIATRICOTEODORAALBUQUERQUE
MANAUSCENTROPSIQUIATRICOEduARDORIBEIROsalva
DORHOSPITALJULIANOMOREIRASALVADORHOSPITALES
PECIALIZADOMARIOLEALJUAZEIROsanATORIONSrDE
FATIMAFEIRADESANTANAHOSPITALESPECIALIZADOLO
PESRODRIGUESFORTALEZAHOSPITALDESAUDEMENTAL
DEMESSEJANAFORTALEZAHOSPITALPSIQUIATRIC
OSA OVICENTEDEPAULOCARIACICAHOSPITALADAU
TOBOTELHOANAPOLISINSTITUTODEMEDICINADOCOM
PORTAMENTOEURIPEDESBARSANULFOGOIANIACASA
DEEURIPEDESA PARECIDADEGOIANIAPAXCLINICAP
SIQUIATRICASAOLUISCLINICASAOFRANCISCOSAOL
LUIHOSPITALNINARODRIGUESSAOLUISCLINICALARA
VARDIERELTDASA OSEBASTIAODOPARAISOHOSPITAL
ECENTRODEESPECIALIDADESGEDORSILVEIRACUIABA
CIAPSHOSPITALADAUTOBOTELHOJOAOPESSOAHOSPI
TALPSIQUIATRICOCOLONIAJULIANOMOREIRAJOAOPES
SOAINSTITUTODEPSIQUIATRIABARREIROSHOSPCOLO
NIAVICENTEGOMESDEMATOSPIRAQUARAASJAMARINGA
HOSPITALPSIQUIATRICODEMARINGANITEROIHOSPI
TALPSIQUIATRICODEJURUJUBANOVAFRIBURGOCLI
NICADEREPOUSOSANTALUCIALTDAPETROPOLISCASA
DESAUDESANTAMONICALTDATRESRIOSCLINICADERE
POUSOTRESRIOSVASSOURASCASADESAUDECANANEIA
CAXIASDOSULCLINICAPROFESSORPAULOGUEDESLTDA
PORTOALEGREHOSPITALPSIQUIATRICOSAOPEDROSAO
JOSEINSTITUTODEPSIQUIATRIAIPQADAMANTINACLI
NICANOSSOLARADAMANTINAARARASCLINICASAYAO
ARARASESPIRITOSANTODOPINHALINSTITUTOBEZER
RADEMENEZESESPIRITOSANTODOPINHALGARCAHOS
PITALPSIQUIATRICOPIRAINSTITUTO
AMERICOB AIRRALI INSCAISCLEMEN
TEFERREIRADELINSCOCABAASSISTEN
CIAVICENTINAPRETEHOSPITALPSI
QUIATRICOESEPIRITONEZESP
PRUDENTEDEVILAMARIANA
SAOPAULOHOSPITAL

ISBN 978-65-5069-009-0



9 786550 690090 >