INSPEÇÃO NACIONAL DOS **HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS**

RELATÓRIO DAS **VIOLAÇÕES DE DIREITOS** NO ESTADO DE SÃO PAULO

Realização:

Conselho Regional de PSICOLOGIA SP

Parceria:

Ministério dos Direitos Humanos

Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

MPF Ministério Público Federal

CNMP Conselho Nacional do Ministério Público

MPT

MPSP Ministério Público do Estado de São Paulo

Defensoria Pública do Estado de São Paulo

Coren SP

Departamento de Vigilância em Saúde

MNLA

CEREST Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

Inspeção Nacional dos Hospitais Psiquiátricos - Relatório das Violações no Estado de São Paulo

XV Plenário (2016-2019)

Diretoria
Presidenta | Luciana Stoppa dos Santos
Vice-presidenta | Larissa Gomes Ornelas Pedott
Secretária | Suely Castaldi Ortiz da Silva
Tesoureiro | Guilherme Rodrigues Raggi Pereira

Conselheiras/os
Aristeu Bertelli da Silva - Afastado
Beatriz Marques de Mattos
Beatriz Borges Brambilla
Bruna Lavinas Jardim Falleiros - Afastada
Clarice Pimentel Paulon - Afastada
Ed Otsuka
Edgar Rodrigues
Evelyn Sayeg - Licenciada
Guilherme Rodrigues Raggi Pereira
Ivana do Carmo Souza
Ivani Francisco de Oliveira
Larissa Gomes Ornelas Pedott
Luciana Stoppa dos Santos
Magna Barboza Damasceno
Maria das Graças Mazarin de Araujo
Maria Mercedes Whitaker Kehl Vieira Bicudo Guarnieri
Maria Rozineti Gonçalves
Mary Ueta
Maurício Marinho Iwai - Licenciado
Monalisa Muniz Nascimento
Regiane Aparecida Piva
Reginaldo Branco da Silva
Rodrigo Fernando Presotto
Rodrigo Toledo
Suely Castaldi Ortiz da Silva
Vinicius Cesca de Lima - Licenciado

Elaboração do relatório
Beatriz Borges Brambilla
Edson Ferreira Dias Junior - CREPOP / CRP SP
Jessica Lima Batista - CREPOP / CRP SP
Brenda Dantas Barros - CREPOP / CRP SP

Revisão ortográfica
Julia Rezende Ribeiro e Ricardo Ondir

Projeto gráfico e editoração
Micael Melchiades

Fotografias
Brenda Silva dos Santos - Ato da Luta Antimanicomial - 17/05/2019

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 04

VIOLAÇÕES DE DIREITOS ENCONTRADAS DURANTE AS INSPEÇÕES 07

A SISTEMATIZAÇÃO DOS RELATÓRIOS 18

RESULTADOS 19

RECOMENDAÇÕES AOS HOSPITAIS INSPECIONADOS 34

APRESENTAÇÃO

A Psicologia, em muitos momentos ao longo de seu percurso histórico como ciência e profissão, alicerçou-se em profundas contradições entre os saberes e técnicas que historicamente foram utilizados como instrumentos de mensuração, classificação, adaptação, manutenção e controle social.

A lógica da institucionalização de sujeitos reflete o desenvolvimento de mecanismos de segregação, controle e dominação social que, sustentados por saberes psi, transpuseram competências científicas psicológicas e médicas em patologização, desajustamento, inadequação, perigo e insanidade, estigmatizando a ideia de "louco" e de "loucura".
Tais práticas, concepções e saberes estruturados na lógica da moralidade, da ordem e da domesticação foram constituídos ao longo do tempo como princípios para instituições violentas e excludentes, hospitais psiquiátricos ou **manicômios, verdadeiros espaços de sequestro da subjetividade e da potência humana**.

A luta por uma reforma psiquiátrica antimanicomial significa muito mais que o fim dos hospitais psiquiátricos (manicômios). Sendo ela a real possibilidade de expressão das diferentes e diversas formas de viver a vida em comunidade, trata-se de um projeto de convivência e integração, afirmando a subjetividade e os afetos em liberdade como horizonte ético-político.

O movimento da luta antimanicomial foi um importante agente para as transformações das formas de organização da ciência e da profissão no Brasil. **A Psicologia assume em seus princípios o compromisso ético na garantia da dignidade e da autonomia dos sujeitos, enfrentando as formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.**

Para tanto, o trabalho da psicóloga e do psicólogo deve promover a liberdade, a igualdade e a integridade das pessoas, analisando sempre as condições sociais, históricas e culturais em que somos convocadas a atuar.

Nessa perspectiva, o Sistema Conselhos de Psicologia, incluindo o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, vem assumindo a tarefa de inspecionar e fiscalizar instituições que atendem pessoas em sofrimento psíquico, já tendo realizado inúmeras ações dessa natureza em parceria com importantes agentes públicos e sociais, como Defensoria Pública, Ministério Público, Procuradoria, Comissões e Conselhos de Direitos Humanos e combate à tortura, visando à identificação das condições de funcionamento e atendimento em instituições de longa permanência para idosos, comunidades terapêuticas, manicômios, hospitais de custódia, hospitais psiquiátricos, entre outras instituições totais.

Importante ressaltar que todas as ações realizadas tomam como ponto de partida os marcos legais que instituem o funcionamento de tais instituições, tendo como base a Lei 10.216 de 2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 (que revoga e substitui a Portaria nº 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial) e a Lei 13.146 de 2015 (Lei Brasileira da Inclusão). Essa legislação representou grandes avanços para a viabilização da reforma psiquiátrica, com oferta de uma rede substitutiva de serviços de base territorial e comunitária, com um projeto terapêutico centrado no sujeito.

No entanto, o desenvolvimento das políticas sociais nos últimos anos tem sofrido sérios retrocessos com base na lógica do desmantelamento do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto conceitualmente quanto no subfinanciamento da política pública. Em 2017, foi aprovada a portaria de nº 3.588/2017, que prevê o retorno de hospitais psiquiátricos como componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e institui os CAPS AD IV.

Em face do histórico de violações de direitos em hospitais psiquiátricos, o Mecanismo Nacional de Prevenção e

Combate à Tortura (MNPCT), Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), Ministério Público do Trabalho (MPT) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP) desenvolveram uma metodologia de inspeção de 40 instituições no Brasil, com a finalidade de:

- Verificar e analisar as condições de privação de liberdade de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, sobretudo a existência de violação de direitos;
- Avaliar a qualidade assistencial;
- Avaliar a infraestrutura e os insumos básicos disponibilizados às pessoas privadas de liberdade;
- Examinar os aspectos institucionais, tais como: a existência de Projeto Técnico Institucional, a identificação das modalidades de internação atendidas, a diversificação de estratégias terapêuticas e a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), as ações para garantia dos direitos sociais (documentação, benefício) e para a desinstitucionalização dos moradores e a articulação com os demais serviços da rede de saúde visando à permanente reinserção social e comunitária;
- Analisar o quadro de profissionais;
- Avaliar as condições de trabalho;
- Examinar as rotinas desenvolvidas, principalmente, procedimentos de sanção disciplinar: uso de espaços de castigo, confinamento e isolamento, realização de revistas nas pessoas privadas de liberdade e utilização de contenção mecânica e química;
- Verificar as clivagens de gênero relativas à privação de liberdade, principalmente, as condições de privação de liberdade oferecidas às mulheres.

No Estado de São Paulo, o CRP SP em parceria com CNMP e MNPCT coordenaram a inspeção em nove hospitais psiquiátricos em dezembro de 2018, convidando outras importantes entidades para a realização desta ação, como Defensoria Pública do Estado de São Paulo, Secretaria de Saúde, Procuradoria do Trabalho e Conselho Regional de Enfermagem. Foram identificadas uma série de violações de direitos humanos, sistematizadas e apresentadas no presente relatório.

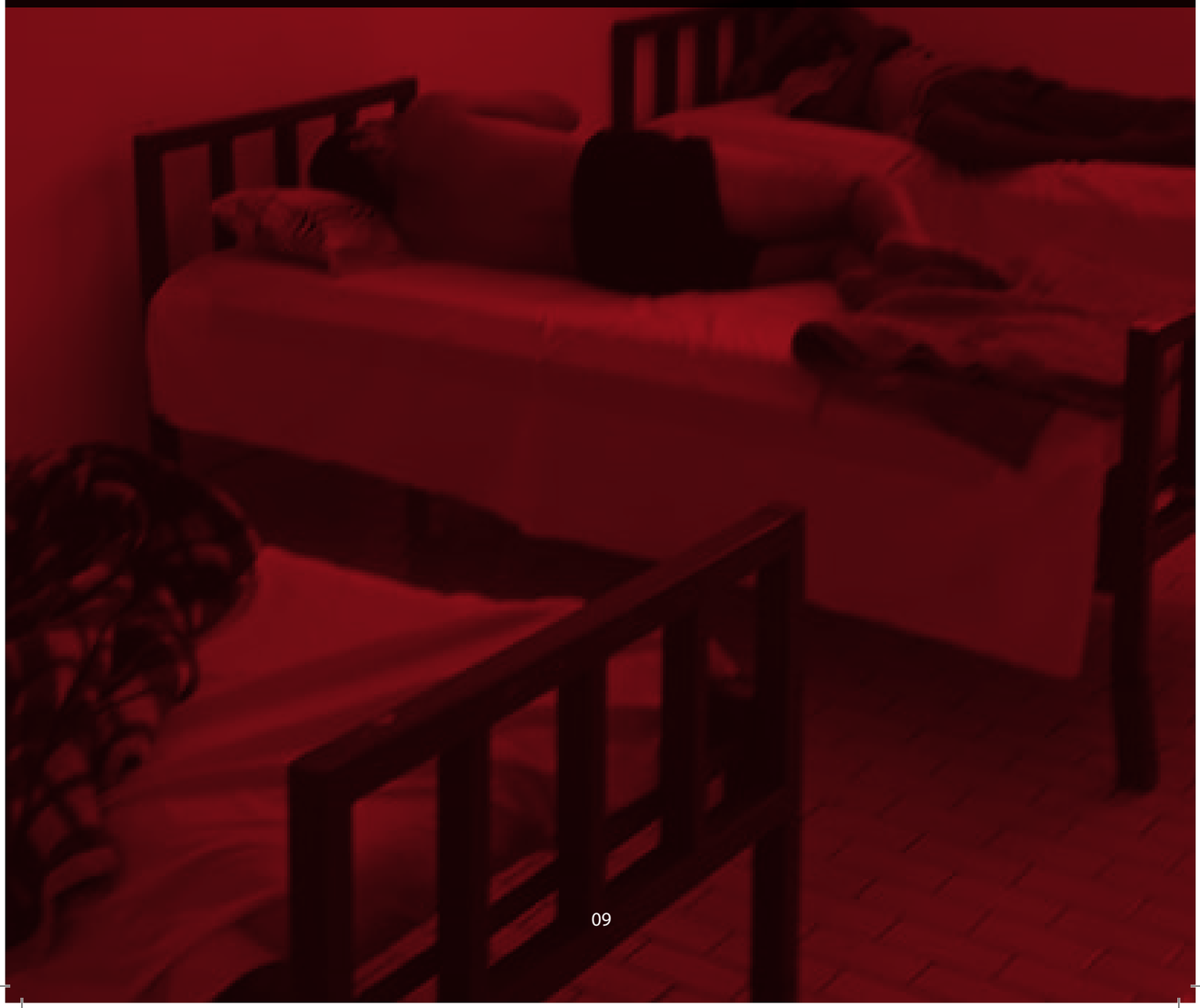
VIOLAÇÕES DE DIREITOS ENCONTRADAS DURANTE AS INSPEÇÕES

Institucionalização

- Usuários institucionalizados por mais de 60 anos
- Localização impossibilita o convívio familiar e comunitário
- Telefonemas e visitas são limitados
- Usuários não possuem itens pessoais como roupas
- Uso de uniforme
- Usuários não podem escolher suas vestimentas
- Ausência de local para guarda dos pertences nos quartos
- Indícios de internações realizadas antes de esgotados os recursos extra-hospitalares
- Internação sem tratamento anterior em CAPS
- Usuários que já passaram por internações no mesmo HP
- Usuários que já passaram por internações em outros HPs
- Produtos de oficinas são vendidos sem reversão de valores ao usuário
- Restrição ao uso de talheres

Queixas de usuários

- Afirmam ter sofrido maus tratos por parte de funcionários
- Relatam terem sido internados por interesse de terceiros
- Pediram socorro aos fiscais
- Queixam-se de fome
- Queixam-se de ociosidade
- Reclamam da comida

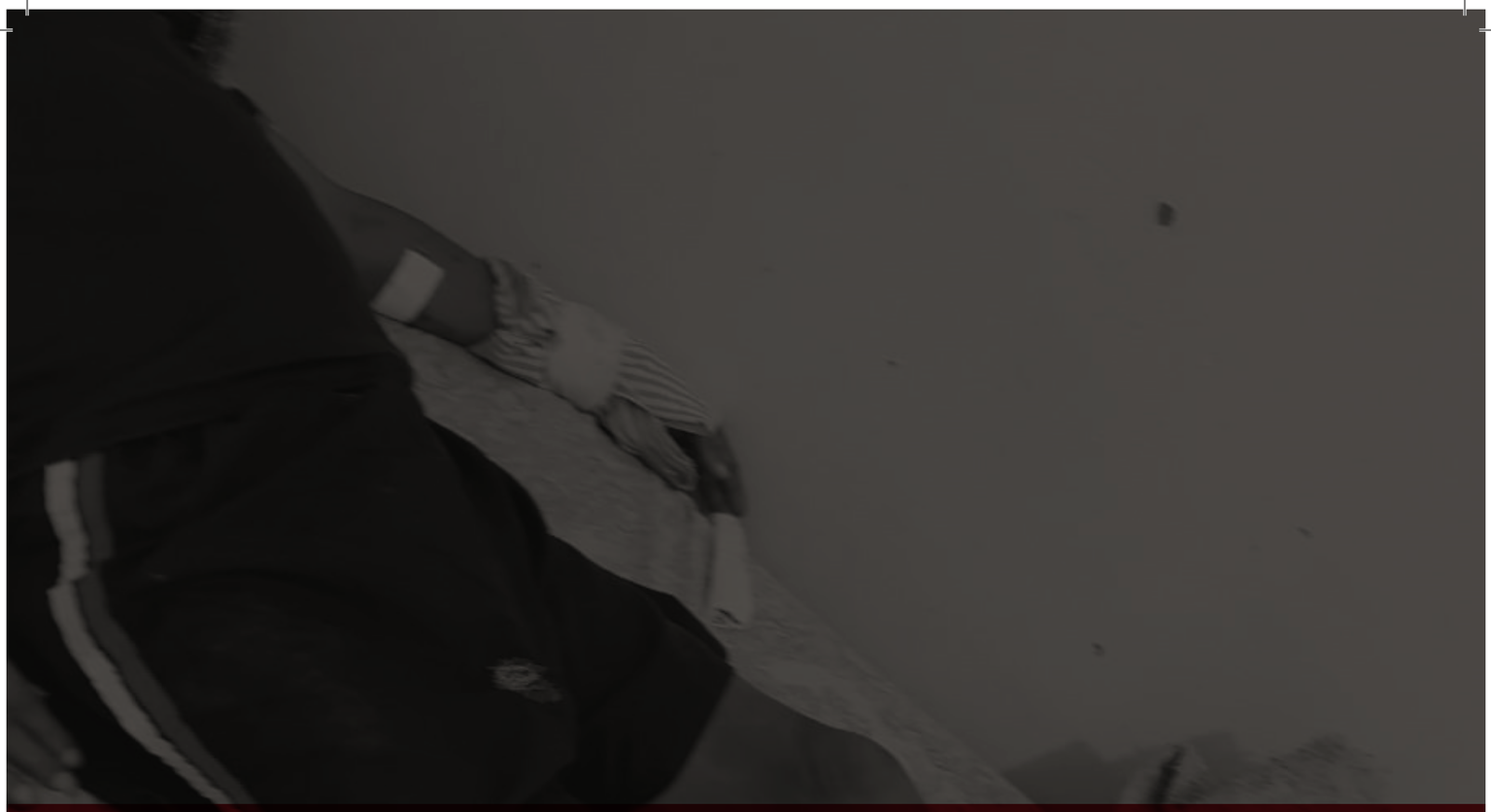


Relações de trabalho

- EPIS inadequados e demais questões trabalhistas
- Divergência entre equipe documentada e equipe real
- Escassez de profissionais de Psicologia
- Fiscais percebem insuficiência de profissionais
- Funcionários relatam problemas de orçamento
- Funcionários relatam quantidade insuficiente de profissionais

Privação de liberdade

- Circulação limitada dentro das alas (excesso de portas, trancas, etc)
- Usuários sem acesso desacompanhado às áreas externas
- Usuários sem acesso desacompanhado a outras áreas
- Realização de internação de crianças e adolescentes
- Realização de procedimentos sem consentimento livre e esclarecido do usuário
- Usuário em internação voluntária manifesta desejo de deixar o HP mas é impedido
- Participação nas atividades é imposta
- Não há acesso facilitado aos usuários a canais de denúncias
- Usuários expressam medo de nunca saírem do HP
- Proibição ao fumo
- Usuários se queixam de falta de comunicação com mundo externo
- Controle total das atividades da vida cotidiana
- Ausência de flexibilidade de horário para visitas
- Não há realização de visitas diariamente
- Realização de revista de visitantes
- Negação do direito do usuário a informações sobre seu tratamento
- Usuários não sabem o motivo de sua internação
- Usuários não sabem qual medicação estão tomando
- Ligações telefônicas são restritas
- Não há privacidade para as ligações telefônicas
- Correspondências são violadas



Uso de punição e tratamento degradante

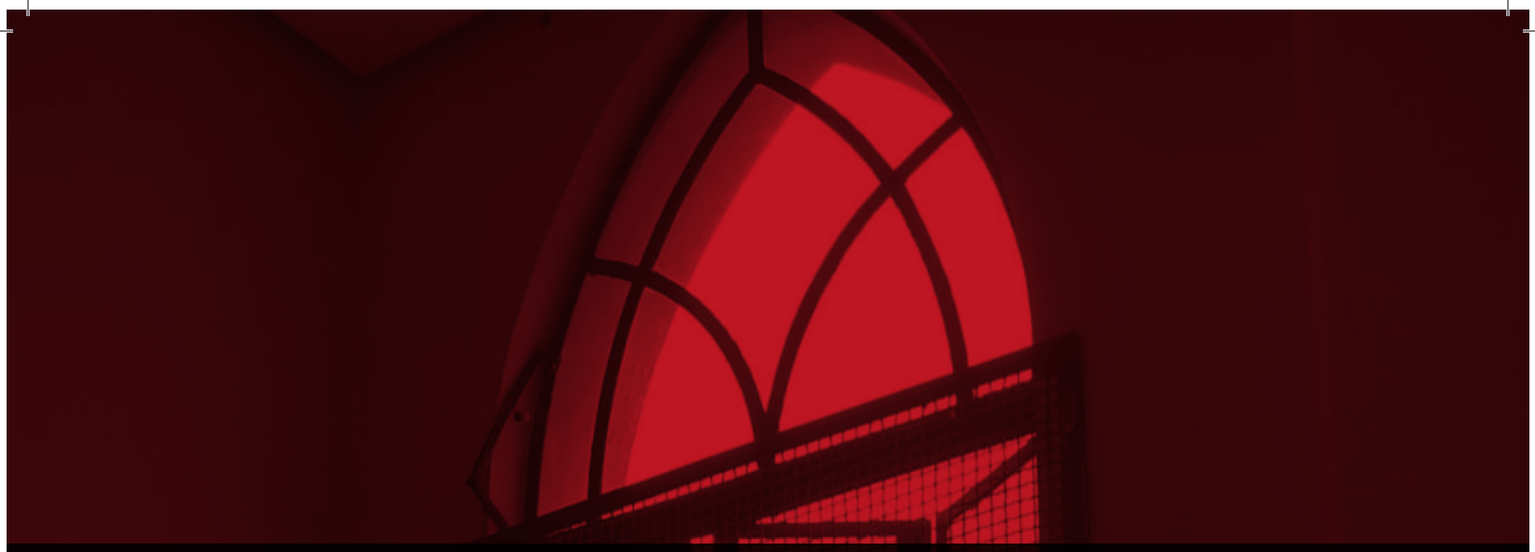
- Uso de área de isolamento
- Realização de contenção mecânica como forma de punição
- Realização de contenção química como forma de punição
- Limitação de ligações a depender do quadro ou como punição
- Contenção e medicação forçada em caso de recusa a medicação
- Uso de punição comportamental clássica
- Uso de isolamento como punição
- Uso de contenção como punição
- Indícios de contenção realizada por mais tempo do que o permitido
- Indícios de contenção realizada sem registro ou prescrição prévia
- Indícios de ferimentos causados por contenção mecânica
- Indícios de letargia e afins causadas por contenção química
- Exploração de trabalho análogo ao de escravo
- Usuários circulam nus pelo espaço
- Usuários não têm sua necessidade de dieta especial considerada
- Uso de unidade de cuidados intensivos como punição
- Limitação a visitas e telefonemas na unidade de cuidados intensivos
- Usuários manifestam medo de retaliações por conversar com fiscais
- Decisões terapêuticas tomadas como forma de punição, meritocracia
- Negligência (por exemplo, negação de atendimento de urgência)
- Protocolo de contenção inadequado
- Manifestação de desejo de deixar o HP é punido

Estrutura e condições físicas

- Banheiros sem papel e/ou outros itens de higiene
- Banheiros sem tranca
- Banheiros sem porta
- Ausência de privacidade para o banho
- Portas sem maçaneta
- Quartos sem porta
- Área de lazer mal cuidada
- Medicamentos vencidos
- Irregularidades físicas em espaços de armazenamento de medicamentos
- Cheiro de excrementos nos ambientes
- Manutenção considerada insuficiente
- Irregularidades técnicas de acordo com ABNT e NR 32
Fiação elétrica exposta

Modelo de cuidado

- Não há articulação com a RAPS
- Articulação com a RAPS só ocorre após a alta
- Há leitos/unidades SUS sem articulação com a RAPS
- Escassez de atividades terapêuticas e de lazer
- Separação dos usuários por perfil diagnóstico
- Discurso manicomial por parte dos profissionais
- PTS irregular quanto à interdisciplinaridade
- PTS irregular quanto à singularidade
- PTS sem construção conjunta com usuário
- Funcionários desconhecem ou afirmam não existir PTS
- Realização de internações de longa permanência
- Realização de eletroconvulsoterapia
- Circulação no perímetro do HP é considerada "passeio"
- Ausência de realização de licenças terapêuticas
- Realização de encaminhamentos para Comunidades Terapêuticas
- Falta de suporte familiar é usada pelos funcionários como justificativa para a institucionalização
- Atendimento com ênfase em abstinência, ausência de estratégias de Redução de Danos
- Ausência de execução do PTS e de atividades terapêuticas/de lazer nas unidades de cuidados intensivos
- Indícios de insuficiência de capacitação profissional para os funcionários
- Ausência de atividades voltadas à reinserção social
- Atuação multi e interdisciplinar insuficiente
- Ausência de estímulo à autonomia financeira
- Ausência de projetos de desinstitucionalização



Irregularidades quanto aos tipos de internação

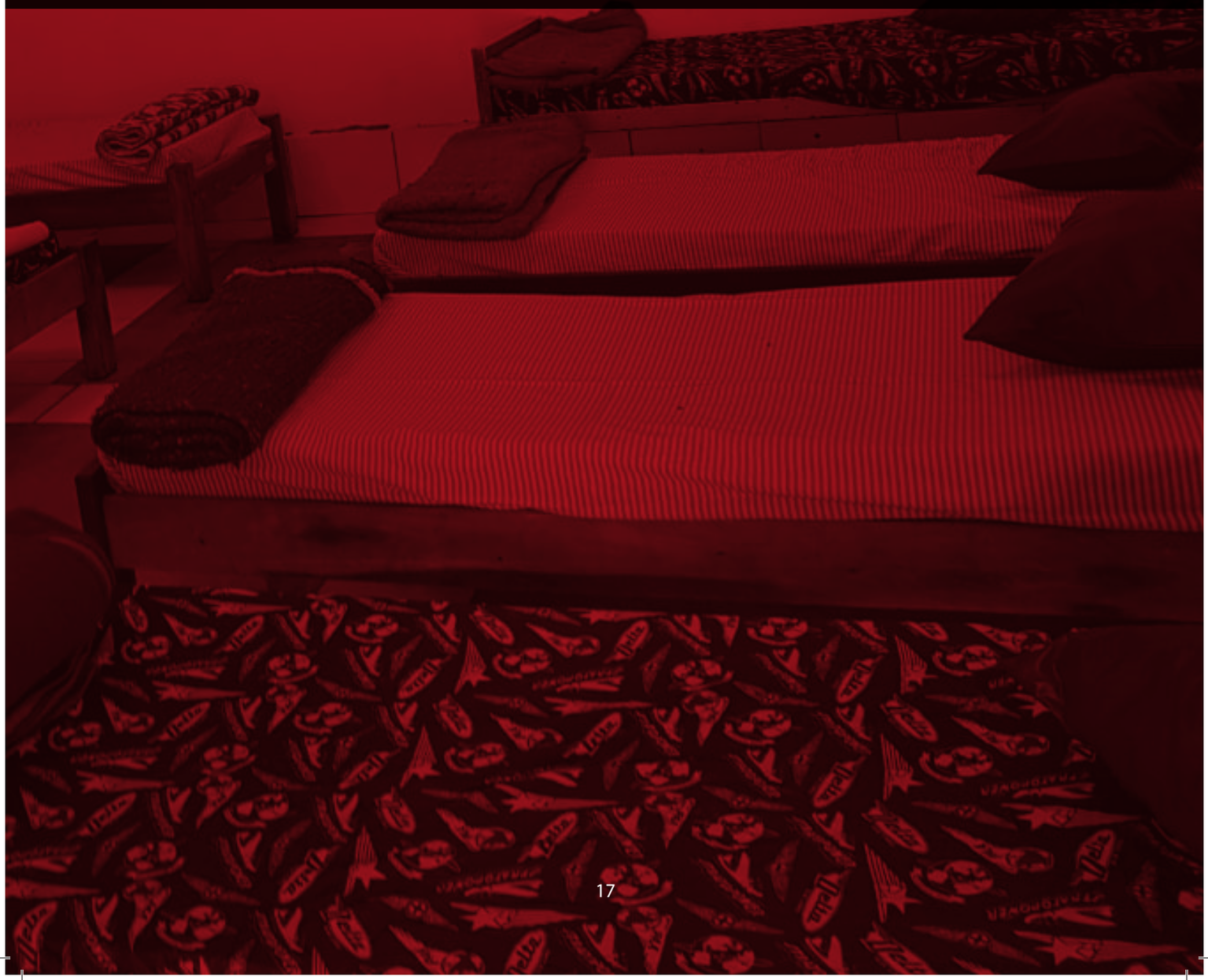
- Contradições e divergências sobre os tipos de internação
- Irregularidades em prontuários relativas ao tempo de internação
- Atraso na comunicação de internação involuntária ao Ministério Público
- Usuários em internação voluntária precisam ser buscados por familiares para serem liberados
- Internação classificada como voluntária assinada por familiar
- Irregularidades quanto às internações involuntárias

Discriminação, estigmatização e preconceitos

- Acessibilidade insuficiente
- Usuários são culpabilizados pela escassez de atividades
- Desrespeito a identidades de pessoas trans
- Infantilização de usuários
- Discriminação financeira no acesso ao cuidado
- Intolerância religiosa
- Custeio de ligação telefônica é responsabilidade do usuário ou familiar
- Ausência de ações voltadas às especificidades do público idoso

Relações de gênero e sexualidade

- Estigmatização por gênero
- Existência de usuárias em uso compulsório de anticoncepcionais
- Ausência de distribuição de anticoncepcionais
- Separação dos usuários por gênero na participação em atividades
- Negação ao direito à sexualidade dos usuários
- Separação de pacientes parturientes de seus recém-nascidos
- Proibição de relacionamento entre usuários
- Separação dos usuários por gênero nas atividades da vida cotidiana

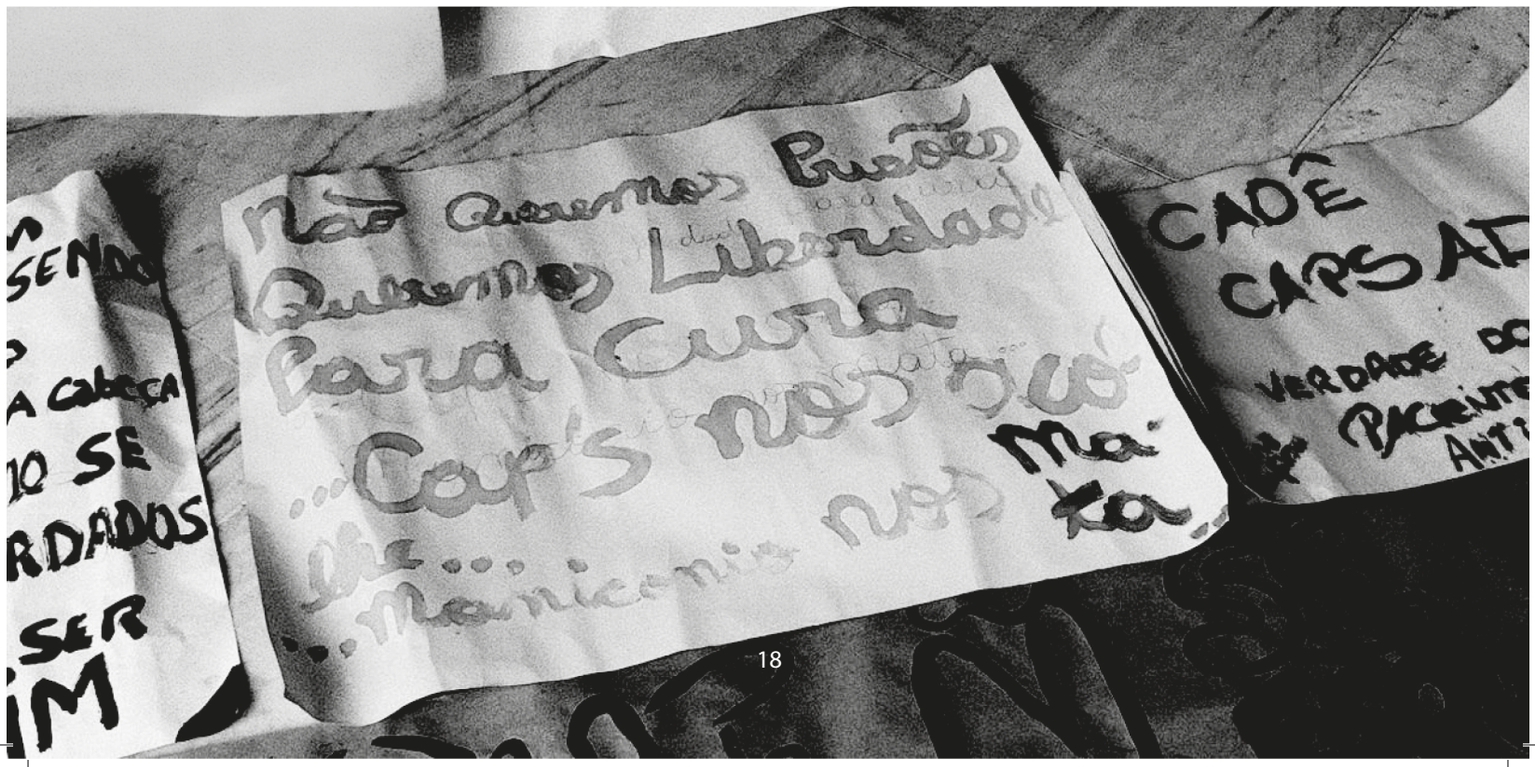


A SISTEMATIZAÇÃO DOS RELATÓRIOS

Os relatórios das inspeções realizadas em nove hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo foram lidos em sua totalidade, sendo identificadas as violações de direitos e ações institucionalizantes de caráter asilar em quatro categorias:

- Lógica manicomial e medicalização;
- Condições físicas;
- Questões técnicas do exercício profissional;
- Violações de direitos de populações específicas.

Após a leitura compreensiva e separação do conteúdo nessas categorias, foram elencados todos os diferentes tipos de ocorrências de violações de direitos encontrados, totalizando 134, tomando-se nota de informações aparentemente relevantes para a posterior construção do relatório qualitativo. Então, foi feita nova análise dos documentos, verificando quais violações foram encontradas em cada instituição e estas foram registradas em uma planilha, marcando a presença ou ausência de cada um dos 134 tipos de ocorrências elencados em cada uma das nove instituições. Por fim, foram agrupadas violações de mesmo teor e articuladas à legislação pertinente, no documento a seguir.



RESULTADOS

A Lei 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, ao dispor sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, instaura um novo paradigma de cuidado a essa população na Saúde Pública, e será aqui utilizada para embasar as denúncias de violações de direitos encontradas no estado de São Paulo durante a Inspeção Nacional dos Hospitais Psiquiátricos.

A Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira determina o cuidado em serviços comunitários e territoriais, visando à reinserção social do usuário em seu meio (artigo 4º, §1º). Os hospitais psiquiátricos inspecionados desenvolvem um modo de atuação completamente oposto ao previsto na referida lei.

Foram observados diversos empecilhos para a garantia do direito à convivência comunitária, a começar pela localização dos hospitais, em maioria, distantes dos centros dos municípios, implicando em dificuldade de participação do usuário na comunidade. Questionadas sobre a realização de atividades que visem à reinserção, as diretorias de alguns hospitais afirmaram não desenvolvê-las por realizarem apenas internações curtas. Contudo, isso não se justifica, considerando o artigo 2º, inciso II, e o § 1º do artigo 4º (Lei 10.216/2001), que estabelecem a reinserção social como finalidade permanente do tratamento em saúde mental, e ainda menos por terem sido identificadas internações de longa permanência nessas instituições. Nesses casos, a ausência das atividades é justificada, paradoxalmente, pelo "comprometimento" psíquico e excessiva dependência desses usuários, contrariando o artigo 5º (Lei 10.216/2001), que determina que os usuários em situação de grave dependência institucional deverão ser objeto de políticas específicas de reabilitação.

Não são desempenhadas estratégias de desinstitucionalização, nem há incentivo à autonomia dos usuários – de fato, o exato oposto acontece: usuários expressaram aos fiscais que se sentem desconectados do mundo externo, têm medo de nunca saírem do hospital e relataram ter recebido punições por expressar o desejo de sair. Em um dos hospitais, em ficha a ser preenchida pela psicóloga, existe a opção "Insiste em sair do hospital", a ser assinalada dentre as ideias manifestadas pelo usuário, denotando, além da falta de singularidade nos documentos escritos, a patologização desse desejo, que deveria não apenas ser compreendido como fomentado pela equipe profissional, de acordo com os princípios da Lei 10.216/2001 e Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017. O relatório da inspeção em uma das instituições traz o seguinte: "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"**.

Ainda sobre a insuficiência de estratégias de desinstitucionalização, verificou-se que na maioria dos hospitais não são realizadas licenças terapêuticas. Os "passeios" realizados, eventualmente, muitas vezes são dentro do próprio terreno do hospital, sob supervisão da equipe técnica. Além disso, não existe uma integração adequada do usuário ao meio externo, havendo limitação para as visitas e telefonemas, que em alguns casos só podem ser realizados com custeio do próprio usuário ou dos familiares. Em alguns dos hospitais, não há flexibilização dos horários de visita, impedindo que alguns usuários recebam seus familiares. Na maioria das instituições, não há privacidade para os telefonemas e as correspondências são violadas. Falta também incentivo à autonomia finan-

ceira: muitas vezes os produtos das oficinas de artesanato são vendidos, mas sem reversão da renda para projetos de economia solidária ou outros que estimulem essa autonomia. Verificam-se, portanto, violações dos artigos 2º do anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 e do artigo 2º da Lei 10.2016/2001, que caracterizam como deve ser o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico.

Nota-se também a violação do artigo 7º da Lei 10.216/2001, que determina que as internações voluntárias serão encerradas por solicitação escrita do usuário: usuários relataram que apesar de terem se internado voluntariamente, são impedidos de pedir alta sem a concordância do médico e, muitas vezes, é exigido que um familiar vá buscá-los para permitir sua saída.

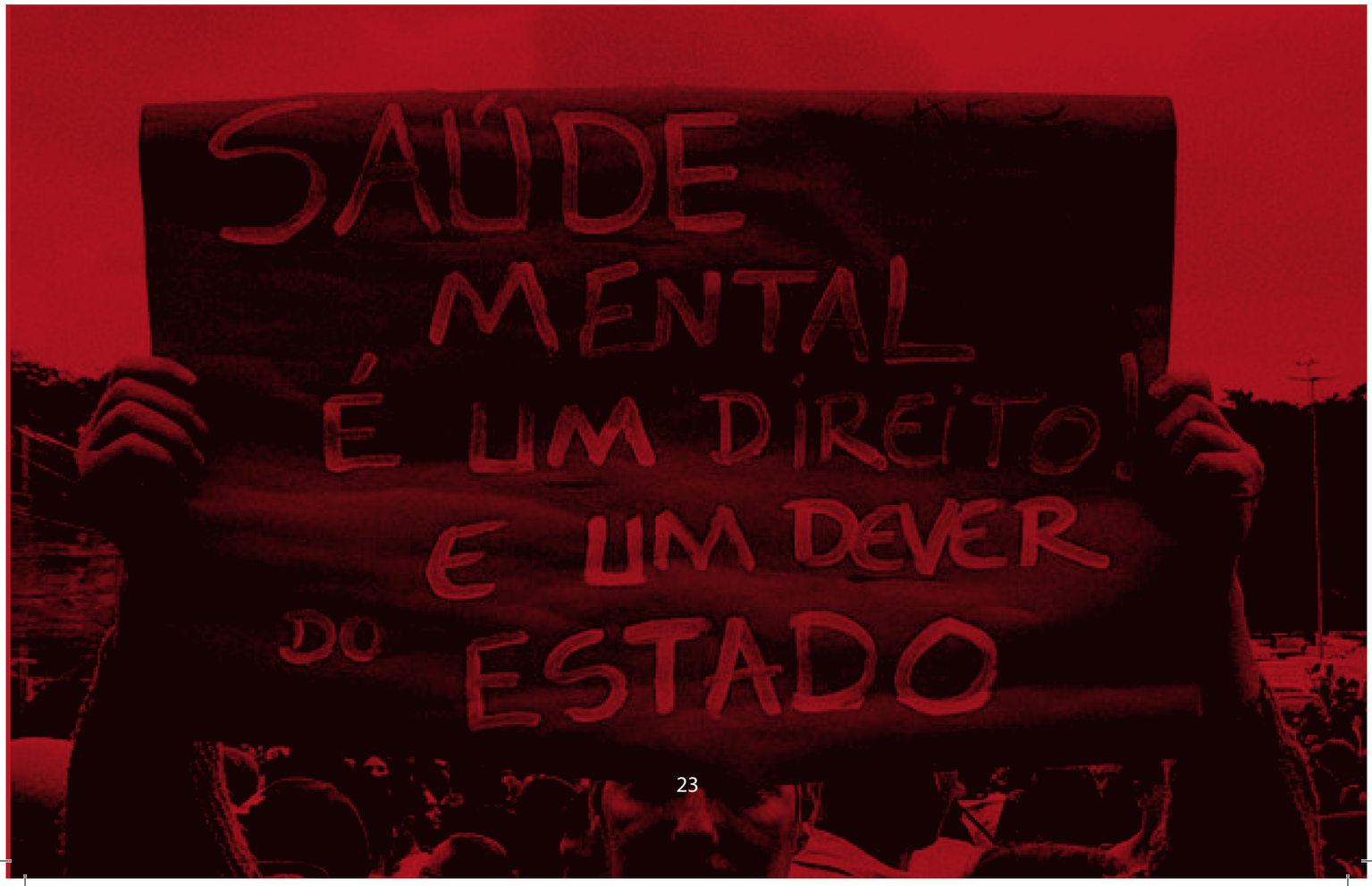
Nas inspeções foram encontrados casos de usuários em internação sem antes passar por tratamento em CAPS, contrariando o artigo 4º da Lei 10.216, que aponta que a internação só deverá ser indicada, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Em todas as instituições foram encontradas internações de longa permanência. Muitos dos internos já passaram por internações anteriores, seja no mesmo hospital ou em outros. Em um deles, foi encontrado um usuário de 77 anos que está há 60 anos institucionalizado por "abuso de álcool". Também foi relatada a realização de encaminhamentos para Comunidades Terapêuticas que, em últimas inspeções e fiscalizações realizadas pelo Sistema Conselhos de Psicologia, evidenciam características asilares e produtoras de violações de direitos. Falta, também, articulação com a rede: alguns só realizam encaminhamentos na ocasião da alta, outros nem isso. A justificativa dada pelos profissionais para as internações de longa permanência, em todos os hospitais, é a falta de suporte familiar desses usuários.

Foram encontradas também questões técnicas que impactam quanto ao direito de ter acesso ao melhor

tratamento, como consta no inciso I do artigo 2º da Lei 10.216/2001. Funcionários relataram problemas de orçamento que dificultam a promoção do cuidado, como insuficiência de recursos humanos. Essa escassez também foi percebida pelos fiscais, bem como a insuficiência de programas de capacitação profissional para os funcionários, conforme visa o inciso V do artigo 4º do anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017. A falta de capacitação permanente, de ordem tanto técnica quanto ética, se reflete na manifestação de **discursos pautados na lógica manicomial de atenção psiquiátrica pelos funcionários:** desde relatos baseados em preocupação e apego que revelam a crença no hospital psiquiátrico como melhor recurso disponível para o tratamento, até falas mais escancaradas como "se você entrar numa cadeia, todos se declararão inocentes e dirão que querem sair", disse um advogado, ao ser questionado sobre a dificultação de alta aos usuários voluntários. Percebe-se que o uso patologizante de sintomas nosológicos como justificativa para a internação, contrariando os princípios do cuidado em liberdade previstos na legislação vigente, segundo os quais esta deveria ser uma estratégia pontual a ser adotada em situações de risco iminente.

O acesso ao melhor tratamento também é impossibilitado pela não oferta de assistência integral, de acordo com o § 2º do artigo 4º da Lei 10.216/2001 e o inciso IV do artigo 2º do anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017: em todos os hospitais visitados os **usuários relataram escassez de atividades terapêuticas e de lazer, causando ociosidade e tédio**. Nas poucas atividades disponíveis, em alguns casos, a participação é imposta, não considerando as preferências pessoais de cada um. **A não consideração da singularidade dos usuários também é evidente pelo preenchimento burocrático do Projeto Terapêutico Sin-**

gular (PTS), caracterizado por um formulário padrão, que em geral não é construído em conjunto com usuário e familiares, nem tem foco na interdisciplinaridade e na atenção integral. Em alguns casos, profissionais relataram desconhecer o PTS, em outros, afirmaram que ele não existia, contrariando o determinado pelo inciso XII do artigo 2º do anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, que estabelece que a construção do PTS deve ser o eixo central no desenvolvimento do cuidado a essas pessoas. Também se pôde notar que há casos em que a transferência para unidade intensiva de cuidados especiais implica em descontinuidade do plano de tratamento previsto em PTS. Ao contrário de um cuidado singular, **encontramos, na parede da enfermaria "um quadro denominado 'Doentograma', com o nome dos pacientes, tendo entre eles, riscados à mão, com caneta, os nomes de dois pacientes, com a palavra 'óbito'"**, conforme relatório de inspeção de um dos hospitais.



O tratamento para as pessoas em abuso e dependência de substâncias é baseado na desintoxicação e abstinência, não contemplando estratégias de Redução de Danos, como visa o inciso VIII do artigo 2º do anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.

Também foi relatada a negação do direito à informação sobre o tratamento, como visa o inciso VII do artigo 2º da Lei 10.216/2001: **usuários afirmam não saber por que estão internados e não receberem informações sobre sua medicação, mesmo quando solicitado**.

Foram verificadas irregularidades quanto ao tipo de internação realizada: não são incomuns casos de internação voluntária assinada por familiar, contrariando a própria definição de internação voluntária, bem como de internações de adolescentes, consideradas voluntárias, contrariando o Estatuto da Criança e do Adolescente.

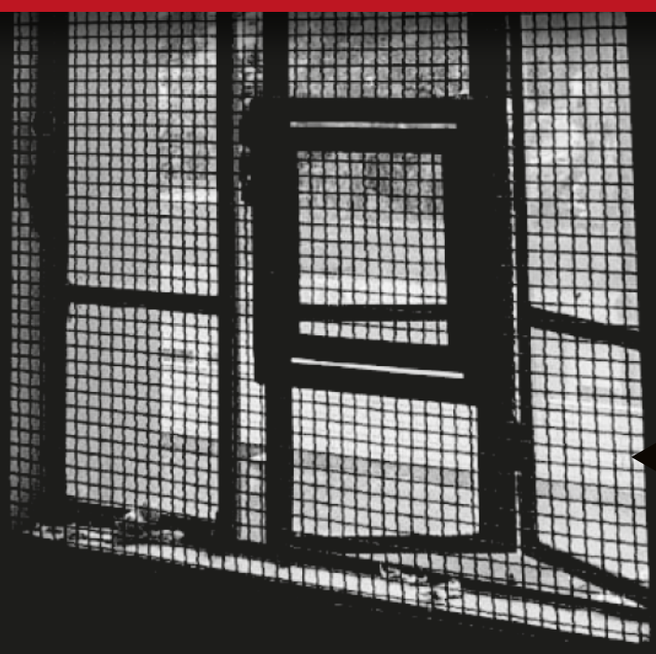
Quanto às internações involuntárias, foram registradas ocorrências de irregularidades em prontuários, relativas ao tempo de internação, como rasuras e ausências de registro, além de atrasos na comunicação ao Ministério Público. **Usuários relataram terem sido internados à força por interesse de terceiros e terem sido negados à possibilidade de averiguar isso.** Foi verificado um caso em que o campo "motivo de discordância da internação involuntária" foi preenchido por um médico como se devendo à "falta de crítica", sendo negado o direito à voz desse usuário. Não foram encontrados canais de facilitação para denúncias, em muitos hospitais, o recurso disponível para isso era apenas uma ouvidoria ou mesmo a reclamação para a própria equipe, o que gerava desconfiança entre os usuários. Usuários que conversaram com os fiscais manifestaram medo de sofrer retaliações.

Outro ponto preocupante do cenário observado durante as inspeções é o **uso de punição**. Seja na forma de uma punição comportamental clássica, como na fala de uma funcionária que afirma não deixar determinado usuário usar as roupas de sua preferência quando este apresenta comportamentos que quer extinguir, seja tomando decisões terapêuticas como forma de punição, como enviando usuários para as Unidades de Cuidados Especiais, onde o regime de internação seria "mais rígido". Também é extremamente preocupante a utilização de contenção, seja química ou mecânica, com propósitos punitivos, o que acontece em vários dos hospitais inspecionados.

Também é utilizada a limitação de visitas e de ligações telefônicas como forma de punição. Em alguns, são utilizadas áreas de isolamento. Diversas práticas inadequadas de contenção foram observadas: pessoas contidas mecanicamente por mais tempo do que o estabelecido em protocolo, inadequações no próprio protocolo de contenção da instituição, contenção realizada sem prescrição e/ou sem registro, ferimentos causados por contenção, indícios de letargia causada por contenção química. Na maioria, quando há recusa da medicação, é realizada a contenção mecânica seguida de medicação forçada. Verifica-se, portanto, que os usuários não estão protegidos contra abuso e exploração, como visa o inciso III do artigo 2º da Lei 10.216/2001, sofrendo violações de direitos humanos e não tendo seu direito à autonomia e à liberdade garantidos, conforme inciso I do artigo 2º do anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.

Foram encontrados também diversos problemas nas condições físicas dos hospitais, constituindo violações do direito à qualidade dos serviços, conforme inciso I do artigo 2º da Lei 10.216 e inciso IV do artigo 2º do anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017: banheiros sem papel, toalha, sabonete e outros itens de higiene, banheiros sem tranca ou mesmo sem porta, falta de privacidade para o banho, portas sem maçaneta (seja por deterioração ou por opção dos funcionários para conter a circulação de usuários), quartos sem porta, área de lazer mal cuidada, medicamentos vencidos, irregularidades físicas em espaços de armazenamento de medicamentos, outras irregularidades técnicas de acordo com as normas da ABNT e da NR 32, cheiro de urina e/ou fezes em diversos ambientes, manutenção insuficiente, uso de EPIS inadequados ou sua ausência, fiação elétrica exposta. Vários usuários também se queixaram da comida oferecida.

Verifica-se um aspecto de prisão na maioria dos hospitais: circulação limitada dentro das alas, com excesso de portas, trancas e a permissão de entrada do usuário aos espaços apenas com acompanhamento de funcionários. Os usuários não têm acesso a outras áreas do hospital desacompanhados, inclusive às áreas externas, como o pátio. Em algumas instituições é realizada revista dos visitantes. **O sentido de prisão atribuído à instituição pelos usuários é notável na fala de alguns: pedidos de socorro, que os tirassem dali, além da manifestação de medo de retaliações por conversarem com os fiscais**. Segundo usuários, em alguns hospitais, durante a realização da inspeção, a conduta institucional foi diferente da habitual. Em muitas, os telefonemas e visitas são limitados no início da internação, caracterizando o processo de institucionalização e separação da instituição do mundo externo. A instituição exerce o controle total das atividades da vida cotidiana de todos os que nela estão confinados, sem qualquer estímulo à autonomia. Na maioria dos hospitais, os usuários não possuem ou não podem escolher as próprias roupas, sendo utilizados uniformes ou roupas, inclusive íntimas, de uso coletivo. Em geral, não há lugar para guardar os pertences pessoais no quarto. Em muitos, é proibido o fumo.



Também foram verificadas violações de direitos específicos de algumas populações, em desrespeito ao artigo 1º da Lei 10.216/2001 e ao inciso II e III do artigo 2º do anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, que dispõem sobre a garantia de direitos sem qualquer forma de discriminação, promoção de equidade, considerando os determinantes sociais da saúde e o combate aos estigmas e preconceitos, conforme descritas nos parágrafos seguintes.

Verificou-se insuficiência de acessibilidade para pessoas com deficiência. Os usuários idosos ou menos independentes são infantilizados – em um dos hospitais, a ala dos moradores foi referida por mais de uma funcionária como a ala dos "menininhos". Há também uma expressa negação dessas pessoas aos seus direitos sexuais e reprodutivos, não admitindo-se que sejam sujeitos em condições de exercer a própria sexualidade. Há realização de procedimentos sem o

consentimento livre e esclarecido dos usuários, como preconizado pela Lei 13.146/2015, a Lei Brasileira de Inclusão, configurando-se uma violência – conforme o relatório de inspeção em um dos hospitais: "basta que um médico entenda que essa pessoa não está em condições de exprimir a própria vontade para que se busque a autorização de um familiar para qualquer ato médico". Há usuários com necessidades especiais de alimentação sem acesso à dieta específica. **Alguns usuários afirmam ter sofrido maus tratos por parte de funcionários. Foram vistos usuários circulando nus pelos espaços**.

Temos debatido o uso da chamada "laborterapia" como estratégia de trabalho análogo à escravidão, nos hospitais inspecionados. Identificamos que muitos usuários exercem atividade laboral com propósito pretensamente terapêutico, outros as exercem por não terem mais opções do que fazer no hospital, que os mantém na ociosidade. **Os usuários são muitas vezes culpabilizados pela falta de atividades**, seja por não serem "colaborativos" durante essas atividades, seja por serem demasiado dependentes para conseguirem desenvolvê-las, não sendo feita a reflexão de que o papel da equipe seria proporcionar a inclusão dessas pessoas e adaptação das atividades para contemplá-las. Foram ouvidos diversos relatos de negligência, na forma de negação de atendimento/encaminhamento médico, quando solicitado.

Há também a separação por gênero em várias atividades da vida cotidiana, terapêuticas e de lazer, e a estigmatização do gênero em comentários, por parte da equipe, à aparência de usuárias mulheres, entre outros. Em uma das instituições, um médico relatou aos fiscais que dizia às usuárias que tinha "um óculos mágico que via por baixo das roupas delas", sem se dar conta de estar relatando uma situação de assédio. Também foram ouvidos relatos de usuárias separadas de seus recém-nascidos por estarem internadas no hospital.

Alguns casos de intolerância religiosa também foram ouvidos, como obrigatoriedade de participação em atividades de cunho religioso e impedimento de receber atendimento religioso dentro da instituição.

Outras discriminações específicas foram verificadas em relação às pessoas trans: não têm seu direito ao nome social atendido, e são alojadas na ala correspondente ao seu sexo atribuído biologicamente, sem a possibilidade de escolha. Não há ações específicas desenvolvidas para essa população.

Também foi verificada discriminação financeira no tratamento, seja em diferenças dentro da mesma instituição entre o atendimento via SUS e o privado, seja no acesso a passeios, alimentação diferenciada e até mesmo tratamentos, como fisioterapia.

Algumas das instituições **realizam internação de crianças e adolescentes, retirando desses indivíduos seu direito à educação e à convivência na comunidade, somando-se a todas as violações já mencionadas, o não cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente e o artigo 3º do Código Civil**. A consideração de sua fase de desenvolvimento, quando acontece, tem sentido de discriminação, como a fala de um dos funcionários: "menor não tem regra", ficando evidente o modo como esses indivíduos são vistos pela instituição, com a utilização de vocabulário típico da marginalização e criminalização da pobreza.

Dado o exposto e considerando o artigo 2º e o § 2º do artigo 4º, os hospitais inspecionados configuram-se como instituições asilares, sendo, portanto, vetada a internação de pessoas portadoras de transtornos mentais nessas instituições.

RECOMENDAÇÕES AOS HOSPITAIS INSPECIONADOS

Conforme o exposto, reiteramos nosso posicionamento por uma sociedade sem manicômios, em que a atenção às pessoas em sofrimento psíquico se dê em serviços comunitários, de base territorial, visando a reinserção social, o convívio familiar e a autonomia dos indivíduos. Os hospitais psiquiátricos inspecionados, ao se caracterizarem como instituições asilares, não são dispositivos de cuidado, recomendando-se, portanto, conforme os princípios postos pela Lei da Reforma Psiquiátrica, que sejam substituídos por equipamentos de rede de caráter antimanicomial, uma vez que histórica e comprovadamente vêm promovendo o cerceamento da liberdade e aniquilação de subjetividades.

Em se mantendo os hospitais inspecionados como parte da Rede de Atenção Psicossocial, é de fundamental importância que este seja de fato o último recurso a ser utilizado depois de esgotadas todas as opções substitutivas a este equipamento, e em caráter transitório, sendo o plano de atendimento voltado a reinserção social conforme a Lei 10.216/2001. Faz-se necessário, também, o planejamento de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, nos casos de longa permanência ou situação de grave dependência institucional, atendendo às condições previstas na Lei supracitada.

Para que os usuários da RAPS do Estado de São Paulo tenham de fato resguardado o direito ao cuidado em liberdade, como principal escolha de tratamento, é preciso a garantia de que a rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos seja efetivada e fortalecida. Para além disso, estando os hospitais psiquiátricos inseridos como possibilidade de cuidado nesta RAPS, é preciso que estes estejam articulados com os demais serviços. Isto se faz urgente diante do observado nas inspeções, onde pudemos verificar a reincidência de internação de pessoas jovens e a manutenção da institucionalização de usuários que nelas residem há muitos anos.

É preciso também que os hospitais tenham projetos institucionais concretos, inseridos nas políticas públicas e com planejamento efetivo de ações de desinstitucionalização das pessoas que neles residem. Recomenda-se a revisão das propostas terapêuticas das instituições, em conformidade com os princípios da Atenção Psicossocial, norteadores do cuidado em Saúde Mental. Faz-se necessário um trabalho articulado com a rede, de preparo para o retorno à própria moradia ou inserção em serviços residenciais terapêuticos dos municípios de referência dos usuários, seja iniciado/realizado com todos os pacientes moradores (internados há um ano ou mais).

Para tanto, a promoção, junto às equipes de trabalhos, de reflexões e ações quanto à infantilização dos usuários, a fim de superar a oferta de atividades que não estimulam a autonomia das pessoas, não ampliam o grau de contratualidade dos indivíduos, não fortalecem vínculos familiares e comunitários, não respeitam as escolhas individuais (de seus alimentos, suas roupas, sua rotina), contribuindo para a institucionalização de suas vidas. Nesse sentido, é de suma importância, por exemplo, que o repasse a renda obtida com a comercialização de produtos confeccionados pelos internos seja repassada a eles.

Para a promoção de autonomia, é essencial a criação de projetos terapêuticos singulares (PTS) para cada usuário, conforme suas necessidades e preferências individuais, ou sua efetiva implementação, quando já houver. O PTS não deve ser focado na adaptação às rotinas do hospital, mas sim na realização de um trabalho efetivo no fortalecimento dos vínculos sociais. Devem ser adequados às necessidades e preferências de cada pessoa, visando desde o primeiro dia sua alta, articulando com os serviços do território de origem.

Os PTS dos usuários devem ser feitos de forma participativa e singular, contando com a presença de ações de articulação das redes de serviços, proposta de desinstitu-

cionalização e o máximo de ações externas ao ambiente hospitalar,. Recomendamos a realização de ações de reinserção social e convivência comunitárias, não se limitando a realizar "saídas" para áreas abertas dentro dos terrenos dos hospitais, como ocorre com frequencia.

É fundamental, também, levar em consideração as necessidades e complexidades de saúde dos usuários, visando uma prática de cuidado para cada pessoa e não centrada em ações com o objetivo apenas de ocupação do tempo. Há a necessidade de que os hospitais promovam atividades com mais frequência, no sentido de garantir a convivência familiar e comunitária, considerando-se que a localização dessas instituições é de difícil acesso, o que não favorece o contato com a comunidade local e a circulação de familiares. Sabe-se que o convívio social e familiar se faz fundamental para o retorno das pessoas internadas para sua comunidade e o vínculo familiar nos casos de internação deve ser mantido, pois não é raro dificultar o momento de volta para casa, sendo estratégia importante a ser garantida pela instituição. Também devem ser verificadas as internações de pessoas provenientes de municípios distantes, o que inviabiliza a convivência familiar e dificulta o processo de desinstitucionalização.

Deve ser considerada, ainda, a questão da localização da instituição, longe do centro da cidade, como fator que contribui para a restrição da circulação social e fragilização dos vínculos comunitários, elaborando medidas no sentido de minimizar este problema.

De imediato, é necessária a articulação para melhoria dos ambientes. Para tal orienta--se a investir na pintura, em móveis, cozinha local, bebedouros/filtros, decoração, armários para guarda de pertences individuais, sofás, cadeiras, melhoria da ventilação, adequação das janelas entre outros. Indica-se a necessidade de reorganização dos hospitais, para que as pessoas internadas

posam ter acesso às dependências da própria instituição, visando um maior convívio social, no sentido de preservar e aumentar a autonomia pessoal dos usuários. É necessário revisar e reformular a infraestrutura dos espaços, de forma a eliminar as características asilares, desconstruindo a lógica manicomial. Isto é perceptível na existência de alas trancadas permanentemente ou com grades, bem como na inexistência de portas internas dos quartos ou de portas sem maçanetas. Os banheiros dos hospitais não possuem tranca, papel higiênico, papel toalha e nem sabonete, sendo que estavam ainda fechados para reforma. Há ainda necessidade de adequação das áreas consideradas como de lazer/convivência, que em muitos dos hospitais inspecionados aparenta abandono. Em alguns, são necessárias adequações quanto à acessibilidade, considerando a presença de escada para entrada no local.

Foram observados nas inspeções também que é necessária capacitação em relação ao uso, conservação e manutenção dos EPIs. Foram observadas também não conformidades relacionadas à manutenção predial, manutenção de mobiliários e processos de trabalho que devem ser sanadas visando à melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada e atendimento às legislações sanitárias vigentes.

É de suma importância também promover melhoria da alimentação oferecida, com maior variação na oferta de alimentos, considerando as restrições e necessidades dietéticas de cada usuário.

É de responsabilidade das instituições prestar informações aos usuários de forma a elucidá-los sobre sua condição de saúde, tratamento e necessidade de internação, tendo em vista o disposto na Lei 10.216/2001. Além disso, recomendamos uma revisão quanto à forma que as instituições utilizam categorias diagnósticas (psicóticos ou usuários de álcool e outras drogas, por exemplo), pois são genéricas e contribuem para estigmatização dos sujeitos.

Faz-se necessária a promoção de ações que visem o resgate das individualidades, como a individualização dos objetos de uso pessoal. Além disso, a equipe técnica deve incluir essa questão no Projeto Terapêutico, com objetivo de valorizar a individualidade, autoestima e autonomia. Nesse sentido, frisamos o dever de respeitar a liberdade religiosa, sexual e individual dos pacientes, extirpando do contrato cláusulas que imponham abstinência sexual aos pacientes e proibição de qualquer contato físico, permitindo que pacientes não participem das atividades religiosas.

Indica-se a revisão das práticas institucionais no que se refere às questões de gênero, não impondo a divisão sexual nas atividades cotidianas, terapêuticas e de lazer. As relações institucionais não devem ser pautadas na moralização, medicalização e patologização das formas de vida das mulheres, devendo ser assegurado o direito ao cuidado sem qualquer forma de discriminação. Nos casos de mulheres com filhos, devem ser estabelecidas estratégias de convívio familiar, respeitando-se os direitos dessas mães e dessas crianças.

Recomenda-se também a articulação com a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) para que as pessoas sejam alocadas nas vagas de acordo com o gênero ao qual se identifica, respeitando sua identidade para além do registro formal.

Indica-se a promoção de ações que visem a garantia do direito ao sigilo e ao acesso aos meios de comunicação, tendo em vista que foram encontradas salas de atendimento sem porta ou com vidro na parede, profissional presente durante as ligações, acesso restrito ao telefone e restrição do direito à visita, encontradas em várias das instituições inspecionadas.

Indica-se abolir ou reduzir o tempo das internações em casos agudos, que podem demandar cuidados ambulatoriais mais intensos ou, no

máximo, internações de poucas horas ou poucos dias. No entanto, na maioria dos hospitais não foi encontrada uma internação sequer de poucas horas ou poucos dias. Não se olvide que o Comitê da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, instituído pelos referidos documentos internacionais, em suas Observações Conclusivas sobre o Informe Inicial do Brasil, de 29 de setembro de 2015, ao fiscalizar o cumprimento pelo Estado brasileiro dos artigos 14 e 15, manifestou seu inconformismo em relação às privações de liberdade forçadas e baseadas na deficiência, incluídas as situações em que considera que as pessoas com deficiência são um perigo para si mesmas ou para terceiros em razão do diagnóstico da deficiência. E recomendou ao Estado brasileiro a adoção de todas as medidas cabíveis para "abolir a prática de internamento ou hospitalização involuntários, proibir os tratamentos médicos forçados aplicados em razão de uma deficiência, particularmente os tratamentos psiquiátricos forçados, e oferecer suficientes alternativas de tipo comunitário" (item 29).

Sendo assim, recomenda-se cessar a prática da internação involuntária como forma de tratamento, para além das situações de urgência e emergência. Quando houver, é imprescindível manter as comunicações ao Ministério Público em prazo estabelecido pela lei 10.216/2001. Recomenda-se a verificação das internações consideradas "voluntárias" de adolescentes, como também dos adolescentes maiores de 16 anos que são levados pela família. Deve-se caracterizar cada internação conforme a lei 10.216/2001 e manter registros coerentes, sem que haja contradições, sobre o tipo de internação em diferentes documentos. É essencial, também, cessar o desrespeito à vontade dos pacientes voluntários que desejam interromper o tratamento. Deve-se respeitar a autonomia do paciente voluntário, seja na admissão seja na alta.

Sendo assim, recomenda-se cessar a prática da interna-

ção involuntária como forma de tratamento, para além das situações de urgência e emergência. Quando houver, é imprescindível manter as comunicações ao Ministério Público em prazo estabelecido pela lei 10.216/2001. Recomenda-se a verificação das internações consideradas "voluntárias" de adolescentes, como também dos adolescentes maiores de 16 anos que são levados pela família. Deve-se caracterizar cada internação conforme a lei 10.216/2001 e manter registros coerentes, sem que haja contradições, sobre o tipo de internação em diferentes documentos. É essencial, também, cessar o desrespeito à vontade dos pacientes voluntários que desejam interromper o tratamento. Deve-se respeitar a autonomia do paciente voluntário, seja na admissão seja na alta.

Impõe-se também a necessidade de colher o consentimento livre e informado dos pacientes para qualquer ato médico, cessando sua substituição pela autorização de familiar. A Lei Brasileira da Inclusão deixa claro que, mesmo no caso de pacientes interditados, a obtenção do consentimento pessoal para tratamentos médicos é obrigatória. Assim, urge que para qualquer proceder médico seja obtido o consentimento do próprio paciente para sua realização, recorrendo-se ao instituto da tomada de decisão apoiada quando o médico não compreender qual é a vontade do paciente.

Recomenda-se, também, a melhor articulação dos hospitais com o setor judiciário a fim de garantir o acesso dos usuários interditados a seus curadores e a informações sobre seus bens, assim como, trabalhar a partir da forma como cada um deseja utilizar seus recursos pessoais e não de forma uniformizada. A prestação de contas das curadorias deve ser transparente e acessível.

Mostra-se necessária a adequação do quadro de profissionais de saúde, nas instituições em que a equipe é reduzida, interferindo na realização das intervenções, respeitando as diretrizes téc-

nicas da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Além disso, é importante que sejam desenvolvidas ações de capacitação técnica dos trabalhadores em relação às normativas no campo da saúde mental com ênfase nas normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, de forma estruturada e contínua. Também houve ponderação de que o trabalho impacta a saúde por estresse, sobrecarga e abalo emocional, sendo importante a consideração desses fatores no desenvolvimento de estratégias que enfoquem a saúde do trabalhador.

Recomenda-se a adequação dos registros realizados em prontuário, visto que em alguns casos houve divergências nos relatos da equipe sobre atividades realizadas. O desaparecimento de dados precisos da história de internação de uma pessoa pode ser entendido como indício de negligência da instituição, o que foi verificado em algumas das inspeções.

Urge a revisão/reorientação quanto às práticas de contenção e isolamento e das instalações mantidas para estas finalidades. Deve-se avaliar se a contenção tem sido utilizada como medida excepcional, a ser aplicada somente em situações de iminente risco à vida ou à integridade física, depois de esgotadas todas as outras medidas terapêuticas disponíveis, visando a proteção do usuário e/ou outrem, bem como avaliar se a contenção tem sido utilizada com propósito de disciplina, punição ou coerção em casos de conflitos, casos em que é vetada. É necessária a revisão/reorientação da utilização de castigo (contenção mecânica e química) como forma de punição para infrações e também como forma de contenção da agudização dos sintomas de agitação/agressividade. Indica-se o cessar da prática da contenção por enfermeiros e para além das hipóteses de risco iminente à vida, bem como cessar a prática de confinamento permanente de paciente.

RELAÇÕES RACIAIS

Nos hospitais inspecionados, notamos menor atenção frente a um cuidado multideterminado. Existem determinações no ser humano que são importantes no processo de subjetivação e nos cuidados socioassistenciais, como por exemplo, as relações raciais e a orientação sexual, características que constituem o ser humano ao longo de sua vida e dentro da realidade de seu contexto. Portanto, não podem ser invisibilizadas ou desconsideradas, e devem estar presentes no Projeto Terapêutico Singular. Na compreensão do CRP SP, os hospitais inspecionados não veem atuando de forma atenta nesse aspecto da atenção às questões raciais.

Sugere-se o levantamento de dados de raça dos internados, entendendo ser o quesito raça no Brasil um aspecto que gera experiências desiguais de vida entre brancos e não brancos.

As prioridades e escolhas de gestão que privilegiem ou negligenciem determinados aspectos, acabam por impingir condições desfavoráveis de vida à população negra e indígena e/ou corroborar com o imaginário social acerca de inferioridade dessa população, logo, atua na contramão das discussões e reflexões sobre questões raciais, sendo essa a principal alavanca social para as pessoas reconhecidas como brancas.

A prática de racismo institucional pode ser considerada a principal responsável pelas violações de direitos dos grupos raciais subalternizados, efetivada em estruturas públicas e privadas do país. Essa prática é marcada pelo tratamento diferenciado, desigual e desumanizado e indica a falha do Estado em prover assistência igualitária aos diferentes grupos sociais que o compõem.

Segundo a Portaria 992 do SUS, sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, capítulo III, umas das estratégias de gestão para o combate ao racismo é a "IX - inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS", para reconhecer as desigualdades étnico-raciais e poder combatê-las.