

Relatório de Fiscalização

Local: Hospital Psiquiátrico Mental, em Sorocaba – SP

Data: 27/04/2011, no período das 11:00 às 14:00 h.

Participantes: representantes da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana (CONDEPE/SP), da Comissão de Direitos Humanos da Subseção de Sorocaba da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), do Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, da Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e do Conselho Regional de Psicologia de 6ª Região (CRP-SP)

A fiscalização foi realizada após denúncias embasadas por pesquisa realizada pelo Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba (FLAMAS) junto às instituições participantes.

A fiscalização se deu sem prévio agendamento e num primeiro momento não houve resistência à entrada dos representantes. A entrada ocorreu por volta das 11 horas da manhã e o grupo de fiscais foi recebido pela única médica que havia no local, Sra. Lélia Soller (CRM: 10718-SP). Além da médica, estavam presentes neste momento somente três pessoas da equipe de enfermagem. Além dos responsáveis pelo atendimento direto, havia uma pequena equipe na cozinha (cerca de três funcionárias) e algumas funcionárias terceirizadas que cuidavam da limpeza. Não havia nenhum diretor do manicômio nem profissionais da área de psicologia, serviço social ou terapia ocupacional, que compõem o quadro obrigatório de funcionários de acordo com a legislação.

Após a chegada dos representantes, outros funcionários foram avisados por telefone para comparecerem ao manicômio, em virtude da ocorrência da fiscalização.

Durante o período em que ocorreu, chegaram ao manicômio uma psicóloga, uma assistente social e algumas funcionárias da equipe de enfermagem.

Por volta de 11:15 h, chegou o Diretor administrativo do Hospital, Sr. Davi Haddad, exigindo a retirada do Grupo das instalações e solicitando uma reunião prévia em seu Gabinete. Alegou tratar-se de uma instituição privada e inexistência de ordem judicial para a fiscalização. A Polícia Militar foi por ele chamada, mas permaneceu do lado de fora. Após esclarecimentos de que se tratava de manicômio com repasse de verbas públicas e de que os presentes eram dotados de prerrogativa e dever legal de entrada em estabelecimentos de internação, a resistência foi se reduzindo e a fiscalização prosseguiu. Houve tentativas de fotografar e filmar, mas o grupo foi impedido de fazê-lo.

As usuárias do manicômio se dividem em quatro Blocos, assim constituídos:

- Bloco A, de usuárias idosas
- Bloco B, de usuárias moradoras, algumas delas internas há vários anos
- Bloco C, chamado também de “Triagem”, onde ficam usuárias com internação mais recente (máximo de 40 dias, segundo informações dos funcionários). Neste bloco há a divisão em duas alas, segundo a psicóloga Rosana Soller (CRP 06/53552): de usuárias “mais agressivas” (*sic*) e de usuárias “próximas da alta” (*sic*).
- Bloco D, chamado também de “Infantil”, onde ficam as usuárias com deficiência mental e mais dependentes de cuidados.

A inspeção percorreu todos os pavilhões. Presenciou-se um grupo de usuárias almoçando no refeitório, havendo revezamento entre grupos para o almoço. Em relação à higiene, observou-se que os dormitórios tinham um pequeno banheiro, com vaso sanitário e chuveiro, mas muitos destes chuveiros se encontravam com a fiação desligada. Com relação às vestimentas, observou-se a presença de usuárias nuas ou semi-nuas no Bloco D (“Infantil”) do manicômio, sendo que uma delas ficou nua durante toda a duração da Fiscalização.

Não foi observada a presença de extintores de incêndio ou saídas de emergência.

Os representantes observaram grande semelhança do espaço físico interno do Hospital com o de instituições prisionais, uma vez que todas as usuárias ficam em alas trancadas, com grades nas portas, e a movimentação no interior do hospital ser feita

somente com o auxílio de algum funcionário que tenha a chave destas portas. A liberdade de ir e vir é inexistente nestes locais para todas as usuárias, independentemente de seu transtorno mental.

Em relação ao tratamento médico e psicossocial oferecido, foram observadas diversas irregularidades, descritas na sequência, em duas partes, referentes ao baixíssimo número de funcionários e a inexistência ou inadequação de projeto terapêutico.

A quantidade insuficiente de funcionários para a atenção às usuárias.

Além do observado no momento da fiscalização, os representantes fizeram uma pesquisa da carga horária disponíveis para cada uma das especialidades de nível superior, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde¹, a partir de consulta realizada no dia 28 de abril de 2011. Os seguintes dados foram obtidos:

	Número Total	Carga horária ambulatorial	Carga horária hospitalar	Carga horária total
Assistentes Sociais	3	118	0	118
Enfermeiros	5	174	0	174
Médicos	9	60	55	115
Psicólogos	5	60	30	90
Terapeutas Ocupacionais	2	50	0	50

A Portaria GM 251, de 31/01/2002, que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, estabelece a seguinte necessidade mínima de funcionários, no item 2.7 de seu Anexo:

¹ http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Profissional.asp?VCo_Unidade=3552202081474 . É importante ressaltar que o manicômio Mental dispõe também de um ambulatório situado em outro endereço e que ambas as unidades tem um cadastro comum junto ao CNES

- um médico plantonista nas 24 horas;
- um enfermeiro das 19:00 às 7:00 h, para cada 240 leitos;
- Para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 04 dias, um médico psiquiatra e um enfermeiro.
- Para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 04 dias, os seguintes profissionais: um assistente social; um terapeuta ocupacional; um psicólogo;

Considerando-se que no momento da fiscalização encontravam-se internadas 330 usuárias, segundo informou o diretor administrativo da unidade, o seguinte número de funcionários seria necessário de acordo com a legislação:

- Médicos:

- plantonistas 24 horas, todos os dias, totalizando 168 horas semanais de trabalho.
- 9 médicos (um para cada 40 leitos) com 20 horas de assistência semanal cada, totalizando 180 horas semanais de trabalho
- Total: 348 horas de assistência semanal

Enfermeiros:

- 2 plantonistas das 19:00 às 07:00 hs (um para cada 240 leitos), totalizando 168 horas semanais de trabalho
- 9 enfermeiros (um para cada 40 leitos) com 20 horas de assistência semanal cada, totalizando 180 horas semanais de trabalho
- Total: 348 horas de assistência semanal

Assistentes Sociais, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais:

- 6 de cada especialidade (um para cada 60 leitos) com 20 horas de assistência semanal cada, totalizando 120 horas semanais de trabalho para cada especialidade.

Não foi possível delimitar de forma precisa a carga horária que os profissionais do manicômio dedicam a este e ao Ambulatório que o mesmo possui. Por este motivo, optou-se por considerar aqui, em um cálculo sem dúvida algum favorável ao manicômio, que todos os profissionais exerceriam suas funções somente neste primeiro.

A comparação da carga horária requerida pela legislação com a que o manicômio dispõe, conforme o CNES, pode ser comparada na seguinte tabela:

	Carga horária total	Carga Horária necessária	Porcentagem
Assistentes Sociais	118	120	98 %
Enfermeiros	174	348	50 %
Médicos	115	348	33 %
Psicólogos	90	120	75 %
Terapeutas Ocupacionais	50	120	42 %

Mesmo se considerarmos que todas as atividades dos funcionários são exercidas no manicômio, o número de funcionários de todas as especialidades de nível superior é inferior ao que a legislação determina, o que se acentua no caso dos médicos, profissionais dos quais o manicômio dispõe de aproximadamente um terço do que seria o mínimo necessário.

Quando inquirido sobre o número insuficiente de funcionários, o Diretor administrativo do Hospital, Sr. Davi Haddad afirmou que as diárias repassadas pelo SUS seriam insuficientes e que os funcionários que são cotistas do manicômio teriam inclusive aberto mão de receber pró-labore em relação à posição de cotistas, trabalhando apenas em troca de salário. Citou também que o manicômio tinha uma dívida significativa com credores diversos, totalizando R\$ 30.000.000,00 (trinta milhões de reais).

É importante salientar que foram observadas irregularidades ou indícios de que elas ocorram, notadamente em duas situações:

- O fato de o psicólogo Orlando Pires Junior (CRP 06/8642) ter prestado serviço neste hospital com inscrição cancelada no Conselho Regional de Psicologia, reativando-a apenas após a fiscalização, o que se configura como possível exercício ilegal da profissão.

- O fato de o diretor clínico do manicômio, Antônio Carlos Correa Certo (CRM: 90915-SP) ter carga horária de trabalho semanal de 158 horas no CNES, em várias instituições de cidades diferentes, sendo que sua ficha foi atualizada em 18/11/2011 (ver cópia na sequência). Para efeito de comparação, ressalta-se que a semana tem 168 horas no total.

Identificação											ATUALIZADO:18/5/2011 Enviado Por:68	
Nome:			Sexo:			CNS:						
ANTONIO CARLOS CORREA CERTO			MASCULINO			204315183640001						
Dados Profissional												
CBO	CNES	Estabelecimento	Situação	Carga H.Outros	Carga H.Amb.	Carga H.Hosp.	Total	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	
MEDICO CARDIOLOGISTA CARDIOLOGISTA MEDICO DO CORACAO	2087618	HOSPITAL MUNICIPAL DE VOTORANTIM	ativo	0Hs	0Hs	6Hs	6Hs	Sim	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO	
MEDICO CLINICO CLINICO GERAL MEDICO CLINICO GERAL MEDICO	2049244	CENTRO DE SAUDE E PA PARQUE LARANJEIRAS SOROCABA	ativo	0Hs	60Hs	0Hs	60Hs	Sim	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO	
MEDICO GERIATRA GERIATRA GERONTOLOGISTA GERONTOLOGO	2081695	CONJUNTO HOSPITALAR SOROCABA	ativo	0Hs	20Hs	0Hs	20Hs	Sim	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO	
MEDICO CLINICO CLINICO GERAL MEDICO CLINICO GERAL MEDICO	2708779	SANTA CASA DE SOROCABA	ativo	0Hs	0Hs	18Hs	18Hs	Sim	AUTONOMO	SEM INTERMEDIACAO (RPA)	SEM SUBTIPO	
MEDICO ANESTESIOLOGISTA ANESTESIOLOGISTA ANESTESISTA MED	2092298	SANTA CASA DE ITU	ativo	0Hs	0Hs	1Hs	1Hs	Sim	AUTONOMO	SEM INTERMEDIACAO (RPA)	SEM SUBTIPO	
DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE DIRETOR CLINICO DIRETOR DE D	2081474	HOSPITAL MENTAL SOROCABA	ativo	5Hs	0Hs	0Hs	5Hs	Sim	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	CONTRATO POR REDE PRIVADA	
MEDICO CARDIOLOGISTA CARDIOLOGISTA MEDICO DO CORACAO	2092298	SANTA CASA DE ITU	ativo	0Hs	0Hs	6Hs	6Hs	Sim	AUTONOMO	SEM INTERMEDIACAO (RPA)	SEM SUBTIPO	
MEDICO CARDIOLOGISTA CARDIOLOGISTA MEDICO DO CORACAO	2708779	SANTA CASA DE SOROCABA	ativo	0Hs	0Hs	18Hs	18Hs	Sim	AUTONOMO	SEM INTERMEDIACAO (RPA)	SEM SUBTIPO	
MEDICO CLINICO CLINICO GERAL MEDICO CLINICO GERAL MEDICO	5582121	SANTA CASA VOTORANTIM	ativo	0Hs	4Hs	4Hs	8Hs	Não	AUTONOMO	SEM TIPO	SEM SUBTIPO	
MEDICO GERIATRA GERIATRA GERONTOLOGISTA GERONTOLOGO	2092298	SANTA CASA DE ITU	ativo	0Hs	0Hs	5Hs	5Hs	Sim	AUTONOMO	SEM INTERMEDIACAO (RPA)	SEM SUBTIPO	
MEDICO CLINICO CLINICO GERAL MEDICO CLINICO GERAL MEDICO	2087618	HOSPITAL MUNICIPAL DE VOTORANTIM	ativo	0Hs	0Hs	6Hs	6Hs	Sim	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO	
MEDICO GENERALISTA MEDICO ALOPATA MEDICO EM MEDICINA INTE	2081474	HOSPITAL MENTAL SOROCABA	ativo	0Hs	0Hs	5Hs	5Hs	Sim	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	CONTRATO POR REDE PRIVADA	
Total				5Hs	64Hs	69Hs	158Hs					

A inexistência ou a insuficiência de projeto terapêutico para as usuárias

A Portaria GM 251, de 31/01/2002, que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, determina no item 2.3 de seu Anexo a necessária existência do projeto terapêutico da instituição, que é definido

“como o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Inclui o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, e compatibiliza a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família”

Segundo a mesma portaria, o projeto terapêutico deve incluir, dentre outros elementos, a avaliação médico-psicológica e social; a garantia do atendimento diário ao paciente por, no mínimo, um membro da equipe multiprofissional, o atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros) e grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas), além da preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em serviço territorial com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), e para residência terapêutica quando indicado. A Portaria determina também a necessidade de projeto terapêutico específico para pacientes com mais de um ano ininterrupto de internação, que deve conter a preparação para o retorno à própria moradia ou a serviços residenciais terapêuticos, ou a outra forma de inserção domiciliar, além do desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos para pacientes com deficiência física e mental grave e grande dependência.

As evidências de não adequação com a legislação em relação à necessidade do projeto terapêutico foi observada em vários momentos:

- O fato de haverem usuárias que não são acompanhadas por psicólogos, conforme informação prestada pela psicóloga Rosana Aparecida Lao Soller (CRP 06/53552), que referiu ser sócia do Hospital e que ali trabalha há 12 anos. Segundo ela, apenas 47 usuárias do bloco B e 38 do bloco C tem acompanhamento psicológico, o que exclui desta modalidade de atendimento da maioria das internas. Ainda segundo a psicóloga, as usuárias do bloco A (idosas) não recebiam atendimento psicológico por “precisarem de outros profissionais”, como fisioterapeutas, profissionais dos quais o manicômio não dispõe. Esta situação está em desacordo com a Portaria GM 251, que estabelece, no item 2.2.4 de seu anexo, que

“deve haver registro adequado, em prontuário único, dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos nos usuárias, ficando garantida, no mínimo, a seguinte periodicidade: • profissional médico : 01 vez por semana; • outros profissionais de nível superior: 01 vez por semana, cada um.”

- A presença de usuárias indocumentadas (sem qualquer tipo de documentação), o que dificulta seu acesso a benefícios previstos em leis e dificulta o acompanhamento de sua situação por parte da sociedade civil. Aqui cabe ressaltar que a legislação recente permite inclusive a emissão de documentação tardia para as usuárias que não a

possuem, conforme o disposto no artigo 46 da Lei 6.015/73 e no Provimento 29/08 da Corregedoria Geral de Justiça, havendo desde 2006 um Convênio firmado Governo do Estado e OAB denominado “Inclusão Social- Certidão de Nascimento Tardia” destinado especificamente a atender pacientes indocumentados de Hospitais Psiquiátricos e o fato do manicômio não ter efetuado buscas exaustivas da origem do paciente nem procurado os instrumentos legais disponíveis mostra a inadequação do cuidado psicossocial para com as usuárias.

- A absoluta falta de atividades de lazer para as usuárias, que ficam sentadas, deitadas ou andando de um lado a outro pelas alas sem atividade alguma. As usuárias não circulam na área externa do Hospital, que é ampla e arborizada. Locais externos ao Hospital, como uma quadra de esportes e um parque com brinquedos, estão em situação de total abandono, indício de que não são em nenhum momento utilizados. Não foram observadas outras possibilidades de lazer para usuárias, como televisão, música, jogos, etc, à exceção de uma única e pequena sala em que havia uma televisão, recinto que comportava a presença de cerca de oito mulheres.

A situação descrita esta também está também em flagrante desacordo com a Portaria GM 251, de 31/01/2002, que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria e que diz, em seu Anexo, item 2.6: *“O hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40 m², mais 20m² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar”*.

- A presença de uma usuária excluída do convívio com as demais, que foi vista trancada em um quarto e que, segundo informação de uma auxiliar de enfermagem, só saía para a área comum quando as outras usuárias não estavam, pelo fato dela ser muito agressiva. A mesma Portaria GM 251, estabelece, no item 2.2.2 de seu Anexo *“Está proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes)”*, o que se aplica à situação observada no Hospital Mental.

- O alto número usuárias-moradoras do manicômio, que ocupam um de seus blocos inteiros, além de outros dois parcialmente, o que mostra que o manicômio não desenvolve em seu projeto terapêutico a preparação para o retorno à própria moradia ou a serviços residenciais terapêuticos, contrariando a legislação citada acima.

Da constatada violação de direitos

Conforme o exposto, constatou-se exemplificadamente a violação dos seguintes direitos:

- **direito à identidade e ao nome**, amparado pela Convenção Americana de Direitos Humanos², artigo 3º e pelo Código Civil artigo 16, dentre outros diplomas.

- **direito à liberdade**, amparado pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência³, ONU, artigo 14. 1.1 e pela Constituição Federal, artigo 5º, inciso LIV, dentre outros dispositivos.

- **direito ao lazer**, consagrado na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência⁴, ONU, artigo 30 e pela Constituição Federal, artigo 6º, por exemplo.

- **direito à previdência social**, protegido pela Constituição Federal, artigo 6º e Lei 8742/93, artigo 20.

- **direito a não ser receber tratamento degradante**, amparado pela Convenção Americana de Direitos Humanos, artigo 5º, 2 e na Constituição Federal, artigo 5º, inciso LIV, dentre outros.

- **direito a não ser internado em instituição com características asilares**, inserto nos Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental da Assembleia Geral da ONU⁵, primeiro e segundo princípios dos “Direitos e condições de vida em estabelecimento de saúde mental” e na Lei 10.216/01, artigo 4º, §2º.

² Decreto 678 de 6 de novembro de 1992.

³ Decreto 6949 de 25 de agosto de 2009.

⁴ Decreto 6949 de 25 de agosto de 2009.

⁵ Doc. das Nações Unidas n. A/ 46/ 49 de 17.12.1991

- **direito ao melhor tratamento do sistema de saúde**, acolhido nos Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental da Assembleia Geral da ONU, primeiro princípio das “Liberdades Fundamentais e Direitos Básicos” e na Lei 10.216/01, artigo 2º, Parágrafo único, inciso I.

- **direito a ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis**, disposto nos Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental da Assembleia Geral da ONU, Primeiro princípio do “Tratamento” e na Lei 10.216/01, artigo 4º, § 2º.

- **direito à assistência integral e multidisciplinar**, acolhido nos Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental da Assembleia Geral da ONU, primeiro princípio dos “Recursos disponíveis nos estabelecimentos de saúde mental” e na Lei 10.216/01, artigo 4º, §2º.

- **direito de ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental**, consagrado nos Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental da Assembleia Geral da ONU, primeiro princípio do “Papel da Comunidade e da Cultura” e na da Lei 10.216/01, artigo 4º, § 3º.

-**direito à inserção social e comunitária**, previsto nos Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental da Assembleia Geral da ONU, princípio único da “Vida em Comunidade” e na Lei 10.216/01, artigo 2º, Parágrafo único inciso II.

-**direito à alta planejada e à reabilitação psicossocial assistida**, previsto nos Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental da Assembleia Geral da ONU, quarto princípio do “Tratamento” e na Lei 10.216/01, artigo 5º.

Conclusão e Recomendações

Em que pese as dificuldades descritas em relação ao apoio da família das usuárias, às vezes precário ou inexistente, e o esforço de algumas das profissionais da equipe de enfermagem, que nitidamente se desdobram para um cuidado adequado, apesar de seu número insuficiente, a gravidade da situação encontrada conduz os representantes das entidades presentes nesta fiscalização a recomendar o fechamento do Hospital Psiquiátrico Mental. O grande número de mudanças que seriam necessárias para seu funcionamento minimamente adequado implicaria em um aporte de recursos financeiros que não se fazem disponíveis, devido à grande dívida do manicômio com credores, conforme informação de seu diretor administrativo relatada anteriormente.

Com vistas a tal processo ser efetuado de forma a não gerar danos no cuidado adequado às usuárias do referido manicômio, os mesmos representantes recomendam a atuação conjunta e urgente das três esferas de gestão do SUS (União, Estado e Município), no âmbito de suas respectivas competências, para possibilitar a progressiva desocupação dos leitos ali disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com a transferência dos recursos públicos para a ampliação dos serviços comunitários de atendimento e dos leitos em hospitais gerais, conforme ampla legislação.



Aldo Zaiden Benvindo

Coordenador Geral de Saúde Mental e Combate à Tortura da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República



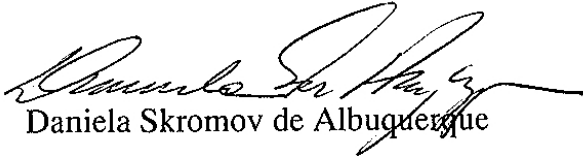
Carla Biancha Angelucci

Presidente do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP/SP)



Pedro Paulo Gastalho de Bicalho

Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CFP)



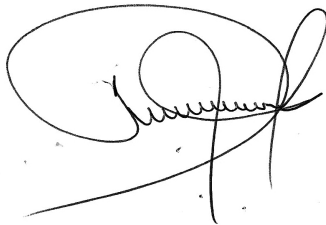
Daniela Skromov de Albuquerque

Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo



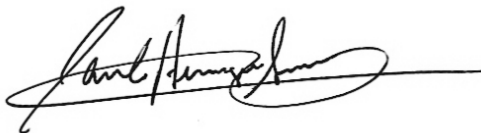
Aristeu Bertelli

Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana (CONDEPE/SP)



Claudinei José Marchioli

Presidente da Comissão de Direitos Humanos da Subseção de Sorocaba da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB)



Paulo Henrique Soranz

Comissão de Direitos Humanos da Subseção de Sorocaba da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB)