



**Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
MNPCT**



**Relatório de Missão ao Hospital Psiquiátrico
São Vicente de Paulo - DF**

**Brasília
Dezembro de 2018**



Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura - MNPCT

O MNPCT é parte integrante do Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, de acordo com a Lei nº 12.847, sancionada no dia 2 de agosto de 2013. Sua instituição atende a compromisso internacional assumido pelo Estado brasileiro em 2007 com a ratificação do Protocolo Facultativo à Convenção Contra Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes da Organização das Nações Unidas – ONU. Suas atividades compreendem, entre outras, visitar estabelecimentos de privação de liberdade, elaborar de relatórios circunstanciados e de recomendações, e requerer à autoridade competente instauração de procedimento criminal e administrativo mediante a constatação de indícios da prática de tortura e de outros tratamentos e práticas cruéis, desumanos ou degradantes.

2

Autora e autores

Daniel Caldeira de Melo

Lucio Costa

Taia Duarte Mota

Tarsila Flores

Colaboradores

Adriana Raquel Ferreira Costa Oliveira

Ana Cláudia Nery Camuri Nunes

Bruno Renato Nascimento Teixeira

Camila Prando

Deise Benedito

Luís Gustavo Magnata Silva

João Vítor Rodrigues Loureiro

José de Ribamar de Araújo e Silva

Rafael Barreto Souza

Thaís Soboslai

Valdirene Daufemback

Fotografias e Capa

Acervo do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura



Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

Setor Comercial Sul – B, quadra 9, Lote C
Edifício Parque Cidade Corporate, Torre A, 10º andar
Brasília – Distrito Federal
70.308-200
Telefone: (61) 2027-3782
mnpct@sdh.gov.br

3

Esta publicação está licenciada com uma Licença *Creative Commons* Atribuição 4.0 Internacional, permitida sua reprodução no todo ou em parte, desde que citada a fonte.

M686	<p>Brasil. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT),2018.</p> <p>Relatório de Inspeção no Hospital São Vicente de Paulo - DF/ Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT): Daniel Caldeira de Melo, Lúcio Costa, Taia Duarte Mota,Tarsila Flores.</p> <p>47p.</p> <p>ISBN:</p> <p>1. Prevenção e Combate à Tortura. 2. Tratamento Cruel, Desumanos e Degradantes. 3. Hospital Psiquiátrico.</p> <p>CDD 360 CDU 351:343:369</p>
------	---



Sumário

1. Apresentação do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura	5
2. Introdução – relatos iniciais	9
3. Condições de funcionamento da instituição	13
4. Individualidade e Tratamento	19
5. Privação de liberdade / Contenção mecânica / Indícios de Crime	26
6. Relações de trabalho	31
7. Medicamentos	32
8. Sexualidade, raça/cor e gênero no HPSVP	36
9. Instituição asilar.....	39
10. Considerações finais e Recomendações	42
A. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal	43
B. À Secretaria de Estado do Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos	44
C. Ao Tribunal de Contas do Distrito Federal.....	44
D. Ao Ministério Público do Distrito Federal	44
E. À Defensoria Pública do Distrito Federal.....	45
F. À Direção do Hospital São Vicente de Paulo	45
G. À Polícia Civil do Distrito Federal	46
H. Ao Conselho Distrital de Saúde	46
I. Ao Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal	47
J. Ao Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal	47
K. Ao Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal	47
L. Ao Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal.....	47
M. Ao Ministério Público do Trabalho do Distrito Federal.....	47



1. Apresentação do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

1. No ano de 2013, o Brasil aprovou a Lei federal nº 12.847 que institui o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (SNPCT), cria o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (CNPCT) e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). Já o Decreto nº 8.154, de dezembro de 2013, regulamenta o funcionamento do SNPCT, a composição e o funcionamento do CNPCT, bem como dispõe sobre Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura – doravante “MNPCT” ou “Mecanismo Nacional”.
2. O MNPCT tem como função precípua a prevenção e combate à tortura a partir, dentre outras ações, de visitas regulares a pessoas privadas de liberdade. Após cada visita, o MNPCT tem a competência de elaborar um relatório circunstanciado e deve apresentá-lo ao CNPCT, à Procuradoria-Geral da República, à administração das unidades visitadas e a outras autoridades competentes. Adicionalmente, o MNPCT possui a atribuição de fazer recomendações a autoridades públicas ou privadas, responsáveis pelas pessoas sob a custódia do Estado. Ademais, o art. 9º, parágrafo 3º da Lei nº 12.847/2013 fortalece o papel desempenhado pelas recomendações em relação ao repasse de recursos federais, determinando: “A seleção de projetos que utilizem recursos oriundos do Fundo Penitenciário Nacional, do Fundo Nacional de Segurança Pública, do Fundo Nacional para a Criança e Adolescentes, deverá levar em conta as recomendações formuladas pelo MNPCT”.
3. A criação do Mecanismo Nacional visa cumprir uma obrigação internacional assumida pelo Estado brasileiro por meio da ratificação do Protocolo Facultativo à Convenção das Nações Unidas contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (OPCAT), promulgado no Brasil por meio do Decreto nº 6.085, de 19 de abril de 2007. O Estado brasileiro se comprometeu por este instrumento internacional a estabelecer, em conformidade com as diretrizes do OPCAT, um mecanismo preventivo de caráter nacional, além de poder criar outros mecanismos similares no âmbito dos estados e do Distrito Federal.
4. A Lei nº 12.847/2013 estabelece, em seu art. 9º, que compete ao Mecanismo Nacional, entre outras atribuições: (i) planejar, realizar e monitorar visitas periódicas e regulares a pessoas privadas de liberdade em todas as unidades da Federação, para verificar as condições de fato e de direito a que se encontram submetidas; (ii) articular-se com o Subcomitê de Prevenção à Tortura da Organização das Nações Unidas, a fim de unificar as estratégias e políticas de prevenção à tortura; (iii) requerer a instauração de procedimento criminal e administrativo mediante a constatação de indícios da prática de tortura e de outros tratamentos e práticas cruéis, desumanos ou degradantes; (iv) elaborar relatórios de cada visita realizada e apresentá-los, em 30 (trinta) dias, a diversos



órgãos competentes; (iv) fazer recomendações a autoridades públicas ou privadas, responsáveis pelas pessoas em locais de privação de liberdade; (vii) publicar os relatórios de visitas periódicas e regulares; e (viii) sugerir propostas legislativas.

5. A competência do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura está alicerçada no conceito de “pessoas privadas de liberdade”, definida pelo art. 3º da Lei nº 12.847/2013, a partir de um enfoque centrado na pessoa sob a custódia do Estado.

Art. 3º Para os fins desta Lei, considera-se: [...]

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 nº 7.210, de 11 de julho de 1984.

6. Dentro de suas competências de atuação, o Mecanismo Nacional deve trabalhar numa perspectiva de prevenção a quaisquer medidas, rotinas, dinâmicas, relações, estruturas, normas e políticas que possam propiciar a prática de tortura ou outros tratamentos cruéis, desumanos e degradantes. Para tanto, o órgão deve pautar-se pelas definições legais de tortura vigentes dentro do ordenamento jurídico brasileiro, oriundas de três principais fontes: (i) Convenção das Nações Unidas contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes¹; (ii) Lei nº 9.455, de 07 de abril de 1997; (iii) Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura.
7. Para as pessoas privadas de liberdade em razão da aplicação de sanção por infração penal, o Mecanismo Nacional adota os conceitos previstos na Convenção das Nações Unidas contra a Tortura, na Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura e na Lei nº 9.455/1997.
8. O art. 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.

¹ Promulgada pelo Decreto nº 40, de 15 de fevereiro de 1991.



9. Já a Lei nº 9.455/1997, 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 criminosa, 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.
10. Adicionalmente, o MNPCT adota a definição de tortura prevista no art. 2º da Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura. Objetivamente, aplicam-se as definições de tortura previstas na legislação internacional e nacional e amplia-se 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, e (ii) métodos tendentes a diminuir capacidade física ou
11. Ao MNPCT compete visitar qualquer espaço, público ou privado, onde as pessoas estejam privadas de liberdade, conforme a Lei nº 12.847/2013. Com isso, apresenta um amplo leque de locais a visitar, cada qual com naturezas distintas, em todo o Brasil, envolvendo: penitenciárias, cadeias públicas, unidades socioeducativas, centros de triagens, unidades de acolhimento institucional para crianças e adolescentes, instituições de proteção social temporária ou de longa permanência, hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, entre outros. Desse modo, o Mecanismo Nacional busca desenvolver diálogos com atores relacionados a todos esses tipos de unidades de privação de liberdade em seu cronograma de trabalho.
12. Para realizar as visitas às unidades da federação, o MNPCT se divide em equipes, de no mínimo três membros, e pode convidar especialistas para acompanhá-las durante as visitas, como membros de mecanismos e comitês estaduais de prevenção e combate à tortura, profissionais especialistas em áreas específicas, representantes da sociedade civil, além de outras autoridades públicas.
13. Cerca de um mês antes da visita, o MNPCT oficia o poder público e sociedade civil locais, apresentando o órgão, suas prerrogativas e o período previsto para a visita, o que facilita as articulações prévias e a aproximação com os atores locais. Em contrapartida, neste documento não são especificados os espaços de privação de liberdade a serem visitados.



14. As equipes contam com apoio logístico de transporte da Polícia Federal ou da Polícia Rodoviária Federal, como forma de garantir as prerrogativas do MNPCT e apoiar as ações em parceria.
15. No período anterior à visita, também são feitos estudos preliminares da realidade da unidade da federação e dos estabelecimentos de privação de liberdade e de caráter assistencial. Reuniões presenciais e à distância também podem ser feitas, a fim de aprofundar a preparação e articulação com atores locais.
16. Nos dias de visita, dedica-se um primeiro momento de interlocução com as organizações da sociedade civil local e um momento final de diálogo com órgãos do poder público para apresentar as impressões iniciais e recomendar medidas consideradas urgentes para a prevenção e combate à tortura. Nos demais dias, os membros do MNPCT se dedicam a visitar os espaços de privação de liberdade. Nestes locais, o MNPCT estabelece uma metodologia em conformidade com protocolos internos, bem como diretrizes nacionais e internacionais².
17. Nas unidades, são observadas as suas rotinas, equipamentos e estruturas, sendo feitos registros fotográficos e audiovisuais. Busca-se também entrevistar quatro segmentos de atores: as pessoas privadas de liberdade; os agentes públicos com contato direto com essas pessoas (ex. agentes penitenciários, educadores ou cuidadores); profissionais de áreas técnicas (ex. saúde, assistência social ou educação); e a direção da unidade. As entrevistas são realizadas de modo reservado. Ademais, são coletadas normas internas, protocolos de procedimentos institucionais e os documentos individuais pertinentes.
18. No mês subsequente à visita, as equipes se dedicam a sistematizar a informação coletada, organizar os documentos para a elaboração do relatório de visita. Para atender esse objetivo, as informações são verificadas por quatro procedimentos principais, a partir da triangulação de informações: (i) entre diferentes segmentos (ex. situações narradas igualmente por pessoas privadas de liberdade, por agentes técnicos e pela direção); (ii) por quantitativo dentro do mesmo segmento (ex. afirmação de muitas pessoas privadas de liberdade), ou ainda por saturação de informação³; (iii) por distribuição espacial de segmento (ex. alegações de indivíduos em diferentes pavilhões, alas ou módulos); e (iv) por confrontação documental (ex. situações mencionadas e procedimentos documentados).

² Como as elaboradas pelo Subcomitê de Prevenção à Tortura das Nações Unidas (SPT), pela Associação de Prevenção à Tortura (APT), pelo Protocolo de Istambul etc.

³ O fechamento de uma amostra qualitativa por saturação é definido como a suspensão da inclusão de novos participantes quando os dados obtidos possam apresentar, na visão da pessoa que coleta e analisa a informação, certa redundância. (FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete, TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública [online]. 2008, vol.24, n.1, pp.17-27. ISSN 1678-4464)



2. Introdução – relatos iniciais

19. A equipe do Mecanismo Nacional chegou ao raiar do dia na instituição, às 06:00h. Composta por peritas e peritos, somada à presença de assessoras (es) técnicas (os), o Mecanismo Nacional esteve acompanhado por uma viatura da Polícia Federal, que deu o suporte logístico e de segurança⁴ para a realização da inspeção ao Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (HPSVP), localizado na cidade de Taguatinga-DF.
20. O objetivo principal da inspeção era o de averiguar as condições de atendimento das pessoas atendidas, principalmente àquelas (es) internadas (as) na instituição (visto que ali também é oferecido o atendimento ambulatorial).
21. Devido à baixa cobertura de dispositivos comunitários de saúde mental, a exemplo de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) 24 horas, o Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo tornou-se um ponto catalizador no atendimento psiquiátrico emergencial e ambulatorial para o Distrito Federal e cidades do entorno.
22. Conforme os dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), o DF possui 14 CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde: dois CAPS Infanto-Juvenis, um CAPS I, quatro CAPS AD, três CAPS II e quatro CAPSADIII. Além dos habilitados pelo Ministério da Saúde, existem mais três CAPS cadastrados no referido sistema, sendo dois CAPS II e um CAPS I.
23. A rede de saúde mental do GDF conta, também, com 45 leitos de saúde mental em Hospital Geral e uma Unidade de Acolhimento Adulto habilitados pelo Ministério da Saúde.
24. Conforme informações que constam no site da Secretaria de Saúde, o Distrito Federal é dividido em sete regiões administrativas de saúde, sendo elas:
- **Região de Saúde Central** (Asa Norte, Lago Norte, Varjão, Cruzeiro, Sudoeste, Octogonal, Asa Sul, Lago Sul): Estimativa de população em 2016- 330.000 habitantes
 - **Região de Saúde Centro-Sul** (Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II, Park Way, Candangolândia, Guará, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA), Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA) e Estrutural): Estimativa de população em 2016- 320.000 habitantes

⁴ Registra-se que os policiais federais acompanharam a equipe do Mecanismo Nacional, num primeiro momento, até à entrada administrativa da instituição, sendo que, posterior a esse momento, ficaram do lado de fora da instituição, não acompanhando a inspeção em si.



- **Região de Saúde Norte** (Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal): Estimativa de população em 2016- 360.000
- **Região de Saúde Sul** (Gama e Santa Maria): Estimativa de população em 2016- 250.000 habitantes
- **Região de Saúde Leste** (Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico e São Sebastião): Estimativa de população em 2016- 230.000 habitantes
- **Região de Saúde Oeste** (Ceilândia e Brazlândia): Estimativa de população em 2016- 531.000 habitantes
- **Região de Saúde Sudoeste** (Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Recanto das Emas e Samambaia): Estimativa de população em 2016- 822.000 habitantes.

25. Considerando a estimativa populacional das regiões administrativas (RA), é possível esboçar que a rede de saúde mental do DF deveria ter, no mínimo, mais um CAPS Infanto-Juvenil, um CAPSADIII e um CAPSIII em cada uma das RA, com exceção da Região de Saúde Sudoeste. A referida região possui mais de 800.00 habitantes e, dessa maneira, necessita de, pelo menos, mais 2 CAPS IJ, um CAPS II, um CAPS III, um CAPS ad e um CAPS ADIII. Adiciona-se o fato de, também, ser necessário, pelo menos, mais uma Unidade de Acolhimento Adulto e uma Infanto-Juvenil em cada RA.
26. Ressaltamos que, para além da estimativa populacional, é fundamental considerar as distâncias, bem como os fatores socioeconômicos e epidemiológicos para a construção de uma rede que de fato responda às necessidades de saúde da população do DF.
27. Com isso, podemos inferir que a atual rede de serviços de saúde mental do DF apresenta-se insuficiente para o atendimento de sua população e, nesse sentido, a existência do Hospital São Vicente de Paulo contribui para que essa rede não se expanda, uma vez que os gastos gerados para a existência e manutenção da instituição apresentam-se como concorrentes dos investimentos dos serviços comunitários de saúde mental, a exemplos dos CAPS 24 horas, das Unidades de Acolhimento e dos Serviços Residenciais Terapêuticos, por exemplo.
28. Após a apresentação da equipe do MNPCT ao responsável pela instituição - naquele momento, um representante da administração do Hospital São Vicente - a equipe iniciou a inspeção pela Unidade de Procedimentos Especiais (UPE). O interesse por descobrir que procedimentos seriam esses, assim como a motivação específica para sua instauração, foi o ponto de partida.
29. Com uma passagem rápida pela enfermaria de internação masculina do Pronto Socorro, que pelos chãos dos corredores acolhiam em colchões sem lençóis vários homens - em sua maioria negros - a equipe do Mecanismo chegou ao portão de entrada da UPE.



30. Ali já foi apresentada a imagem manicomial clássica: a contenção mecânica de três mulheres negras, que dormiam em macas, duas delas contidas pelos pulsos e pernas. A contenção da terceira era exclusivamente medicamentosa, o que pôde ser identificado por sua fala pastosa, com o relato doloroso de alguém que foi à instituição buscar uma receita médica e acabou sendo internada. As outras duas mulheres mostravam certa desorientação, ao mesmo tempo em que expressavam a violência sofrida, mostrando os punhos e os tornozelos avermelhados, em função da constância do movimento do corpo em luta contra a faixa que o continha. Já na ala feminina foi encontrada outra mulher contida.
31. As falas das mulheres negras encontradas amarradas demonstram uma parcela da histórica exclusão e abuso de poder sobre o corpo negro da mulher, que perpassa desde a imagem do uso da máscara de flandres⁵ até às internações indiscriminadas de mulheres que, em sua maioria também negras⁶, eram enclausuradas nos espaços manicomiais com justificativas diversas, sendo uma das mais comuns o comportamento considerado inadequado socialmente. Essa conduta do poder médico-psiquiátrico depositou, em alguns casos por toda uma vida, incontáveis mulheres negras em locais como o *Hospital Colônia de Barbacena/MG* - não por acaso também chamado de colônia⁷.



Fonte: Acervo MNPCT, 2018

⁵ Instrumento de tortura utilizado ao longo da escravização da população negra no Brasil, que consistia em uma máscara facial que podia ter extensão apenas sobre a boca ou ser de cobertura completa da cabeça da pessoa escravizada.

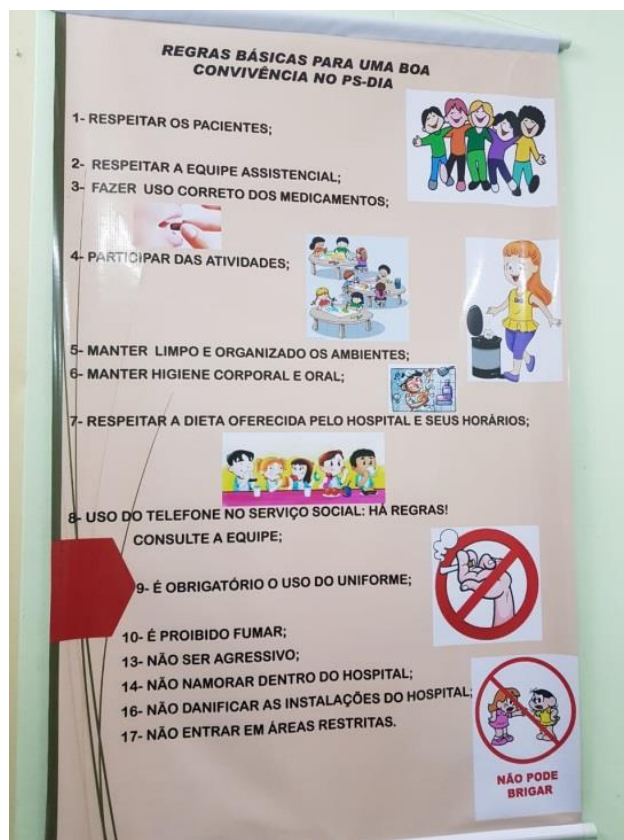
⁶ A questão racial e sua interface com o fenômeno da “loucura” é tema de discussão em diversos relatórios e trabalhos científicos no Brasil, além de textos literários que discorrem sobre a presença da população negra nos antigos “manicômios”, como na obra de Lima Barreto. No caso específico do HPSVP não houve acesso a registros sobre raça/cor/etnia das(os) usuárias(os) internadas(os), pelo fato de a instituição não ter essa classificação como prática. Como a sistematização de dados referentes a raça/cor existentes na instituição psiquiátrica é falha, o MNPCT se fundamentou na observação visual, tendo em vista a classificação do IBGE (branco-preto-pardo-indígena e na auto declaração das pessoas entrevistadas sobre a categoria “raça/cor/etnia” para afirmar que a maioria das pessoas entrevistadas na instituição era negra.

⁷ Aqui se faz menção às incontestáveis violências e situações de tortura cometidas contra negros e indígenas no Brasil-colônia, o que determinou a dizimação de povos e comunidades inteiras, a partir da crença social da ausência de alma, para os representantes desses grupos.



32. Algumas das narrativas das mulheres na Unidade de Procedimentos Especiais consistiram em denúncias sobre maus-tratos, como, por exemplo, a demora no atendimento ao pedido de acesso à água, bem como o fato de alguns enfermeiros atenderem sem crachá, o que impossibilitava denúncias contra profissionais identificados, quando, ao exemplo do que se constatou a partir de um dos relatos, tapam a boca das mulheres de forma agressiva, “*para que parem de falar*”.
33. Numa instituição na qual as terminologias “banho de sol” (acesso ao sol, fora das alas), “saidão” ou “saidinha” (que traduziriam o processo de licença para visita às famílias de caráter prolongado em feriados ou nos finais de semana), foram ouvidas com tanta frequência que não se pode deixar também de questionar a presença da linguagem comumente utilizada nas unidades prisionais, assim como a prática da negativa do relacionamento afetivo/sexual, ilustrada a partir de um cartaz em área de convivência: “PROIBIDO NAMORAR”.

12



Fonte: Acervo MNPCT, 2018

34. Uma das questões mais expressivas a ser considerada na análise que segue nesse relatório é aquela relacionada à sexualidade. Quando se questionou como era o procedimento do hospital sobre a possível de violação de direitos dos(as) usuários(as) e quais condutas eram tomadas, houve o relato de representante da equipe médica de que, quando se observam comportamentos hipersexualizados



ou casos de violência sexual contra alguma pessoa internada, sua prática é a de aplicar, no autor da suposta violência, substância compatível com o que o próprio médico entrevistado denominou de “castração química”. **A justificativa do médico é a de que apenas dessa maneira seria possível prevenir novos casos de hipersexualização e de violência em decorrência desse comportamento**⁸.

35. Como será apresentado, **há graves e preocupantes violações de direitos humanos** que ocorrem dentro da referida instituição, de modo que muitas (os) pacientes encontram-se expostas (os) à própria sorte do seu cuidado, permanecendo por vários momentos do dia trancadas (os) nas alas. Adiciona-se a diversas violações identificadas na instituição - **a exemplo das contenções mecânicas, nas quais as pessoas ficam amarradas sem qualquer prescrição médica**, o que pode configurar-se como prática de tortura – a precarização das condições sanitárias, uma vez que **nem o documento básico para o seu funcionamento, que é o Alvará Sanitário, foi apresentado ao Mecanismo Nacional**.
36. Outro ponto de grave e emergente preocupação que será destacado nesse relatório é a **privação de liberdade das pessoas** supostamente internadas para tratamento, em total desconformidade com as legislações vigentes – o que levanta, como será observado, **indícios robustos da prática de cárcere privado**. Destaca-se que todas as pessoas atendidas pela instituição, que estavam internadas e que conversaram com a equipe do Mecanismo Nacional, **disseram não querer continuar o seu tratamento ali, tendo seu desejo inviabilizado pela instituição**.
37. Faz parte do protocolo de inspeção do Mecanismo Nacional a requisição de diversos documentos à instituição, os quais serviram de base de análise para a elaboração desse relatório. Contudo, destaca-se, que foram poucos os documentos disponibilizados pela direção do hospital, o que contraria a prerrogativa do Mecanismo Nacional (Lei 12.847/2013, art. 10, II) e, também, revela o quanto a instituição é pouco transparente com as informações que deveriam ser de dimensão pública, principalmente no caso de uma inspeção.

3. Condições de funcionamento da instituição

38. A referida instituição tem 83 leitos ativos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em sua totalidade, mas, no dia da inspeção, segundo informações da direção, existiam 90 pessoas internadas. Sua estrutura se divide da seguinte forma: o Pronto Socorro (local onde fica a Unidade de Procedimento Especial – UPE), com 41 leitos, separados por sexo, destinados a pacientes em observação em crise; duas enfermarias, com 42 leitos, sendo uma

⁸ A reflexão sobre a “castração química” será problematizada de maneira mais detalhada ao longo do relatório.



ala feminina e outra masculina, destinada a pessoas que ficarão por mais tempo internadas; e o Pronto Socorro-Dia, cuja finalidade seria de proporcionar um ambiente mais parecido com uma residência, destinada às (aos) pacientes que encontram-se mais estabilizadas (os) com a disciplina da instituição.

39. Ressalta-se que não é de fácil compreensão entender qual o papel de cada um dos três locais de internação (pronto socorro, enfermaria e o pronto socorro dia), não somente para a equipe de inspeção do Mecanismo Nacional, mas, também, para os trabalhadores da instituição. Ao questionar diferentes profissionais sobre a divisão dos setores da instituição, cada um apresentou uma versão diferente.
40. A infraestrutura da unidade apresenta diversas questões preocupantes, cujo impacto no tratamento das pessoas assistidas acontece como decorrência desse cenário.
41. Um destaque inicial a ser feito perpassa pelo fato de que o hospital **não conta com um plano de prevenção e combate contra incêndio**⁹ e, por outro lado, em diversos corredores **foi possível encontrar fiação completamente exposta** (em alguns locais, com tomadas e fios sem a caixa de proteção). O risco de um acidente por parte de funcionários ou de pessoas internadas é eminente – assim como risco de incêndio. A situação, tal como foi encontrada, **contraria frontalmente diversas diretrizes da RDC 50**, que *“Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde”*.



Fonte: Acervo MNPCT, 2018

⁹ Embora os extintores estivessem com prazo de validade em conformidade, na entrevista com os funcionários, foi revelado que nenhum curso sobre como manusear os extintores já havia sido realizado na instituição, de modo que se, em algum momento, fosse necessário o manejo, os funcionários o fariam por “intuição”.



42. No que se refere aos banheiros, **todos apresentavam algum nível de irregularidade, a começar pela ausência de portas nos banheiros masculinos**, a ausência barra¹⁰ (de apoio) horizontal, além de que, os vasos sanitários estavam todos desprovidos de tampas - contrariando, da mesma forma, diretrizes expressas da RDC 50 da Anvisa. Adiciona-se a informação de que nem todos os chuveiros dispostos nos banheiros das(os) pacientes não contavam com possibilidade de regulação de temperatura, o que implicava - como recorrência, ainda que em dias frios - nas pessoas internadas terem que tomar banho com água fria.

15



Fonte: Acervo MNPCT, 2018

43. Soma-se à preocupante situação relacionada à infraestrutura a desorganização de alguns setores, assim como situações irregulares de manutenção de equipamentos. Foi possível perceber, por exemplo, que o *carrinho de parada* apresentava sujidade e nenhuma informação referente à manutenção do equipamento foi repassada à equipe de inspeção. Adiciona-se a isso, o fato de alguns carrinhos de medicação não estarem trancados, **sem qualquer informação sobre o controle de medicamentos**, assim como os materiais estéreis não estarem acondicionados de maneira adequada.
44. O aspecto geral da instituição é bastante precário, com paredes sujas, o que demonstra falta de preocupação com a ambiência, seja com os(as) usuários(as) que chegam ou para os que já estão internados, seja com os profissionais que desenvolvem suas atividades no local. Posteriormente, **algumas pessoas**

¹⁰ Os banheiros da instituição são todos desprovidos adaptação para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.



internadas reclamaram da ausência de limpeza até mesmo nos banheiros, que em alguns casos tinham suas paredes e chãos sujos de fezes.



Fonte: Acervo MNPCT, 2018

45. Alguns consultórios na emergência médica foram encontrados abertos, com *receituários brancos* de controle especial nas mesas do consultório, bem como armários destrancados com medicação psicotrópica. Tal situação coloca em suspensão o uso regado dessa medicação, **indicando um eminente risco de apropriação indevida daquela medicação que deveria ser controlada.**



Fonte: Acervo MNPCT, 2018



46. Outra questão verificada foi o estado em que se encontravam algumas camas das (os) pacientes. **Velhas e completamente enferrujadas, na qual, essas estruturas metálicas, serviam de suporte para um colchão**, com espuma aparentemente de baixa densidade, onde as (os) pacientes dormiam. Ademais, nem todas as estruturas metálicas estavam com colchões e, na emergência feminina, foram encontrados vários colchões no chão. O mesmo pode ser dito para a emergência masculina, na qual muitos **homens também dormiam em colchões no chão**, o que pôde ser identificado quando da chegada da equipe no hospital.

17



Fonte: Acervo MNPCT, 2018

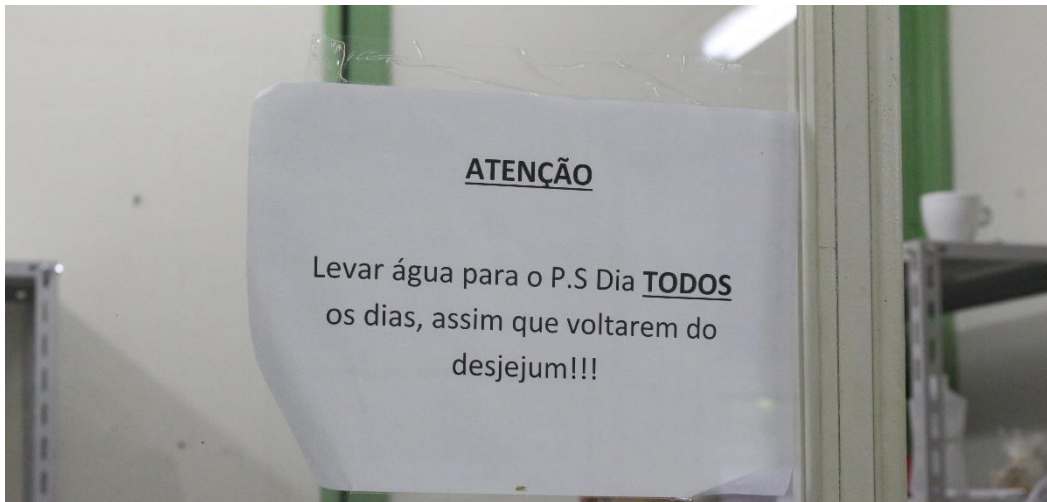
47. Destaca-se que a ausência de alguns insumos básicos, a exemplo de toalhas, traz, da mesma forma, preocupação sobre as condições apresentadas pela instituição. **Às pessoas internadas, não eram distribuídas toalhas, de modo que ao se banharem elas teriam que usar a própria roupa para se enxugar.**

48. Não foram encontradas escovas de dente na emergência feminina e, ao perguntar à equipe de enfermagem onde as escovas ficavam, foi informado que elas permaneciam em posse das pacientes. Entretanto, chama atenção que **não havia um local destinado a cada uma delas para que pudessem guardar objetos pessoais.**

49. **Dentro das alas não havia água disponível**, sendo que, **o bebedouro existente não estava funcionando** e a água era servida em horários específicos, conforme



cartaz encontrado na cozinha do Hospital, ou a partir da demanda das(os) pacientes, como relatado por alguns funcionários. Contudo, há contradição entre as informações prestadas pelos profissionais e as pessoas assistidas, uma vez que **alguns pacientes informaram que nem sempre que solicitam água são prontamente atendidas.**



Fonte: Acervo MNPCT, 2018

50. A cozinha localiza-se ao lado do refeitório dos funcionários. Ela fornece alimento para todo à instituição. É um espaço pequeno destinado a receber os alimentos, preparar refeições, realizar o porcionamento e assar pães. Ainda conta com setor para administração da cozinha, que fica a cargo de uma empresa terceirizada chamada Cook Pontual, que ganhou recentemente a licitação.
51. A nutricionista terceirizada, responsável pela cozinha que a equipe do Mecanismo Nacional visitou, já havia trabalhado para antiga empresa que, por muitos anos, realizou o fornecimento de alimentos para a rede de hospitalar no DF. Na cozinha havia uma dispensa que, segundo a nutricionista da Cook Pontual, era mantida pela empresa para ser utilizado em alguma emergência. Por exemplo: se os nutricionistas do hospital avaliarem que a comida não está adequada, haveria um pouco de mantimentos para ser utilizado na emergência. Numa geladeira, havia presunto, queijo em fatias e iogurte que eram da empresa, mas não estavam no rol de alimentos disponibilizados no cardápio.
52. São distribuídas diariamente seis refeições (desjejum, colação, almoço, merenda, jantar e ceia), mas **os atendidos reclamaram que as porções de comida são pequenas.** É interessante notar que a licitação foi embasa numa quantidade (peso) per capita dos alimentos. Existe um controle alimentar dos casos em que há prescrição de dieta (normal, hipolípica, hipossódica, laxante, obstipante,



líquida, pediátrica, entre outras) que é conferido pela equipe de nutricionistas da instituição no momento da distribuição dos alimentos.

53. **Chama atenção os valores unitários por refeição** autorizado pela licitação comparado com a quantidade per capita praticadas. Por exemplo: um desjejum com um café de 100ml, um pão de 50g com manteiga e uma fruta de aproximadamente 160g por R\$ 11,25; uma colação com 200ml de água de coco por R\$ 7,01; uma almoço com predominância de frango como proteína com aproximadamente 500g e um suco de 200ml por R\$ 22,37; uma merenda com uma bebida quente de 200ml e um pão com manteiga de 50g por R\$ 10,26; uma jantar com predominância de frango como proteína com aproximadamente 500g e um suco de 200ml por R\$ 22,37; uma ceia com iogurte de 180ml com 70g de bolachas variadas por R\$ 9,59.
54. Destaca-se a baixa variação de alimentos especificamente no desjejum, colação, merenda e ceia, uma vez que, em geral, são oferecidos café com leite ou achocolatado com pão ou bolachas diversas. Existe também um cardápio para o refeitório dos profissionais, que consistem em quatro refeições (desjejum, almoço, jantar e ceia). Pelo cardápio disponibilizado para os funcionários, esse parece ter maior variedade de alimentos que o dos atendidos pela instituição. Segundo a nutricionista da empresa, apenas os plantonistas recebem as quatro refeições e os demais funcionários recebem duas.
55. Observa-se, por fim, **a ausência de alvará sanitário na instituição**, o que resulta preocupante em função do observado.

4. Individualidade e Tratamento

56. É possível afirmar que **o tratamento ofertado às pessoas internadas na instituição é homogeneizado**, desconsiderando a singularidade de cada pessoa em seu tratamento. **Sob o manto da internação como forma de tratamento, várias pessoas ficam privadas de sua liberdade¹¹ na instituição, sendo submetidas a tratamento forçado (cada qual de acordo com um período estipulado), amontoadas por setores.**
57. **O desrespeito à individualidade** se anuncia logo na entrada da instituição, quando se toma contato com as (os) primeiras (os) pacientes. **Todas as pessoas internadas, sem nenhuma exceção, são submetidas ao uso de uniformes, o que se torna uma afronta à singularidade de cada paciente.** Destaca-se que as principais diretrizes estabelecidas por legislações (nacionais e internacionais) que

¹¹ A situação análise sobre a situação de privação de liberdade das pessoas será abordada com mais profundidade no item posterior.



visam garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais têm, como eixo central, a produção do aumento da autonomia¹² e o respeito integral da privacidade das pessoas com transtornos mentais. Reforça-se que **a escolha da vestimenta de um indivíduo expressa, em si, a sua personalidade e anuncia a sua identidade**, de modo que qualquer justificativa que inviabilize a autonomia - em especial às pessoas com transtornos mentais - de escolha sobre a forma e como ela quer se vestir, não encontra ressonância com os interesses exclusivos de beneficiar a saúde daquele indivíduo (como estabelece o art. 2º da Lei 10.216/2001).

20

58. Ainda sobre o uso de uniforme, vários profissionais afirmaram que tal imposição não está relacionada a qualquer procedimento técnico nos quais as (os) pacientes são submetidos e que pudessem assim justificar o uso massificado das vestimentas. Afirmaram, contudo, que **o uso de uniforme está associado ao controle e a restrição da liberdade daquelas pessoas**, uma vez que, caso alguma pessoa tentasse ou conseguisse empreender fuga da instituição, ela seria facilmente identificada e “capturada”.



Fonte: Acervo MNPCT, 2018

59. Verifica-se que **a enfermagem possui uma função de mantenedora da ordem no hospital**, uma vez que foi relatado que um dos **papéis da enfermagem é vigiar as pessoas internadas** para evitar que eles fujam e, nas anotações do livro de ocorrência, a afirmação de critérios subjetivos para o uso de contenção de pacientes.

¹² Consultar o Princípio 9, item 4, do documento aprovado pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU nº A / 46 / 49 – 17/12/1991) sobre *A Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental*.



60. **A instituição não promove a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), o que faz com que as pessoas sejam submetidas a uma rotina de abandono por parte da instituição no que se refere às estratégias terapêuticas. Simplesmente estão amontoados, tendo a intervenção medicamentosa como a principal estratégia de “cuidado”.**
61. Alguns profissionais informaram ao Mecanismo Nacional que há oficinas de horta, por exemplo. Contudo, ao serem questionados sobre quais os critérios objetivos para a seleção das pessoas que poderiam participar dessa oficina, eles não souberam informar – além de dizer que essa iniciativa era realizada esporadicamente.
62. Em que pese exista no quadro de funcionários da instituição terapeutas ocupacionais, a informação repassada ao Mecanismo Nacional foi de que, das três profissionais existentes, uma estava em férias, a outra em licença-maternidade e a outra em licença médica. Foi informado, também, por alguns profissionais e por diversas (o)s usuárias(os) que, há muito tempo, não havia qualquer iniciativa na instituição de trabalhos relacionados à terapia ocupacional, reafirmando a ociosidade permanente das pessoas internadas.
63. No momento da inspeção, no Pronto Socorro Dia (local que tenta imitar uma casa, tendo em sua disposição física uma televisão, sofás e alguns trabalhos artesanais que, segundo informações, foram produzidos pelos próprios internos, fruto de oficinas realizadas no passado), **todas (os) pacientes estavam sem qualquer atividade terapêutica - alguns perambulando pelo local e outros assistindo televisão.** Ao que pareceu, é que as oficinas (quando realizadas) cumprem muito mais uma função de induzir os internos a produzirem alguns produtos para que a instituição mostre aos “visitantes” o investimento terapêutico nas pessoas internadas, do que de proporcionar oficinas que, de fato, cumpram uma função terapêutica.
64. Ressalta-se que, **como não há PTS, as atividades (quando realizadas) têm somente a finalidade de ocupar o tempo das pessoas privadas de liberdade, uma vez que essas atividades estão desconectadas das necessidades reais das pessoas assistidas.** É importante, ainda, ressaltar que nem todas as pessoas internadas passam o dia na PS Dia. Não ficou claro quais os critérios de seleção, mas ficou claro que somente aqueles que estão respondendo aos comandos institucionais podem ir.
65. O filtro, pouco claro, sobre quem participa do PS Dia, **tem como consequência o isolamento daqueles e daquelas que querem participar, mas são impedidos.** As



pessoas que estão no Pronto Socorro passam o dia confinadas na ala, sem nenhuma atividade e, na maior parte do tempo, sozinhas, sem profissional para mediar as situações cotidianas, tais como auxílio para ir ao banheiro.

66. O acesso das pessoas aos profissionais da psicologia é realizado por meio de demanda (principalmente de profissionais da medicina ou da enfermagem). **Pelo fato de não existir PTS, não há uma estratégia ou projeto de cuidado construído pelos profissionais da psicologia**, o que faz da função desses profissionais **uma ferramenta de adaptação do sujeito às regras da instituição**. Ademais, acrescenta-se que foi afirmado que aos finais de semana as pessoas internadas não contam com o atendimento psicológico.
67. **Os relatos de restrição aos meios de comunicação** apareceram com alguma frequência entre as pessoas internadas. Alguns desses relatos apontaram para o fato de que, no momento da sua internação, a instituição negou que ligações fossem feitas a familiares. Ao que pode se perceber, em alguns casos, de maneira intencional, o acesso à comunicação com os familiares foi postergado ao máximo. **Tal prática se opõe à garantia do direito das pessoas com transtornos mentais de “ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis”**, como aponta a Lei 10.216/2001, em seu art.2º, inciso VI – além de gerar ansiedade, sofrimento e desespero, o que pode complicar ainda mais o quadro clínico apresentado inicialmente.
68. A equipe informou, ainda, que é a assistência social a responsável pelas ligações telefônicas das pessoas privadas de liberdade, mas não foi informado a frequência com que isso acontece. Adiciona-se o fato de que existe um critério (pouco transparente) no que se refere o uso da ligação.
69. Segundo informações, em algumas situações, foi mencionado que há a necessidade de que o profissional avalie a necessidade da ligação, “já que se trata de pessoas com transtornos mentais”. Essa afirmação, somada a outras situações expostas nesse relatório, reafirma **o quanto a instituição invalida a fala das pessoas privadas de liberdade, usando como pressuposto a patologia – o que é ilegal, segundo a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e a Lei Brasileira de Inclusão dos Direitos da Pessoa com Deficiência**.
70. Outro ponto a ser destacado é a **ausência da reunião periódica interdisciplinar** para tratar dos casos. De maneira majoritária, os profissionais entrevistados apontaram que **não há um calendário de reuniões interdisciplinares**. O que acontece, esporadicamente, é a reunião de um profissional com o outro, quando há uma demanda objetiva a ser tratada. Geralmente, essa demanda é unilateral:



profissionais médicos e equipe de enfermagem ou profissionais médicos e profissionais da psicologia. Destaca-se, ainda, que relatos de alguns profissionais **registraram a indisposição por parte dos profissionais da medicina em se dispor a participar de reuniões mais extensas** – como seria os casos das reuniões interdisciplinares.

71. A equipe do Mecanismo Nacional foi informada que a instituição promove, circunstancialmente, algumas saídas às (aos) pacientes da instituição, sempre monitoradas por trabalhadores, como forma de passeio. Segundo pacientes, **esses passeios são definidos unilateralmente pelos profissionais, que nunca os consultam sobre os seus desejos de onde querem ir.** Ao ser perguntado pela equipe de inspeção, um paciente afirmou categoricamente que lá (na instituição) **“eles nunca escolhem nada”**. Os passeios temáticos muitas vezes foram organizados pelo núcleo de Terapia Ocupacional (quando esporadicamente desenvolve atividades) e consistiram em idas ao Instituto de Saúde Mental (ISM), para piquenique, visita ao shopping próximo ao hospital, bloco de carnaval, peças teatrais, entre outros. O que consta ressaltar é que tais passeios ocorrem sem frequência, e conforme o relato supra, sem a participação de escolha sobre os locais das(os) usuárias(os) do serviço.
72. **A instituição, sob muitos aspectos, se parece com unidades prisionais. Portas com estruturas de ferro, imposição de regras e sujeição das pessoas,** assim como o uso de determinados termos destinados ao trato com as pessoas internadas, fortalecem essa perspectiva. A começar pelo “banho de sol”.
73. Banho de sol é uma expressão comum usada no sistema prisional, que indica o único momento do dia em que aquela pessoa presa terá contato com o espaço aberto e mais ventilado da instituição. No hospital São Vicente, esse é o termo usado para liberar as pessoas às áreas que estão fora da instituição.
74. Outro termo usado por alguns profissionais que se aproxima dos termos usados no sistema prisional é o que **eles chamam de “ronda”**. No Pronto Socorro (local onde a rotina das pessoas é muito mais rígida, uma vez que ficam mais isoladas¹³ do que as outras que estão na Ala de Internação), alguns profissionais - principalmente da enfermagem - adentram nos espaços para verificar se não há alguma situação que necessite de intervenção, a exemplo de brigas ou necessidades de medicação. Nas anotações verificadas, quando tudo está transcorrendo de acordo com as regras da instituição, os profissionais escrevem em livros específicos de ocorrências: **“realizada ronda, sem nenhuma intercorrência”**. Ou seja: se observa que a relação estabelecida, a partir dessa

¹³ A situação dessas pessoas será abordada com maior detalhe ao longo do texto.



perspectiva, é atravessada por uma relação de controle das pessoas internadas, de cumprimento de regras estabelecidas, e não por uma preocupação com o cuidado ou de atenção às necessidades terapêuticas dessas pessoas.

75. A aproximação entre a configuração híbrida de manicômio-prisão, se reforça ao ouvir os relatos de algumas das tarefas designadas à vigilância do hospital.
76. A instituição conta com vigilantes, contratados por empresa terceirizada. Esses profissionais afirmaram que uma das tarefas, quando necessário, é a **realização de “captura” (nos casos de tentativa de “fuga”) ou “imobilização” de pacientes**. Disseram que, em períodos com muita tentativa de “fugas”, a resposta dada pela instituição é aumentar o número de vigilância.
77. Ressaltasse que **a vigilância, sob hipótese alguma, deveria cumprir essa função que se confunde com a de agentes penitenciários**.
78. Destaca-se que **os pacientes não podem ser confundidos com pessoas presas**, o que, por consequência, a tentativa de saída da instituição não pode ser considerada como fuga (termo comumente usado pelos profissionais e internos).



Fonte: Acervo MNPCT, 2018

79. Destaca-se, também, que, segundo informado à equipe do Mecanismo Nacional, esses **profissionais da vigilância nunca receberam qualquer capacitação específica para entender as estratégias de cuidado ou os direitos da população atendida** pela instituição. Adiciona-se, ainda, o fato de que a equipe do Mecanismo Nacional **flagrou uma Tonfa no armário da vigilância**, o que, segundo informações, “é usada para casos que demandem necessidade”.
80. Somando o despreparo técnico da equipe de vigilância (em grande parte, por nunca ter realizado sequer um único curso sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais), à realização de atividades como contenção dos pacientes



(procedimento extremo, que depende de uma prescrição médica, podendo ser exercida exclusivamente por profissional da medicina e da enfermagem), assim como trabalhando no impedimento daquilo que, equivocadamente é denominado por fuga, **é possível visualizar o retrato de uma instituição total, que desrespeita a concepção e as diretrizes de cuidado em saúde, assim como atua à revelia das legislações que garantem direitos dessa população.**

81. Embora exista administrativamente a função de ouvidoria interna na instituição, na prática, ela não se estrutura enquanto um canal confiável a ser recorrido quando abusos são cometidos ou quando profissionais querem fazer apontamentos sobre irregularidades. Essa afirmação parte de diversos diálogos estabelecidos pela equipe de inspeção com os trabalhadores, assim como com pacientes.
82. Outra questão a ser destacada, é a ausência de envolvimento (por parte da instituição) dos familiares das pessoas internadas no processo de cuidado, cuja finalidade tenha como princípio a reinserção sócio familiar. **Em função da ausência de PTS**, os familiares contam com atendimentos circunstanciais, agendados pelos profissionais, única e exclusivamente como forma de esclarecer questões específicas de ordem clínica das (os) usuárias(os) – o que se torna insuficiente para atingir o imperativo legal, como aponta o inciso II, do art. 2º, da Lei 10216/2001, que prevê “a inserção na família, no trabalho e na comunidade”, como um dos principais objetivos do tratamento.
83. Segundo informações da equipe, as visitas dos familiares ocorrem de segunda a sábado de 9:00h às 11:00h e de 14:00h às 17:00h, sendo que, aos domingos, das 15:30h às 16:30h (isso para as Alas, tanto masculina quanto feminina). Já pacientes que estão no PS recebem visitas de segunda a sábado de 9:00h às 11:00h e de 15:30h às 16:30h durante a semana, sendo repetido o mesmo horário que os demais aos domingos.
84. As normas de visitas dificultam o contato com os familiares, sendo este um funcionamento típico de instituição fechada que se acentua em normativas que restringe a visita a três horas por dia em dois períodos, num horário que coincide com o de trabalho de muitos familiares – acrescida a dificuldade de deslocamento. **Há registros no livro de ocorrências de enfermagem de suspensão de visita da família a depender do comportamento das (os) usuárias(os), o que acentua, ainda mais, a ruptura dos vínculos afetivos.**
85. A partir dos apontamentos realizados nessa sessão, fica evidente à ausência de um projeto de cuidado que leve em consideração a individualidade das pessoas em tratamento e que evite abusos contra pacientes. **Ademais, registra-se que,**



da mesma forma que as (os) pacientes estão submetidas a uma lógica não garantidora de direitos, que se distancia completamente das diretrizes da política de saúde mental, os profissionais, de igual forma, são submetidos a condições de trabalho inadequadas (como veremos mais à frente).

5. Privação de liberdade / Contenção mecânica / Indícios de Crime

86. Há de se destacar, inicialmente, que o hospital São Vicente de Paulo funciona como uma instituição de privação de liberdade destinada às pessoas com transtornos mentais. A partir da inspeção realizada, foi possível perceber que os direitos dessa população, previstos em diversas legislações, têm sido sistematicamente violados.
87. **Todas as pessoas internadas e entrevistadas pela equipe do Mecanismo Nacional manifestaram desejo de não estar ali e queriam a suspensão da internação - o que era negado pela instituição.** Aliás, como sinalizado no tópico anterior, é possível perceber que **a lógica de funcionamento do hospital opera na contramão do respeito ao desejo das pessoas atendidas**, o que acaba tendo como consequência a oferta de tratamento cruel, desumano e degradante, **permeado por indícios de contravenções penais.**
88. Destaca-se que, segundo a Lei 13.46/2015, conhecida como Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (ou Estatuto da Pessoa com Deficiência), e que também abrange os direitos das pessoas com transtornos mentais, em seu art. 11, a legislação é imperativa ao afirmar que *“A pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter à intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada”*. Diz, ainda, em seu art. 12, que *“O consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa com deficiência é indispensável para a realização de tratamento, procedimento, hospitalização e pesquisa científica”*.
89. Já a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência é imperativa ao afirmar - em seu art. 14, alínea b - que *“Não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade.*
90. Em outras palavras: a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, que tem status de Emenda Constitucional e que abarca a garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais (incluindo aqueles transtornos decorrentes do



uso de álcool e outras drogas), não deixa dúvidas ao afirmar que **a deficiência não pode ser usada como justificativa para privar ninguém de sua liberdade.**

91. **Ao consultar a legislação, flagra-se que a instituição descumpre a previsão legal, o que indica a necessidade de uma investigação mais aprofundada sobre os indícios do crime de cárcere privado.** Isso porque o Código Penal brasileiro, no art. 148, inciso II, ao tipificar o crime de sequestro e cárcere privado, aponta que pode ser configurada tal prática *“se o crime é praticado mediante internação da vítima em casa de saúde ou hospital”*, e, no inciso III, do mesmo artigo, *“se a privação da liberdade dura mais de quinze dias”*.
92. Associada a privação de liberdade, outro fator que **flagra a nocividade da instituição junto à população atendida** é a forma com que algumas **pessoas são contidas, imobilizadas e presas dentro do hospital.**

27



Fonte: Acervo MNPCT, 2018

93. Como já mencionado, ao chegar à instituição o primeiro local a ser visitado pela equipe do Mecanismo Nacional foi o Pronto Socorro. No setor, imediatamente **a equipe se deparou com três mulheres amarradas pelos pés, braços e tronco.** Duas delas, inclusive, sobre **efeitos visíveis de alta dosagem de medicamentos**, uma vez que a fala pastosa e lentificada dificultava a compreensão quando do início do diálogo com elas.
94. Ressaltamos que na referida unidade **havia 21 mulheres internadas** (dado confirmado com a enfermeira de plantão) e **apenas um profissional de enfermagem.** Havia, também, três mulheres na sala de observação e as demais estavam trancadas na unidade de internação.



95. Imediatamente, foi questionado ao enfermeiro plantonista as razões pelas quais aquelas mulheres encontravam-se naquelas condições. Foi informado à equipe do Mecanismo Nacional que elas estavam agitadas na noite anterior e que o procedimento foi necessário. Como informação adicional, foi justificado (ainda pelo enfermeiro) que se elas fossem soltas da contenção, poderiam ter algum ato violento contra alguém. Tal justificativa indicou que a contenção tivera sido realizada como forma de disciplina, não como “intervenção terapêutica” para proteção da pessoa.
96. Quando questionado ao enfermeiro se havia prescrição médica para que aquela contenção tivesse acontecido, ele não soube informar – tampouco soube informar quem teria realizado tal procedimento. Nesse momento, a equipe solicitou que os prontuários daquelas pacientes fossem apresentados. **Ao acessar o prontuário, não havia nenhuma prescrição médica (condição incontestada para que aquele procedimento pudesse ser adotado).** Imediatamente, foi solicitado a presença do médico plantonista, assim como a imediata liberação daquelas mulheres amarradas.



Fonte: Acervo MNPCT, 2018

97. Primeiramente, **chegou um dos dois médicos plantonistas, que afirmou não ter sido ele o responsável pela contenção de nenhuma das três mulheres.** Em seguida, chegou o segundo médico plantonista que, da mesma forma, afirmou não ter determinado aquela contenção. Ambos afirmaram desconhecer o que ocorrera na noite anterior (eles estavam de plantão) até aquele momento, o que atestara a não presença de médicos no Pronto Socorro.
98. Ao questionar os médicos se havia protocolo de contenção no hospital, eles afirmaram desconhecer.



99. Ao analisar o livro de ocorrência do Pronto Socorro, verificou-se que **é bastante comum que algumas pessoas privadas de liberdade passem vários dias, até um mês, sendo contidas diariamente por horas**. Verificou-se, ainda, que muitas delas passavam a apresentar escoriações em calcâneo, tornozelos, punhos e coxa, após as repetidas contenções mecânicas.
100. Destaca-se que o hospital São Vicente de Paulo tem um documento denominado de *“Protocolo de Contenção Física/Química HSPV/SES/DF”*, cujas informações orientam sobre os procedimentos mínimos a serem adotados. Logo na Introdução do referido documento, o texto diz que *“(...) A decisão do uso ou não da contenção física no paciente psiquiátrico é realizada com uma avaliação rigorosa”*. Diz ainda *“(...) O procedimento [a contenção] não é realizado como punição, disciplina, intimidação do paciente, conveniência da instituição ou da equipe de saúde”*.
101. O protocolo de contenção do hospital orienta, ainda, que **de 30 em 30 minutos a pessoa contida deve ser avaliada e, toda avaliação realizada, deve ser registrada no prontuário de ocorrência (o que não aconteceu com nenhuma das três mulheres contidas)**.
102. Desataca-se, ainda, que no mesmo documento, no item *“Técnicas de Contenção Física”*, na alínea C, o texto é imperativo ao afirmar que ***“A contenção será realizada por tempo determinado não ultrapassando 2 horas; devendo ter avaliação médica o mais rápido possível”***. Assim como os demais pontos, esse item foi desrespeitado.
103. O fato de não ter prescrição médica sobre a necessidade de contenção das pacientes, somado à ausência de registro no prontuário impede - dentre outras coisas - saber, ao certo, o tempo exato no qual aquelas pessoas ficaram amarradas. Contudo, na chegada do Mecanismo Nacional ao Pronto Socorro, por volta das 06:10, **foi informado que aquelas mulheres estariam naquelas condições desde a noite anterior – o que superava a quantidade de horas estabelecidas pelo protocolo**.
104. Observa-se, ainda, que para além do protocolo específico da instituição, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução 2057 de 20/09/2013, assim como o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução 427/2012, preveem diretrizes a serem respeitadas no caso de tal prática. **A situação em que a equipe de inspeção do Mecanismo Nacional encontrou as mulheres amarradas desrespeitavam todas as diretrizes estabelecidas, o que configura tratamento cruel, desumano e degradante,**



assim como indícios sobre a prática de crime de tortura realizado pela instituição.

105. Há de se destacar que a violência praticada pela instituição contra as pessoas privadas de liberdade, quando amarradas à revelia das normativas, parece ser um *modus operandi* histórico.

106. Em relatório de inspeção¹⁴ publicado pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF), em 2016, o registro sobre tais arbitrariedades fora constatado. No referido relatório, a PFDC aponta que:

“Ao visitar a Unidade de Procedimentos Especiais (sala de contenção física) a equipe constatou cinco pacientes amarrados (pés e braços) e um deles “M” informou haver três semanas que se encontrava atado, justificada pela equipe médica pela agitação do usuário.” (grifos nossos)

107. Ou seja: já em 2016, no Hospital São Vicente, o registro de **uma pessoa amarrada por três semanas explicita uma realidade preocupante quanto à violação de direitos dessa população.**

108. Ainda sobre as três mulheres amarradas, a partir da solicitação feita pela equipe do Mecanismo Nacional de liberação imediata daquelas mulheres, submetidas aquela situação violenta, elas foram liberadas e, ao contrário do que se afirmava sobre sua agitação e perigo de algum ato violento caso elas não ficassem amarradas, isso não ocorreu enquanto a equipe do Mecanismo Nacional permaneceu no hospital.

109. Para além das três mulheres encontradas amarradas na chegada da equipe do Mecanismo Nacional, ao longo da inspeção, na Ala de Internação Feminina, **foi encontrada outra mulher amarrada.** Ao questionar sobre a prescrição médica e a justificativa clínica daquela contenção, a enfermeira informou que o procedimento acabara de acontecer e, por essa questão, ela ainda não teria realizado o registro no prontuário da paciente. Contudo, passado algum tempo do procedimento (contenção), a equipe do Mecanismo Nacional acessou o prontuário da paciente e nele constava relatos sobre as características apresentadas pela pessoa atendida, a prescrição médica do medicamento que foi administrado junto à paciente, mas, **a prescrição médica sobre a necessidade da contenção não constava no prontuário.**

¹⁴ Link do Relatório de Visita de Inspeção ao Hospital São Vicente de Paulo em Itaguatinga – Distrito Federal: file:///C:/Users/lucio.costa.MDH/Downloads/relatorio-sao-vicente-paulo_A4-26082016.pdf



110. Soma-se ao relatado o fato de que as pessoas atendidas no Pronto Socorro passam a maior parte do tempo sem atividade alguma, revelando que **a privação de liberdade, a disciplina e a violência são os instrumentos centrais da atenção dessa população**, remontando, no Hospital São Vicente de Paulo, o cenário de um pseudo tratamento visto nos séculos IX e XX – incompatível com qualquer diretrizes da saúde pública. **Quando se abonda o protocolo, se abandona o procedimento de assistência - o que revela tratamento cruel, desumano e degradante e indícios da prática de tortura.**

31

6. Relações de trabalho

111. **A lógica de funcionamento da instituição não tem efeitos danosos somente nas pessoas internadas, mas, também, na vida de várias trabalhadoras e trabalhadores da instituição. Os relatos de constrangimentos, de retaliação, até mesmo de assédio moral** contra aqueles que se posicionam de maneira crítica ao que ocorre dentro da instituição foi relato por vários trabalhadores entrevistados. Adiciona-se ao fato de que, em função desse contexto, **vários trabalhadores têm adoecido.**

112. Foi relatado à equipe do Mecanismo Nacional que vários profissionais, no momento do seu plantão, **fazem o uso de drogas, bebidas e de alguns medicamentos. Sob efeito dessas substâncias, esses trabalhadores cumprem a sua jornada sem que qualquer providência seja tomada para impedir que isso aconteça, tampouco para acolhê-los e tentar compreender os motivos pelos quais isso acontece.** A consequência de tal situação é alarmante, pois isso representa um risco direto aos pacientes atendidos nessas condições, como também revela o abandono da instituição no que se refere à saúde do trabalhador.

113. Vários trabalhadores, também, **fizeram o relato de que um profissional, no início de 2018, cometeu suicídio**, e alegaram que **esse episódio teria ligação com o adoecimento devido às condições de trabalho que essa pessoa estava submetida.** O que chama atenção, nesse caso, é que, ao perguntar sobre esse suicídio, todas as pessoas entrevistadas relataram o adoecimento desse trabalhador a partir das condições de trabalho. Adiciona-se a esses relatos o fato de que **vários outros trabalhadores na instituição estão muito adoecidos e, alguns, com riscos eminentes de cometerem suicídio**, mas que é isso completamente ignorado pela gestão da instituição.

114. Para além do adoecimento desses trabalhadores, certamente, uma questão importante a ser averiguada de maneira mais detalhadas pelos órgãos



competentes, é se a quantidade de profissionais de enfermagem está adequada ao que preconiza a Portaria 251/2002, a qual regula o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, assim como a Resolução COFEN nº 543/2017, a qual atualiza e estabelece parâmetros para o “*Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem*” nos locais em que são realizadas atividades desses profissionais. **O que se observou na visita é que a quantidade de profissionais de enfermagem de plantão é insuficiente para garantir o cuidado com qualidade.** Da mesma forma, **há quantidade de farmacêuticos insuficientes para controlar e organizar os remédios corretamente, uma vez que não têm farmacêuticos 24 horas dentro da instituição** - como apontado por alguns profissionais da área.

32

115. Relatos de profissionais da enfermagem apontaram que nos plantões noturnos eles teriam menos contato com os profissionais da medicina. Embora não tenham sido categóricos ao afirmar ausência de plantão por parte dos profissionais médicos à noite e durante a madrugada, é necessário averiguar, de maneira mais minuciosa, como funciona o plantão noturno dessa categoria. Fato exposto, tal afirmação pode justificar parte dos motivos pelos quais o procedimento de contenção mecânica e química ocorrem, em diversas situações, sem prescrição médica.
116. A equipe de psicologia era também pequena para atender a Emergência, a Internação e o PS-Dia, apenas três sendo que uma atendida tanto na Internação como no ambulatório do HPSVP.
117. Não foram fornecidos dados suficientes para se fazer uma leitura aprofundada do corpo profissional, inclusive com análise de perfil social. Contudo, por contraste, era visível a quantidade de negros em cargos mais baixos (segurança, auxiliares de enfermagem e serviços gerais) em relação à maioria branca nos cargos mais altos (direção, médicos, enfermeiros).

7. Medicamentos

118. Há de se destacar, inicialmente, que **a maneira como a medicação é controlada, assim como utilizada junto aos pacientes é muito preocupante, pois revela, por um lado, a má administração dos medicamentos e, por outro, o uso do medicamento como instrumento de controle dos corpos, se distanciando da sua função terapêutica.**
119. Ressalta-se que, conforme o Ministério da Saúde, os medicamentos psicotrópicos existentes nos estabelecimentos de saúde **devem ser**



obrigatoriamente guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim, sob a responsabilidade do farmacêutico (Portaria nº344, de 12 de maio de 1998). Preocupa como a instituição controla o uso de medicamentos psicotrópicos, uma vez que nem toda medicação existente está devidamente controlada pela equipe da farmácia e enfermagem.



Fonte: Acervo MNPCT, 2018

120. Conforme informações colhidas com a equipe técnica, o Hospital São Vicente de Paulo possui individualização das doses de medicamentos dos usuários, as quais são separadas pelos farmacêuticos, entretanto, como não há plantão 24 horas por dia, nos sete dias da semana, destes profissionais, para garantir o acesso às medicações, tanto nas situações de emergência, quanto nas novas internações, a equipe da farmácia criou um armário de medicamentos denominado cautela, o qual fica trancado e a enfermagem possui a chave.
121. Chamou atenção da equipe do Mecanismo Nacional o fato de ter sido encontrado outros dois armários com medicamentos psicotrópicos, na sala de atendimento médico na entrada da Emergência e na internação da Emergência, ambos destrancados. Houve muitos desencontros de informações acerca de como se dá o controle, uma vez que não encontramos e nem nos foi apresentada uma lista com o nome, data de vencimento, quantitativo dos medicamentos existentes nos dois armários citados, os responsáveis pelo controle destes medicamentos e o motivo de existência de mais um armário de medicações para o uso diário dentro da instituição.



122. Nas anotações, **verificou-se que o hospital prescreve medicações que não estão na RENAME** (Relação de Medicamentos Essenciais do SUS), a exemplo do Palmitalo de Paliperidona, que conforme Relatório de Recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC-40) de abril de 2013, não foi recomendado sua incorporação ao SUS, com as seguintes justificativas:

“Os estudos de não-inferioridade demonstram que o PP é não inferior à risperidona injetável de longa ação, em relação à descontinuação do tratamento, melhora clínica (redução do PANSS) e taxas de recaída. O que não traz novidades uma vez que o PP é o principal metabólito ativo da risperidona. Estes estudos, no entanto, tiveram algumas limitações importantes, tais como a comparação com placebo, a curta duração e as perdas significativas de seguimento. Os eventos adversos observados nos estudos mostram que o uso do PP é seguro, no entanto, em se tratando de medicamento novo e de uso crônico, os estudos foram demasiadamente curtos para fazer tal afirmativa.

Embora nos estudos econômicos elaborados pelo demandante o palmitato de paliperidona tenha se mostrado custo-efetivo, deve-se ressaltar que os dados de efetividade utilizados no modelo foram obtidos de estudos da risperidona injetável de longa ação e não da paliperidona.

Como a proposta da paliperidona injetável é oferecer alternativa de tratamento antipsicótico para pacientes com baixa adesão ao tratamento oral, o decanoato de haloperidol, já disponível no elenco do SUS para esta condição clínica, deveria ter sido o comparador escolhido para a análise. Ainda que se considerasse a proposta do demandante de incorporação do PP para os pacientes com dificuldade de adesão à ziprasidona, olanzapina ou quetiapina, o uso da paliperidona não faria sentido, visto que, de acordo com o PCDT vigente (2002), estes pacientes já teriam falhado à risperidona, e portanto, falhariam também à PP, seu principal metabólito ativo. Por fim, considerou-se que o arsenal medicamentoso atualmente disponibilizado no SUS é suficiente para atender às necessidades dos portadores da doença, devendo os esforços do sistema se concentrar na oferta de práticas que garantam o atendimento integral em saúde mental, promovam o melhor conhecimento e aceitação da doença entre pacientes e familiares e favoreçam a adesão aos tratamentos e a maximização dos resultados.”

123. Verificou-se que a instituição solicita aos familiares que comprem o referido medicamento, o que se torna inviável para determinadas pessoas, em função do impacto financeiro que isso gera na renda familiar.



124. Outra questão importante de ser destacada é que, com exceção do PS Dia, a equipe do Mecanismo Nacional **encontrou pessoas visivelmente impactadas pelo excesso de medicação, com marcha lentificada, sonolência em excesso e fala pastosa**. O uso de medicação, aliás, conforme relatos de pacientes e alguns profissionais **cumprem uma função de controle dos corpos, em detrimento do seu uso terapêutico**.
125. Ao que foi revelado a partir dos diálogos com profissionais e pacientes, **o uso de medicamentos não dependia, necessariamente, de prescrição médica para alguns casos. A avaliação para aplicação de determinada substância não seguia critérios objetivos**, mas partia de uma avaliação subjetiva dos plantonistas que, entre os motivos para **intervenção medicamentosa, centravam-se no comportamento ajustado ou não nas regras da instituição**.
126. **Aos pacientes considerados agitados, agressivos e não colaborativos com a instituição, os profissionais teriam como recurso primeiro a aplicação de doses de medicamento** (denominadas de SOS uma mistura de Haldol com Fernegam). Um dos enfermeiros declarou que, quando há negativa de tratamento (e isso não está associado diretamente com comportamentos de agitação ou agressividade), eles tentavam administrar o medicamento via oral e, não obtendo resultado, eles administravam a medicação por meio de injeções. **Revela-se que a estratégia de cuidado está centrada no uso da força, não nas intervenções de cuidado que leve em consideração o respeito aos usuários, conforme preconiza as legislações vigentes (em especial a Lei 10216/2001 e a LBI)**.
127. **Destaca-se que, ainda, foi encontrada medicação com validade vencida, conforme foto abaixo:**



Fonte: Acervo MNPCT, 2018



128. **Não bastasse a intervenção e o armazenamento de medicamentos de maneira irregular**, em muitos casos, por consequência da quantidade excessiva de medicação, foi informado à equipe do Mecanismo Nacional a prática de Contenção Preventiva. Tal prática é realizada quando a pessoa apresenta muita sonolência, dirige-se a seu leito para deitar e, segundo avaliação sem critérios protocolares, corre o risco de queda. **Nessas condições, as pessoas são amarradas em seus leitos, por vezes, chegando a urinar e defecar em seu próprio colchão.** Caracteriza-se, portanto, o tratamento cruel, desumano e degradante no qual as pessoas estão submetidas.

8. Sexualidade, raça/cor e gênero no HPSVP

129. Conforme descrito no texto introdutório desse relatório, foram observados aspectos muito contraditórios com relação à questão da racial e de gênero/orientação sexual das (os) usuárias(os) atendidos no hospital. **A vulnerabilidade que acomete a pessoa em sofrimento psíquico – grupo que pode ser considerado historicamente composto principalmente de pessoas negras e pobres, com vínculos sociais e familiares muitas vezes rompidos ou fragilizados¹⁵ – está fortemente associada a estigmas e preconceitos que perpassam até mesmo pela possibilidade de exercício da sexualidade, enquanto um direito.**
130. Há uma invisibilidade das práticas sexuais dessa população, como se não tivessem o direito de exercê-las, o que, muitas das vezes, provoca ainda mais vulnerabilidade e riscos ainda maiores, visto que pode haver casos de internos soropositivos ou com a presença de quadros infectos contagiosos, o que não nos foi apresentado via documentação solicitada. **A ausência de projetos de educação sexual e reprodutiva é perceptível.**

¹⁵ No relatório intitulado “Política Nacional de Atenção Integral da População Negra: uma política do SUS”, uma publicação do Ministério da Saúde, é possível identificar que: “no Brasil, existe um consenso entre os diversos estudiosos acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra, com destaque para aqueles que podem ser agrupados nas seguintes categorias: a) geneticamente determinados – doença falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase; b) adquiridos em condições desfavoráveis – desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/aids, mortes violentas, mortalidade infantil, abortos sépticos, **sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas);** e c) de evolução agravada ou tratamento dificultado – hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses (PNUD, 2001). Essas doenças e agravos necessitam de uma abordagem específica como exigência da promoção da equidade em saúde no País” (BRASIL, 2010). Isso mostra, obviamente, a necessidade de um cuidado maior com o registro de usuários dos serviços de saúde e uma análise mais ampla do porque tais quadros acometem em sua maioria a população negra.



131. No caso específico do Hospital São Vicente de Paulo houve alguns relatos preocupantes no que trata da questão da sexualidade, como aquele trazido no texto introdutório desse relatório. Segundo o profissional da medicina entrevistado pelo Mecanismo Nacional, para **“aquilo que é considerado comportamento hipersexualizado, adota-se a prática de castração química” (sic).**
132. Há de se ressaltar que o art. 6º, inciso II, da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, **é imperativo ao afirmar que a deficiência não pode ser usada como justificativa para impedir o exercício dos direitos sexuais.** Já no art. 8º, da mesma legislação, **a normativa prevê o exercício da sexualidade como sendo um direito garantido, não como uma concessão.**
133. A análise que pode ser feita dessa conduta é a de total violação de direitos de ambos os envolvidos no caso de violência sexual, visto que se há situações dessa natureza, seria adequado imediatamente informar às famílias dos envolvidos, aos órgãos competentes - no que se refere à segurança pública, ao Ministério Público e ao Judiciário - realizar exame de corpo delito e acolher vítima de forma a evitar que nova violação ocorresse, assim como também acolher o autor, no sentido de sua expressão de comportamento agressivo, enquanto um sintoma.
134. A pura manipulação e injeção de uma substância que retira a libido e potência sexual do autor da violência supramencionada é um indício de resolução dos problemas de uma forma manicomial e prepotente, como única possibilidade médica de lidar com a expressão do que pode ser um quadro clínico psiquiátrico ou mesmo a expressão de um desejo sexual. O próprio exercício da sexualidade é observado como um tabu social ainda maior do que para o resto da população, quando se trata do caso das pessoas com algum sofrimento psíquico. Ao mesmo tempo em que o médico evita quimicamente outros contatos sexuais, ele também viola o direito ao exercício da sexualidade saudável, sem a presença da violência, o que deveria ser tratado entre o autor e a equipe técnica do hospital, visto principalmente que não se tem dimensão precisa do efeito a longo prazo desse tipo de substância.
135. Tal prática, além de ilegal, **apresenta-se como uma expressão de poder psiquiátrico sobre a vida das pessoas, submetidas às rotinas institucionais.** Mesmo em possíveis casos de violência sexual, **não se justifica usar de medicamentos para lidar com situações como essa** e sim buscar meios de acolher a vítima e atender minuciosamente o autor, tanto no sentido clínico quanto psicossocial.



136. Outro ponto que importa ressaltar é o da perspectiva do despreparo também para a questão de gênero. A partir do relato de parte da equipe técnica, **o hospital não está preparado para lidar com as questões relativas aos indivíduos que fogem à heteronormatividade.** Como verificado em depoimento de um dos médicos psiquiatras, há ainda muito preconceito e homofobia no trato diário com das(os) usuárias(os). Um importante ponto de discussão é a inclusão de mulheres trans na enfermaria feminina, até mesmo para evitar a violência sexual em ambiente de internação masculino. E a discussão que muitas vezes se faz em unidades prisionais e socioeducativas, sobre a possibilidade de relacionamento sexual entre uma mulher trans e mulheres cisgênero, aparece como mais uma expressão LGBTfóbica, visto que o desejo sexual de mulheres trans nem sempre estará vinculado à figura de outras mulheres.
137. No momento da inspeção, houve a **constatação da presença de uma mulher trans, que foi encaminhada para a enfermaria feminina após situação de violência sexual** na ala masculina, o que demonstra especificamente o despreparo da instituição para lidar com o quadro da pluralidade de expressões de gênero e orientação sexual.
138. Os dados pessoais dos usuários do HPSVP retratam apenas aqueles que estavam sob atendimento do setor de assistência social, que corresponde à YY % do total de internos informado no dia pela instituição durante a inspeção. Olhando para esses dados pode se fazer algumas inferências que não reproduzem a totalidade desse hospital, por exemplo: era visível a quantidade de negros entre os usuários do serviço, contudo nos dados fornecidos aparece uma proporção de metade preto e metade branco.
139. Quando se avalia a questão racial em interface com o sofrimento psíquico e as possíveis expressões do racismo institucional no HPSVP, pode-se avaliar que alguns sinais são muito nítidos, como por exemplo a especificação do item raça a partir das categorias **“preto-negro-mulato-branco”**, o que traz o caráter pejorativo da palavra “mulato”, sem ser nem ao menos uma categoria validada pelo IBGE, que define como categorias de raça como “branco-preto-amarelo-pardo-indígena”.
140. O uso da palavra mulato, que em sua etimologia apresentada por diversos dicionários da língua portuguesa significa “o animal que advém do resultado do cruzamento do cavalo com a jumenta ou jumento com a égua”, **simboliza o conteúdo racista e pejorativo do conceito, que nunca deveria ser tomado como caracterização racial em um formulário hospitalar.**



141. **A ausência de informações fidedignas acerca da questão racial** é um problema grave, quando se avalia a formulação e implementação de políticas públicas para a população negra no Brasil, visto que também é essa a população que menos acessa os serviços de saúde. Avaliar de forma mais contundente a questão étnica/racial é também contribuir para a construção de estudos científicos que analisem o papel do racismo como vetor de sofrimento psíquico e no caráter institucional de violação de direitos desse modelo psiquiátrico, que ao final corrobora para manutenção de práticas de tortura, tratamento cruel, desumano e degradante¹⁶.

142. Além das observações feitas, acerca da ausência de informações sobre o quesito raça/cor nos registros do HPSVP, isso pode ser também comparado à ausência de qualquer política de saúde específica para a população negra em ambientes de privação de liberdade, em qualquer instituição brasileira. O que não justifica que o ambiente prisional ou hospitalar/psiquiátrico deve ser adaptado e especializado nesse tipo de modalidade de tratamento, visto que o objetivo maior, no que tange às pessoas em privação de liberdade, sempre deve ser a desinstitucionalização e a reinserção social. A invisibilização dessa população em políticas de saúde, mesmo que as mais básicas, quando residentes nesse tipo de instituição, também pode ser entendida enquanto um dos tentáculos do racismo institucional.¹⁷

9. Instituição asilar

143. A Lei 10.216/2001 é imperativa ao afirmar que pessoas com transtornos mentais não podem ser internadas em instituições com características asilares. A legislação, ainda, define o que é instituição com características asilares, tomando como base de referência o desrespeito de dois artigos: o art. 2º e 4º.

¹⁶ Cabe destacar que a questão da saúde da população negra, ganha visibilidade após a “III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas”, em Durban, no segundo semestre de 2001.

¹⁷ Importa mencionar que a Portaria nº 344 de 1º de fevereiro de 2017, do Ministério da Saúde, tem como objetivo a coleta do dado sobre raça/cor nos sistemas de informação em saúde, e devem seguir a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que define cinco categorias autodeclaradas: branca, preta, amarela, parda e indígena.



144. No art. 2º, dos incisos de I a IX, a legislação elenca os direitos que todas as instituições devem respeitar no tratamento com as pessoas com transtornos mentais, 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.

145. Já, em seu art. 4º a legislação afirma que:

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 art. 2º.

146. Ou seja: instituição asilar é toda aquela que desrespeita o disposto previsto nos art.2.º e 4º da Lei 10.216/2001.

41



Fonte: Acervo MNPCT, 2018

147. Levando em consideração os tópicos anteriores do presente relatório, fica claro e notório que o Hospital São Vicente de Paulo configura-se como uma instituição asilar, operando numa perspectiva de instituição total, empregando o uso da força e do controle dos corpos das (os) pacientes, como método de privar as pessoas de sua liberdade, deixando marcas e sequelas irreparáveis na vida dessa população que, ao contrário disso, necessitam de acolhimento que possa ajudá-las a superar esse momento particular das suas vidas de sofrimento mental.

148. Dentre os relatos dos usuários, houve a oportunidade de conhecimento de que um deles estava há mais de 10 tempo na instituição, o que se caracterizaria como residência.

149. Por fim, há de se destacar que, para além de se configurar como uma instituição com característica asilar, o que, ressalta-se, é proibido por lei, a



existência do Hospital São Vicente de Paulo fere a Lei 975/1995 do Distrito Federal, que “*Fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências*”. A referida legislação, em seu art. 3, parágrafo segundo, definia que “*Os leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializadas deverão ser extintos num prazo de 4 (quatro) anos a contar da publicação desta Lei.*”

150. Ou seja: a legislação do DF, que é de 1995, previa a extinção de leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas. Qualquer investimento de dinheiro público no Hospital São Vicente de Paulo está frontalmente contrário a referida legislação.

42

10. Considerações finais e Recomendações

151. Ao observar as dinâmicas apresentadas, tanto a partir da documentação requisitada à instituição quanto nas relações identificadas a partir da inspeção realizada pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), o que se percebe é que o Hospital São Vicente de Paulo, essencialmente, funciona como um amplo depósito de pessoas, cuja base do tratamento é a disciplina dos corpos e o controle das pessoas pela via medicamentosa e física, pautada no modelo biomédico em detrimento da construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) – condição incompatível com um dispositivo de saúde, pois contraria legislações, normativas infralegais e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

152. Como foi possível ser observado, o investimento de recurso público na existência e na manutenção do Hospital São Vicente de Paulo (além de ilegal, pois é incompatível com Lei 975/1995 do Distrito Federal), apresenta-se como impeditivo da expansão de outros dispositivos de saúde mental no DF de base territorial e comunitária, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial 24 horas (que poderiam promover a hospitalidade noturna para casos de pessoas em crise), de Serviços Residenciais Terapêuticos, dentre outros. Quando o poder público investe recurso em uma instituição que viola direitos humanos, ele deixa de investir em outros dispositivos garantidores de direitos.

153. A consequência de existir pessoas internadas em uma instituição com características asilares (o que é proibido por lei, como já apontado) é ter um terreno fértil para que as violações, de todas as ordens, aconteçam contra essa população em situação de vulnerabilidade. Outra consequência propiciada por esse tipo de instituição é o que se chama de efeito iatrogênico da internação, ou seja: o agravamento e o aprofundamento do sofrimento mental em função da exclusão, da ausência de cuidado e das condições que essa população é submetida.



154. A defesa do manicômio ou do hospital psiquiátrico como dispositivo de tratamento às pessoas com transtornos mentais está na contramão das garantias de direitos humanos da população assistida e, qualquer defesa dessas instituições, tem como base um projeto ideológico, que, necessariamente, se contrapõe a um projeto de cuidado produtor de autonomia, de tolerância às diferenças e de ampliação da participação social e cidadania. Nesse sentido, é inadmissível que o poder público continue a financiar uma instituição que se configure tal qual apresentada nesse relatório.
155. A partir do posto acima, ressalta-se que não se trata, portanto, de reformar ou investir mais recursos públicos na referida instituição, senão que de romper com seu ciclo existencial, substituindo o modelo de atendimento por outro que fortaleça a produção de cidadania junto à sociedade, conforme já mencionado anteriormente.
156. A partir das constatações e das análises técnico-jurídicas apresentadas nesse relatório, o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, em caráter de urgência, faz as recomendações abaixo.

A. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal

- (1) Levando em consideração a proibição legal de internação de pessoas com transtornos mentais em instituições com características asilares, conforme preconizada na Lei 10.216/2001, constatado sobre o Hospital São Vicente de Paulo e descrito no presente relatório, recomenda-se o imediato fechamento da porta de entrada da instituição, com a suspensão de novas internações.
- (2) Reorganizar, imediatamente, a Rede de Atenção Psicossocial existente no Distrito Federal para acolher a demanda direcionada, atualmente, ao Hospital São Vicente de Paulo, de modo que cumpra o disposto na Lei 945/1995 do Distrito Federal, que determina o fechamento de leitos em hospitais e clínicas especializadas.
- (3) Implantar, ampliar e qualificar a Rede de Atenção Psicossocial, por meio de dispositivos territoriais, tais como: Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Unidade de Acolhimento (UA), Centros de Atenção Psicossocial III (CAPS3), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPS-ADIII). Avaliar a necessidade da expansão de leitos de saúde mental em hospital geral. Adequar o cuidado ofertado em saúde mental na atenção básica.
- (4) Fiscalizar, imediatamente, as condições de controle e dispensação de medicação psicotrópicas no hospital.



- (5) Promover a constituição de equipes multiprofissionais para efetivação da desinstitucionalização de todas as pessoas internadas há mais de um ano ininterrupto na instituição.
- (6) Instaurar procedimento administrativo para apurar violações de direitos humanos contra as pessoas atendidas pela instituição.
- (7) Instaurar procedimento administrativo para apurar indícios de assédio moral contra os trabalhadores na instituição.
- (8) Verificar se a alimentação oferecida pelo Hospital São Vicente de Paulo está condizente com as necessidades nutricionais das pessoas internadas, conforme o que preconiza o Ministério da Saúde com relação a alimentação saudável.
- (9) Constituir grupo interinstitucional, incluindo representantes do conselho distrital de saúde, para o acompanhamento da execução dos contratos com empresa de alimentação, com vista a contemplar a qualidade, diversidade, quantidade e valor de alimentação fornecida pela empresa.

B. À Secretaria de Estado do Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos

- (10) Instaurar procedimento administrativo para analisar as violações de direitos humanos apresentadas nesse relatório, assim como adotar medidas para a mudança dessa realidade.
- (11) Apoiar a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, naquilo que couber, para a reorientação da rede assistencial às pessoas atendidas pelo Hospital São Vicente de Paulo, assim como contribuir para o fechamento da referida instituição.

C. Ao Tribunal de Contas do Distrito Federal

- (12) Fiscalizar a execução do contrato com a empresa responsável pelo fornecimento de alimentos no Hospital São Vicente de Paulo e verificar a adequação dos valores estabelecidos para cada alimentação em relação à pesagem, enviando ao MNPCT seu parecer.

D. Ao Ministério Público do Distrito Federal

- (13) Levando em consideração a proibição legal de internação de pessoas com transtornos mentais em instituições com características asilares, conforme preconizada na Lei 10.216/2001, constatado sobre o Hospital São Vicente de



Paulo e descrito no presente relatório, recomenda-se atuação administrativa e jurídica para o imediato fechamento da porta de entrada da instituição, com a suspensão de novas internações.

- (14) Apuar todas as violações de direitos e indícios de crime registrados nesse relatório, a exemplo de: tratamento cruel, desumano e degradante; privação de liberdade ilegal; indícios de prática de tortura; indícios de crime de cárcere privado; entre outros.
- (15) Atuar na revisão das internações involuntárias das pessoas internadas, conforme a Lei 10216/2001.
- (16) Acompanhar a Rede de Atenção Psicossocial existente no Distrito Federal para acolher a demanda direcionada, atualmente, ao Hospital São Vicente de Paulo, de modo que cumpra o disposto na Lei 945/1995 do Distrito Federal, que determina o fechamento de leitos em hospitais e clínicas especializadas.

E. À Defensoria Pública do Distrito Federal

- (17) Adotar as medidas cabíveis para a apuração das violações de direitos humanos contra as pessoas atendidas pela instituição
- (18) Acompanhar o processo de desinstitucionalização das pessoas internadas no Hospital São Vicente de Paulo, verificando se os direitos dessas pessoas estão sendo garantidos, tomando como referência a Portaria nº 2.840/2014, do Ministério da Saúde.

F. À Direção do Hospital São Vicente de Paulo

- (19) Proibir, imediatamente, a contenção de pessoas internadas sem a devida indicação terapêutica, conforme preconiza a resolução CFM nº 2057 de 20/09/2013 e resolução COFEN nº427/2012.
- (20) Realizar, imediatamente, capacitação da equipe multiprofissional para revisão das ações de Contenção Mecânica.
- (21) Instaurar procedimento administrativo para apurar violações de direitos humanos contra as pessoas atendidas pela instituição.
- (22) Dimensionar a equipe multiprofissional, no sentido de garantir atenção adequada das pessoas internadas até o encerramento das atividades do estabelecimento, conforme o que preconiza a Portaria nº 251/2002 e o que preconiza os respectivos conselhos profissionais.



- (23) Implantar imediatamente Projeto Terapêutico Singular de todas as pessoas internadas na instituição, com vistas a viabilizar a alta no tempo mais breve possível e as necessárias articulações com os equipamentos da rede de atenção psicossocial de base territorial e comunitária.
- (24) Apresentar, em curto prazo, um projeto específico de estratégias para desinstitucionalização das pessoas internadas:
- (24.1) Este projeto deve estar baseado na Portaria n2 2.840/2014, do Ministério da Saúde;
- (24.2) Apresentar um cronograma de encerramento das atuais atividades exercidas pela instituição.
- (25) Providenciar, imediatamente, portas para os banheiros, assento para os vasos sanitários, bebedouros com água na temperatura adequada em todas as alas do hospital.
- (26) Providenciar, imediatamente, espaços adequados nos quartos para que as pessoas internadas possam guardar seus objetos pessoais.
- (27) Providenciar a individualização das roupas das pessoas internadas para imediata suspensão do uso de uniformes, em conformidade ao item a) dos Princípios Gerais da Convenção das Pessoas com Deficiência, que reafirma: O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas.
- (28) Garantir, imediatamente, que as pessoas internadas possam se comunicar através de ligação telefônica sempre que solicitarem.
- (29) Revisar, imediatamente, o processo de trabalho relacionado ao controle e dispensação de medicação, com vistas a garantir que todos os medicamentos sejam devidamente controlados.

G. À Polícia Civil do Distrito Federal

- (30) Abrir investigação para apurar todas as violações de direitos humanos e indícios de crime registrados nesse relatório, a exemplo de: tratamento cruel, desumano e degradante; crime de maus tratos; privação de liberdade ilegal; indícios de prática de tortura; indícios de crime de cárcere privado; entre outros.

H. Ao Conselho Distrital de Saúde



- (31) Acompanhar o processo de desinstitucionalização dos moradores do Hospital São Vicente de Paulo.
- (32) Atuar para na Implantação, ampliação e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial, por meio de dispositivos territoriais, tais como: Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Unidade de Acolhimento (UA), Centros de Atenção Psicossocial III (CAPS3), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPS-ADIII)

I. Ao Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal

- (33) Realizar inspeção ao Hospital São Vicente de Paulo, com foco no exercício ético das atividades médicas.

J. Ao Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal

- (34) Realizar inspeção ao São Vicente de Paulo, com foco no exercício ético do cuidado de enfermagem.

K. Ao Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal

- (35) Realizar inspeção ao São Vicente de Paulo, com foco na organização da farmácia hospitalar, controle e dispensação de medicação psicotrópica.

L. Ao Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal

- (36) Realizar inspeção ao Hospital São Vicente de Paulo, com foco no exercício ético das atividades dos profissionais da psicologia, verificando se a atuação profissional exercida na instituição não afronta as diretrizes de Direitos Humanos estabelecidas pelo Sistema Conselhos de Psicologia.

M. Ao Ministério Público do Trabalho do Distrito Federal

- (37) Realizar inspeção ao Hospital São Vicente de Paulo, com foco nas questões apresentadas nesse relatório de indícios de assédio moral aos trabalhadores, na avaliação das condições de trabalho desenvolvidas na instituição, assim como verificar possíveis irregularidades de funcionamento da instituição.